

Mission spéciale d'information et d'évaluation relative à l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Valérie LÉTARD

Présidente de la mission

Christine DECODTS

Rapporteur de la mission

Isabelle CHOAIN

Béatrice DESCAMPS-MARQUILLY

Céline SCAVENNEC

Rapporteurs associés de la mission

Nord

le Département est là →

TABLE DES MATIÈRES

Rapport établi avec l'appui méthodologique de la Direction de la Modernisation et de l'Évaluation.

1. INTRODUCTION	6
1.1 CONTEXTE DE LA MISSION SPÉCIALE D'ÉVALUATION ET D'INFORMATION RELATIVE À L'APA	7
1.1.1 La création, la composition et la fin de la mission	7
1.1.2 Le périmètre de la mission	7
1.1.3 Les moyens humains et matériels de la mission	7
1.2 AXES DE TRAVAIL ET MÉTHODOLOGIE	8
1.2.1 Les axes de travail de la mission	8
1.2.2 La méthodologie de la mission	8 - 11
2. RÉSULTATS DE LA MISSION	12 - 13
2.0 AVANT PROPOS : l'APA est avant tout un dispositif indispensable, qui s'appuie sur le travail de professionnels compétents et très impliqués	13
2.1 INFORMATIONS CLÉS RELATIVES À L'APA	13
2.1.1 La Politique départementale d'accompagnement des personnes âgées	13 - 14
2.1.2 Cadre et conditions juridiques de l'APA	14
a. Le cadre juridique de l'APA	14
b. Les conditions juridiques pour bénéficier de l'APA	15
2.1.3 Nombre, évolution et profils des bénéficiaires de l'APA	16
2.1.4 L'organisation de la mise en œuvre de l'APA	17
a. Présentation de l'écosystème des acteurs de l'APA à l'échelle du Département	17
b. Les acteurs en charge de la conception et du financement des politiques publiques de prévention	19
2.1.5 Les données financières de l'APA	21
2.2 L'ACCÈS A L'APA	22
2.2.1 Un niveau de connaissance du dispositif qui reste à amplifier	22
2.2.2 Des outils de communication diversifiés qui ne sont pas encore optimisés et qui ne répondent que partiellement aux besoins des usagers	23
a. La communication par courrier reste indispensable mais a de nombreuses limites	23
b. Le média internet connaît une mobilisation croissante mais a une grosse marge de progression	23
c. Le principe de plateforme téléphonique apprécié des usagers mais doit être optimisé	24
d. Les acteurs et partenaires du dispositif qui sont les premiers vecteurs de communication, à accompagner davantage	24
2.2.3 Les aidants et les Relais autonomie : deux acteurs centraux en première ligne de l'accompagnement des bénéficiaires vers l'APA	25
a. L'aidant un « usager/acteur » au rôle essentiel à accompagner davantage	25
b. Les Relais autonomie, pierre angulaire de la stratégie départementale qui restent encore mal identifiés	26
2.3 LE PARCOURS DES DEMANDES D'APA	27
2.3.1 Le traitement des demandes par les services du Département	28
a. Le parcours des demandes face à la hausse et à la complexification des cas	29
b. Les moyens humains face à l'augmentation des demandes d'APA	29
c. L'APA d'urgence : une nouvelle procédure expérimentale qui nécessite davantage de concertation avec les acteurs	29

TABLE DES MATIÈRES

2.3.2 La prise de rendez-vous et l'évaluation des bénéficiaires	30
a. L'organisation logistique de la prise de rendez-vous et la visite à domicile : une efficacité limitée par les moyens de l'administration	30
b. Une évaluation territorialisée et multidimensionnelle	31
c. La grille AGGIR : outil d'évaluation indispensable mais à retravailler	32
2.3.3 L'élaboration du plan d'aide	33
a. L'élaboration du plan d'aide est différente selon les territoires	33
b. La question du reste à charge pour l'utilisateur : un mécanisme complexe et qui génère des stratégies au détriment des finalités de l'APA	34
c. La procédure de révision du plan d'aide a gagné en rapidité grâce aux procédures par téléphone mais doit encore gagner en souplesse	37
2.3.4 Les délais de traitement des demandes et d'ouverture des droits trop longs	38
a. Le délai légal de 60 jours n'est pas respecté	38
b. Des délais différents selon les territoires qui s'expliquent par des contextes professionnels et territoriaux différents	39
2.4 LA MISE EN ŒUVRE DE L'APA	41
2.4.1 La mise en œuvre de l'APA à domicile	41
a. Une diversité de formules d'accompagnement possible dans le cadre de l'APA à domicile	41
b. La mise en œuvre du plan et le recours aux aides techniques parfois freinés par des motifs sociaux ou économiques	42
c. Malgré des opérateurs très impliqués, la bonne mise en œuvre de l'APA à domicile mise à mal par des difficultés structurelles	43
d. Les formes d'habitats innovantes : tenter d'apporter des solutions aux difficultés économiques et sociales	45
2.4.2 La mise en œuvre de l'APA en établissement	45
a. Rappel des principes de la mise en œuvre de l'APA en établissement	45
b. Un système actuel contesté par les acteurs car aggravant les difficultés économiques structurelles	46
c. Une mise en œuvre de l'APA en établissement rendue difficile par les difficultés du secteur malgré un investissement fort des professionnels	47
d. Les contrôles des établissements par l'ARS en lien avec les services du Département	49
2.4.3 Les enjeux de la mise en œuvre de l'APA par le Département	49
a. Une mise en œuvre de l'APA tributaire des réalités territoriales	49
b. Une animation territoriale à géométrie variable qui ne permet pas d'optimiser la coordination des interventions	50
c. Une communication auprès des usagers non prévue durant la mise en œuvre de l'APA	51
d. Les aidants indispensables dans la mise en œuvre du plan mais insuffisamment reconnus	51
2.4.4 Les différents types de contrôles relatifs à l'APA mis en place mais qui doivent progresser pour accompagner le secteur	51
a. Une avance trimestrielle « vitale » mais accompagnée d'un contrôle de la facturation générateur d'incompréhensions	51
b. Un contrôle qualité de la mise en œuvre de l'APA existant mais à améliorer	52
2.5 LES ENJEUX FINANCIERS ET PROSPECTIFS	54
2.5.1 Le phénomène de gérontocroissance dans le Nord susceptible de renforcer les difficultés financières et les difficultés en ressources humaines	54
a. Gérontocroissance dans le Nord : un phénomène identique au reste de la France	54
b. Gérontocroissance sur les territoires du Nord : un vieillissement plus marqué sur certains territoires	56
c. Des dépenses d'APA en augmentation significative et qui augmentent très rapidement	57
d. Des recettes provenant de l'Etat qui n'augmentent pas	59
e. Des réflexions en cours pour maîtriser les dépenses d'APA	60

TABLE DES MATIÈRES

2.5.2 Les métiers autour du grand âge un enjeu de société	60
a. Des métiers du grand âge essentiels et porteurs de sens bien que peu attractifs par manque de perspectives	60
b. Une formation autour des métiers du grand âge à améliorer et à faire évoluer dans ses formes et contenus	62
c. La mobilité des intervenants à domicile, un frein à l'emploi du secteur	63
d. L'emploi direct, un levier d'accompagnement pertinent à encourager au même titre que les autres solutions de l'APA à domicile	64

3. SYNTHÈSE DES PRÉCONISATIONS ISSUES DE LA MISSION D'INFORMATION ET D'ÉVALUATION

66 - 67

Liste récapitulative des préconisations	68
--	----

3.1 LES PRÉCONISATIONS DE « NIVEAU 1 » VISANT À AMÉLIORER L'ACTION QUOTIDIENNE DES SERVICES DÉPARTEMENTAUX DANS LA MISE EN ŒUVRE DE L'APA

69

Préconisation 1 : Renouer le dialogue avec les acteurs du terrain	69
Préconisation 2 : Renforcer l'accès à l'APA en améliorant la communication	69
Préconisation 3 : Soutenir le rôle des aidants	69
Préconisation 4 : Outiller les agents du Département, les partenaires pour mieux communiquer et les usagers pour mieux informer	70
Préconisation 5 : Programmer une étude organisationnelle sur les traitements des demandes d'APA par l'Administration	70
Préconisation 6 : Améliorer l'organisation départementale autour de l'évaluation des bénéficiaires	70
Préconisation 7 : Améliorer les pratiques départementales autour de la Grille AGGIR	71
Préconisation 8 : Faciliter la modification du plan d'aide	71
Préconisation 9 : Améliorer l'information pour les personnes âgées et leur famille sur les tarifs des prestataires	71
Préconisation 10 : Garantir le respect du délai des 60 jours sur tout le territoire	71
Préconisation 11 : Améliorer la procédure de validation et de décision	71
Préconisation 12 : Réduire les non mises en œuvre des plans d'aide	72
Préconisation 13 : Renforcer le suivi de l'effectivité et de la qualité du service	72
Préconisation 14 : Maintenir et renforcer l'action du Département en matière d'accueil familial	72
Préconisation 15 : Analyser l'opportunité et la faisabilité de proposer des formules d'APA de nuit	72
Préconisation 16 : Anticiper le phénomène de gérontocroissance sur les territoires concernés	73
Préconisation 17 : Avoir une stratégie d'investissement concertée	73

3.2 LES PRÉCONISATIONS de « niveau 2 » visant à venir en appui aux acteurs de l'APA (partenaires et prestataires)

72

Préconisation 18 : Renforcer/réaffirmer le rôle du Département en matière d'animation et de coordination sur les territoires	72
Préconisation 19 : Faire évoluer le financement des SAAD afin de maintenir leur viabilité économique	72
Préconisation 20 : Assouplir les modalités d'intervention des SAAD	74
Préconisation 21 : Accompagner les EHPAD face aux évolutions des métiers	74
Préconisation 22 : Concourir à l'évolution du modèle économique des EHPAD	74
Préconisation 23 : Encourager le développement des modes d'habitats alternatifs et innovants à destination des seniors	74
Préconisation 24 : Lever les freins à la mobilité des salariés de l'aide à domicile	75
Préconisation 25 : Encourager le développement du recours à l'emploi direct et mandataire	75

TABLE DES MATIÈRES

Préconisation 26 : Renforcer l'attractivité et les perspectives professionnelles des métiers autour du grand âge	76
Préconisation 27 : Appuyer la montée en compétence des acteurs	76
3.3 LES PRÉCONISATIONS de « niveau 3 » visant des Évolutions structurelles et Législatives	76
Préconisation 28 : Améliorer la grille AGGIR et sa mobilisation	76
Préconisation 29 : Faire évoluer les formations, les pratiques et les métiers autour du grand âge	77
Préconisation 30 : Penser l'EHPAD de demain	77
Préconisation 31 : Transformer le modèle financier des EHPAD	78
ANNEXES	79

1. INTRODUCTION

**1.1 CONTEXTE DE LA MISSION SPÉCIALE
D'ÉVALUATION ET D'INFORMATION
RELATIVE À L'APA**

1.2 AXES DE TRAVAIL ET MÉTHODOLOGIE

1. INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE DE LA MISSION SPÉCIALE D'ÉVALUATION ET D'INFORMATION RELATIVE À L'APA

1.1.1 La création, la composition et la fin de la mission

En réponse à la demande du Groupe Union pour le Nord, formulée par courrier le 28 octobre 2021, le Conseil départemental a décidé, par délibération n° DAJAP/2021/494, du 13 décembre 2021, de créer une mission d'information et d'évaluation « chargée de recueillir des éléments d'informations et de procéder à l'évaluation de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ».

En application de la loi, la mission prend fin par le dépôt de son rapport et, au plus tard, à l'expiration d'un délai de six mois à compter de la date de la délibération qui l'a créée. Compte tenu de plusieurs modifications au planning initial des auditions et des échéances électorales présidentielles et législatives, le Président du Conseil départemental a annoncé lors de la séance plénière du 21 mars 2022, le report de la fin de la mission spéciale d'information et d'évaluation relative à l'APA à septembre 2022.

Conformément à l'article 32 du règlement intérieur du Conseil départemental, la mission spéciale d'information et d'évaluation se compose de 15 membres désignés dans le respect du principe de la représentation proportionnelle entre les différents groupes de l'Assemblée départementale.

Cette mission est présidée par Madame Valérie LETARD, Conseillère départementale. Madame Christine DECODTS, Conseillère départementale est désignée en qualité de rapporteure de la mission. Mesdames Isabelle CHOAIN, Béatrice DESCAMPS-MARQUILLY et Céline SCAVENNEC, Conseillères départementales, sont désignées en qualité de rapporteures associées.

1.1.2 Le périmètre de la mission

Comme le prévoit le rapport de la délibération du 13 décembre 2021, la mission spéciale d'information et d'évaluation relative à l'APA doit étudier le parcours de l'usager, les modalités d'attribution, l'évaluation des bénéficiaires ainsi que l'impact sur les finances départementales.

1.1.3 Les moyens humains et matériels de la mission

La mission d'information et d'évaluation a bénéficié, pour le bon déroulement de ses travaux, de l'appui de deux chargés de mission de la Direction de la Modernisation et de l'Évaluation (DMEN), positionnée au sein de la DGA Partenaires et Ressources. La DMEN a apporté son soutien logistique et rédactionnel pendant le déroulé de la mission. Le Directeur de projet CPOM de la DGASOL a élaboré le calendrier des auditions et des visites. Il a également apporté son expertise métier tout au long de la mission.

Les auditions ont toutes fait l'objet d'un compte rendu intégral validé par les membres de la mission d'information et d'évaluation. Les compte rendus d'auditions ont été réalisés sur la base d'une prestation de sténotypie.

La séance d'installation s'est déroulée en visio le 31 janvier 2022 en raison du contexte sanitaire. Les autres séances se sont déroulées en présentiel et en visio pour les membres qui ne pouvaient pas être présents ainsi que pour la sténotypiste.

¹ Annexe 1 : Courrier de IUPN

² Annexe 2 : Délibération du 13 décembre 2021

³ Annexe 3 : Liste nominative des membres ou de la mission relative à l'APA

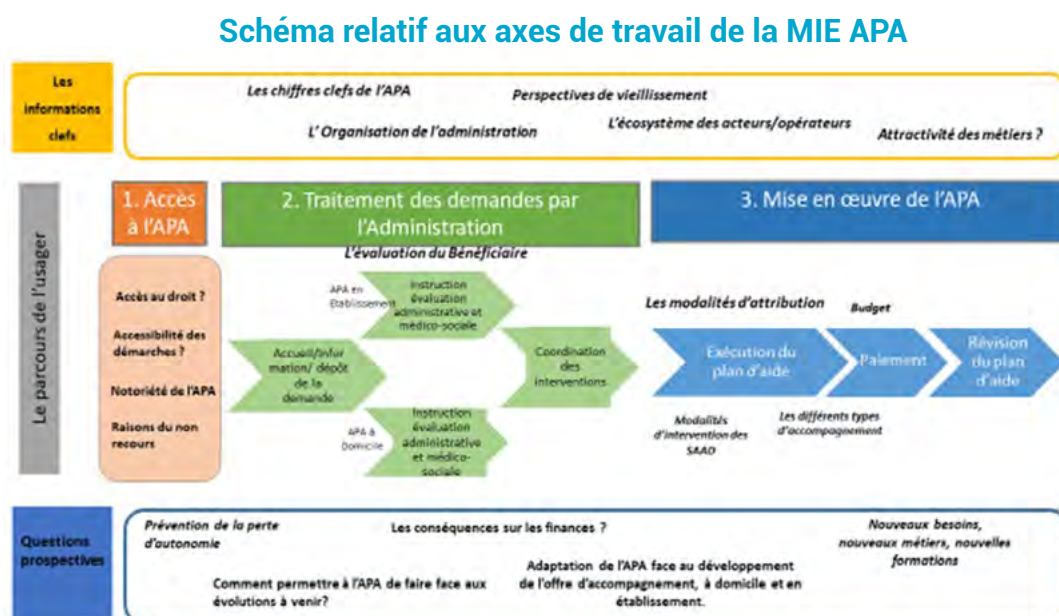
⁴ Annexe 4 : Rapport DAJAP/021/494

Un espace partagé sur intranet, administré par la DMEN, a été créé pour l'ensemble des membres de la mission et leurs collaborateurs afin de leur mettre à disposition les ressources et documentations utiles au bon déroulement de la mission.

1.2 AXES DE TRAVAIL ET MÉTHODOLOGIE

1.2.1 Les axes de travail de la mission

Les principaux axes de travail de la mission d'information et d'évaluation sont représentés dans le schéma ci-dessous :



Source : Direction de la Modernisation et de l'ÉvaluationN – Département du Nord (janvier 2022)

L'analyse est développée sous le prisme de trois grands axes de réflexion :

- Le premier axe concerne **les informations clés**, essentielles à une bonne compréhension de la politique et de ses enjeux : il s'agit notamment de prendre en considération les chiffres clés de l'APA, l'organisation de l'administration, l'écosystème des acteurs impliqués ;
- Le second axe s'attarde sur **le parcours de l'utilisateur** : il détaille les différentes étapes du recours à l'APA allant de l'accès à l'APA jusqu'à la mise en œuvre du plan d'aide ;
- Le troisième et dernier axe se rapporte aux **questions prospectives** : il s'agit de comprendre les évolutions à venir afin d'être en mesure de trouver les leviers pour y faire face.

Les axes de travail ont été présentés à l'ensemble des membres de la mission et validés lors de la séance d'installation.

1.2.2 La méthodologie de la mission

Les membres de la mission ont été en mesure d'évaluer la politique départementale relative à l'APA et de formaliser des propositions via une série de démarches leur permettant de collecter les informations nécessaires.

Les auditions⁵ : Il s'agit de l'outil de collecte de l'information principal de la mission qui est venu rythmer la dynamique de la démarche. La première séance d'auditions a eu lieu le 21 février 2022 et la dernière séance s'est déroulée le 1^{er} juillet 2022. Il y a eu au total neuf séances d'auditions dont la liste a été validée lors de la séance d'installation de la mission. Celles-ci ont été réalisées sur la base de grilles d'auditions préalablement envoyées aux membres de la mission et aux personnes auditionnées.

⁵ Annexe 5 : Auditions complètes reprises dans les compte rendus de séances

Les visites sur site : 6 visites ont été organisées, réparties sur 3 journées. Ainsi, ont été visités :

- Un EHPAD situé à Lille
- Une Résidence autonomie située à Saint-Saulve
- Un Relais autonomie situé à Denain
- Un lieu d'habitat inclusif à Willems
- Un institut de formation en soins infirmiers et aides-soignants à Roubaix

Des compte rendus ont été rédigés et sont annexés au présent rapport ⁶.

Des tables rondes : Une première table ronde a été organisée avec l'équipe du Pôle autonomie de Douai, et les partenaires du territoire (SAAD, MAIA, CLIC...) ainsi que le groupe La Poste. Une seconde table ronde a été organisée avec le Pôle autonomie de l'Avesnois et les partenaires du territoire (SAAD, MAIA, CLIC, Plateforme de répit des aidants, Centre Hospitalier...).

Toutes ces démarches ont permis à la mission APA de rencontrer plus de cent cinquante personnes à travers les différents modes de collecte de l'information.

Le document suivant présente un récapitulatif du calendrier des auditions, des visites, des tables rondes et des réunions de travail :

Séance	Programme
Lundi 31 janvier 2022	Installation de la mission
Lundi 21 février 2022	Audition Direction de l'Autonomie : <ul style="list-style-type: none"> ● État des lieux relatif à l'APA dans le Nord (éléments statistiques) ● Organisation administrative et territoriale de la gestion de l'APA
Vendredi 11 mars 2022	Auditions : <ul style="list-style-type: none"> ● Direction de l'Autonomie et Pôles autonomie : Organisation de l'information et de l'accueil en territoire, Organisation de l'évaluation, Organisation de la coordination des interventions autour de la personne ● Représentant des établissements, des hôpitaux, FEHAP, FHF, UDCCAS : Organisation de l'évaluation, modèle de financement de l'APA, sorties d'hospitalisation
Vendredi 11 mars 2022	Visite EHPAD Natalie Doignies, Porte de Gand, Lille
Vendredi 18 mars 2022	Auditions Présentation de l'étude de l'APA – parcours usager de la Direction de la Communication CD59 Organisation de l'évaluation médico-sociale et de la coordination des interventions : <ul style="list-style-type: none"> ● Fédérations représentatives des SAAD. ● CARSAT et MSA
Jeudi 24 mars 2022	Auditions Plan d'aide, juste droit, révision du plan, heures de confort, causes de non recours, contrôle d'effectivité des interventions, fin du versement, impacts de la crise sanitaire - Direction de l'Autonomie et membre d'une équipe médico-sociale d'un Pôle autonomie - Fédérations représentatives des SAAD
Jeudi 24 mars 2022	Visites Résidence autonomie à Saint-Saulve et Relais autonomie à Denain
Vendredi 1 ^{er} avril 2022	Auditions : <ul style="list-style-type: none"> ● Secrétariat général de la DGASOL (Service Pilotage Projet Territoire) et Direction de l'Autonomie sur le Nord et les perspectives de vieillissement de la population – l'état des lieux sur l'équipement du Nord en SAAD et les perspectives ● Point de vue des SAAD et des EHPAD - Point de vue UNA, UDCCAS, FEDESAP, SYNERPA, FEPEM, ADMR, URIOPSS, FHF et FEHAP
Jeudi 7 avril 2022	Visites Lieu inclusif pour personnes âgées à Willems et Institut de Formation en Soins Infirmiers et Aides-soignants à Roubaix

⁶ Annexe 6 : Compte rendus des visites de la MIE

Lundi 25 avril 2022	<p>Auditions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • État des lieux des dépenses d'APA dans le Nord, perspectives d'évolution des dépenses d'APA dans le Nord compte tenu du vieillissement de la population : DFCG et Direction de l'Autonomie • Impacts des réformes sur les acteurs de l'aide domicile : UNA, UDCCAS, FEDESAP, SYNERPA, FEPEM, ADMR, URIOPSS, FHF et FEHAP
Jeudi 5 mai 2022	<p>Auditions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présentation du rapport d'évaluation de la politique de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de plus de 60 ans dans le Nord - Direction de la modernisation et de l'évaluation du Département du Nord (DMEN) • Lutte contre l'isolement – Direction Autonomie • Prévention de la perte d'autonomie et bien-vivre son âge – Jean-René LECERF, Président du Conseil de la CNSA
Jeudi 5 mai 2022	<p>Table ronde avec Pôle autonomie du Douaisis, le groupe La Poste, le CCAS, des SAAD et la MAIA Vendredi 20 mai 2022</p> <p>Audition de Monsieur Dominique LIBAULT, conseiller d'Etat, Président du Haut Conseil de Financement de la Protection Sociale, Directeur de l'Ecole nationale supérieure de la Sécurité sociale</p>
Jeudi 23 juin 2022	Table ronde avec Pôle autonomie de l'Avesnois, le CCAS, des SAAD et la MAIA
Vendredi 24 juin 2022	Travail préparatoire sur le rapport avec la Présidente et la rapporteure ainsi que les rapporteures associées Audition de l'ARS Hauts de France
Vendredi 1 ^{er} juillet 2022	Travail préparatoire sur le rapport avec l'ensemble des membres de la mission
Lundi 22 août 2022	Relecture du rapport avec l'ensemble des membres de la mission

Source : Direction de la Modernisation et de l'Évaluation – Département du Nord (mai 2022)

Les contributions écrites : Cinq contributions écrites ont été transmises aux membres de la mission :

- Contribution de l'UNA relative au circuit d'élaboration du plan d'aide
- Contribution des fédérations du Nord (ADMR, FESP, SYNERPA, UDCCAS, UNA, URIOPSS)
- Contribution des fédérations EHPAD associatifs et publics
- Contribution particuliers employeurs (FEPEM)
- Contribution SYNERPA
- Contribution UDCCAS

La documentation :

- Rapport LIBAULT sur la concertation Grand âge et autonomie, mars 2019.
- Rapport EL KHOMRI, plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du Grand âge 2020-2024, octobre 2019.
- Sénat, Rapport n°453, 17 mars 2021. Rapport d'information au nom de la Commission des affaires sociales sur la prévention de la perte d'autonomie. Rapporteurs : Bernard BONNE et Michelle MEUNIER.
- Rapport LIBAULT sur le service public territorial de l'autonomie. 2022.
- Conseil de l'âge du Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge (HCFEA), 2018, Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030.
- Cour des comptes, Prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, novembre 2021.
- Cour des comptes, la prise en charge médicale des personnes âgées en EHPAD, février 2022.
- Département du Nord, 2019 : Livre vert des services d'aide à domicile. Rapport synthétisant les propositions émanant des Services d'Aide À Domicile et destinées à l'élaboration d'une nouvelle impulsion du secteur.
- Département du Nord, 2021, DIRCOM sur le parcours de l'utilisateur.
- Département du Nord, 2019, DMEN, sur la perte d'autonomie.
- QPS n°37 sur « les disparités territoriales en matière de vieillissement et d'accès aux soins » Mai 2022

⁷ Annexe 7 : Contributions écrites

Fiches de la DREES :

- Études et Résultats, 1212, Octobre 2021, Allocation Personnalisée d'Autonomie : la part de l'espérance de vie passée en tant que bénéficiaire diminue depuis 2010.
- Études et Résultats, 1214, Octobre 2021, Allocation Personnalisée d'Autonomie : la moitié des plans incluent des aides techniques.
- Études et Résultats, 1173, Décembre 2020, En 2019, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 11, 5 ans pour les femmes et de 10, 4 ans pour les hommes.
- Études et Résultats, 1152, juin 2020, Profils, niveaux de ressources et plans d'aide des bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile en 2017.
- Les dossiers de la DREES, 29, Octobre 2018, la durée de perception de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Une étude réalisée dans un contexte incertain vis-à-vis de la politique publique nationale

Il est important de rappeler avant de présenter les résultats de l'évaluation, que cette étude a été réalisée dans un contexte où des incertitudes quant à l'évolution des financements et aux évolutions au niveau national demeuraient.

- Le changement de gouvernement opéré suite à l'élection présidentielle ayant eu lieu durant la même période que l'étude, la mission n'a pas pu rencontrer le ministre en charge de l'Autonomie. Suite à l'abandon du projet de loi grand âge lors du précédent quinquennat, les nouvelles orientations à venir n'ont pas encore été déterminées à l'heure de la rédaction du rapport.
- Le président du CNSA a été auditionné et des discussions constructives ont pu avoir lieu concernant l'évolution du financement de l'APA, néanmoins, de nombreuses incertitudes demeurent. Les différentes hypothèses de travail doivent être affinées dans les mois à venir une fois les orientations nationales obtenues.

La mission a veillé à proposer à l'Assemblée départementale des préconisations et des pistes de travail les plus opérationnelles possibles, il n'en demeure pas moins que leur appropriation nécessitera une analyse fine des conditions de mise en œuvre de celles-ci en étroite collaboration avec le CNSA.

2. RÉSULTATS DE LA MISSION

2.0 AVANT PROPOS

2.1 INFORMATIONS CLÉS RELATIVES À L'APA

2.2 L'ACCÈS A L'APA

2.3 LE PARCOURS DES DEMANDES D'APA

2.4 LA MISE EN ŒUVRE DE L'APA

2.5 LES ENJEUX FINANCIERS ET PROSPECTIFS

2. RÉSULTATS DE LA MISSION

2.0 AVANT PROPOS : L'APA EST AVANT TOUT UN DISPOSITIF INDISPENSABLE, QUI S'APPUIE SUR LE TRAVAIL DE PROFESSIONNELS COMPÉTENTS ET TRÈS IMPLIQUÉS

Les différentes parties présentant les résultats de la mission proposées ci-après vont détailler pour chaque grande étape et grands enjeux de l'APA les problématiques, dysfonctionnements et limites actuels du dispositif. Ceci est nécessaire afin de permettre d'identifier un maximum de pistes d'amélioration.

Au préalable et afin d'éviter toute mauvaise interprétation des résultats, la mission souhaite avant toute chose rappeler qu'elle a pu constater, durant ses auditions et ses visites, que l'APA est une politique publique indispensable et mise en œuvre avec succès par des acteurs, des professionnels publics et privés très engagés et impliqués dans l'accompagnement des seniors en perte d'autonomie.

C'est pourquoi avant de présenter les limites et difficultés de l'APA, il semble important de rappeler quelques éléments qui sont autant de sources d'optimisme quant au devenir du dispositif :

- La personne âgée, bénéficiaire de l'APA, comme première préoccupation de tous les acteurs ;
- Des professionnels très impliqués, bienveillants et à l'écoute des personnes âgées ;
- Une envie forte de travailler ensemble quels que soient les statuts des groupes, les métiers ou les territoires ;
- Le besoin de penser autrement le vieillissement de la population et la volonté d'en relever les défis ;
- Un secteur porteur d'emplois dans les années à venir. Un emploi qui a du sens et qui est indispensable à la société ;
- Un secteur innovant, qui tente de se renouveler pour apporter de nouvelles solutions aux bénéficiaires (habitats partagés, mixtes, intergénérationnels).

2.1 INFORMATIONS CLÉS RELATIVES À L'APA

Cette partie présente la Politique publique départementale et les actions stratégiques en direction des personnes âgées (2.1.1), le fonctionnement juridique de l'APA (2.1.2), les informations principales sur les bénéficiaires (2.1.3), l'organisation de la mise en œuvre de l'APA (2.1.4) ainsi que les données financières (2.1.5).

2.1.1 La Politique départementale d'accompagnement des personnes âgées

Lors de son audition du 21 février 2022, la Directrice adjointe de l'Autonomie du Département du Nord a rappelé les documents stratégiques et les instances qui structurent la Politique départementale en faveur des personnes âgées.

La délibération cadre adoptée le 17 décembre 2015 par le Conseil départemental du Nord fixe les principales orientations :

- Améliorer les services de proximité aux personnes ;
- Développer un environnement bienveillant pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap,
- Engager collectivement le chantier de la prévention de la perte d'autonomie,
- Diversifier et transformer l'offre de services spécialisés,
- Installer une nouvelle gouvernance pour un pilotage inscrit dans la proximité.

Ces orientations ont été reprises dans le **Schéma des solidarités 2018-2022** adopté en séance plénière du 12 février 2018, qui définit la stratégie opérationnelle, avec une approche pluriannuelle, mobilisant les acteurs sociaux et les leviers des Politiques départementales pour les atteindre (habitat, mobilité, sports, culture, territoires). L'ensemble de ces axes stratégiques structurent les actions de la politique autonomie du Département du Nord regroupés autour de trois objectifs opérationnels :

- Prévenir la perte d'autonomie et favoriser l'inclusion ;
- Faciliter l'accueil, l'information et l'accès aux droits ;
- Fluidifier les parcours.

Ces documents stratégiques s'appuient sur une Politique départementale relative à l'autonomie. En effet, la santé est l'une des conditions essentielles de la vie autonome. Comme l'a rappelé la Direction de l'Autonomie dès sa première audition, les seniors dans le Nord sont en moins bonne santé qu'ailleurs, ils ont aussi la plus faible espérance de vie de la France métropolitaine. L'accès à la promotion et à la santé pour tous et notamment des plus vulnérables est de ce fait un enjeu de politique publique dans le Nord et, dans ce contexte, la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 a instauré la création d'une nouvelle instance départementale, la Conférence des financeurs. **La Conférence des financeurs** est présidée par le Président du Conseil départemental et vice-présidée par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Elle rassemble différents membres actifs dans le champ de la prévention : les caisses de retraite, les mutuelles, les collectivités locales et l'Assurance Maladie. Le périmètre d'intervention de la Conférence des financeurs s'articule autour de six axes :

- Axe 1 : L'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles ;
- Axe 2 : L'attribution du forfait autonomie : 1,6 M€ permettant aux Résidences Autonomie de financer des actions d'animation pour les résidents ;
- Axes 3/4 : La coordination et l'appui des actions de prévention développées par les SAAD et les SPASAD ;
- Axe 5 : Le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie ;
- Axe 6 : le développement d'autres actions collectives de prévention.

2.1.2 Cadre et conditions juridiques de l'APA

Sur la base juridique du Code de l'Action Sociale et des Familles, cette partie a pour objectif de présenter le cadre (a) et les conditions juridiques pour bénéficier de l'APA (b).

a. Le cadre juridique de l'APA

L'APA est une allocation mensuelle versée par le Département qui peut être de deux types :

- **L'APA à domicile** qui aide à payer les dépenses pour que la personne âgée puisse rester vivre à son domicile malgré la perte d'autonomie.
- **L'APA en établissement** qui aide à payer le tarif dépendance en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) et en USLD (Unités de Soins de Longue Durée).

Il s'agit d'une allocation universelle comme l'indique l'article L 232-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles : *« Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins. Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière. »*

C'est la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées qui a créé l'APA, destinée à remplacer la Prestation Spécifique Dépendance (PSD). La loi n°2015-776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dite « APA 2 » est venue revaloriser les plafonds, atténuer le coefficient de participation et créer un droit au répit des aidants.

b. Les conditions juridiques pour bénéficiaire de l'APA

Les conditions d'attribution sont les suivantes :

- Accordée sans limitation de durée, révisable (aggravation de l'état de santé) ;
- Une prestation en nature, non récupérable, soumise à effectivité ;
- Pas de conditions de ressources (mais une contribution progressive en fonction du revenu) ;
- Délai légal de traitement de 2 mois de la complétude administrative du dossier à la notification ;
- Nécessité d'une évaluation médico-sociale ;
- Possibilité de demander l'allocation en urgence.

Les critères d'attribution sont les suivants :

- Être âgé d'au moins 60 ans ;
- Attester d'une résidence stable et régulière en France ;
- Avoir un niveau de perte d'autonomie au moins égal au GIR 4 (groupe iso-ressources qui correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR. Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible) :

Signification du GIR auquel le demandeur est rattaché	
GIR	Degrés de dépendance
GIR1	Demandeur confiné au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants - Ou demandeur en fin de vie
GIR2	Demandeur confiné au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante - Ou demandeur dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
GIR3	Demandeur ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
GIR4	Demandeur n'assumant pas seul ses transferts mais qui, une fois levé, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aide pour la toilette et l'habillage - Ou demandeur n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidé pour les soins corporels et les repas
GIR5	Demandeur ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
GIR6	Demandeur encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Source : service-public.fr

Le Département verse donc l'APA pour les publics en perte d'autonomie puisque, pour pouvoir être pris en charge par l'APA, il faut relever d'un GIR 1 à 4.

À chaque GIR correspond un niveau d'allocation mensuel plafonné. Depuis le 1er janvier 2022, une personne en GIR 1 peut se voir attribuer une allocation allant jusqu'à 1 807 €, 1 462 € en GIR 2, 1 058 € en GIR 3 et 706 € en GIR 4 (Article R.232-10 du Code de l'action sociale et des familles, modifié par le décret 2021-1932 du 30 décembre 2021).

Enfin, il existe des incompatibilités (MTP : majoration tierce personne ; Aide-ménagère versée par les caisses de retraite ; PCRTP : prestation complémentaire pour recours à tierce personne ; Aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale) et des droits d'option (PCH : prestation de compensation du handicap ; ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne).

2.1.3 Nombre, évolution et profils des bénéficiaires de l'APA

Le nombre de bénéficiaire APA au premier janvier 2021 :

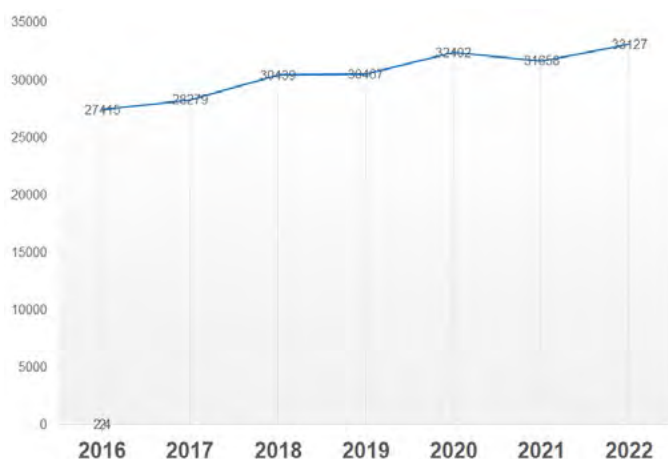
Les données chiffrées relatives à l'APA sont au 1^{er} janvier 2021. Les chiffres du 1^{er} janvier 2022 ne sont pas disponibles ni stabilisés à la date des audits.

Au 1^{er} janvier 2021, il y avait 51 669 bénéficiaires de l'APA dont 31 658 à domicile, 19 244 en établissement sous dotation globale (données consolidées à décembre 2019) et 767 en établissement hors dotation globale.

Prestation	Nombre de bénéficiaires
À domicile - 01/01/2021	31 658
En établissement sous dotation globale	19 244
En établissement hors dotation globale - (hors Nord)	767
TOTAL	51 699

Source : Direction de l'autonomie – Département du Nord (février 2022)

Évolution du nombre de bénéficiaires APA à domicile :



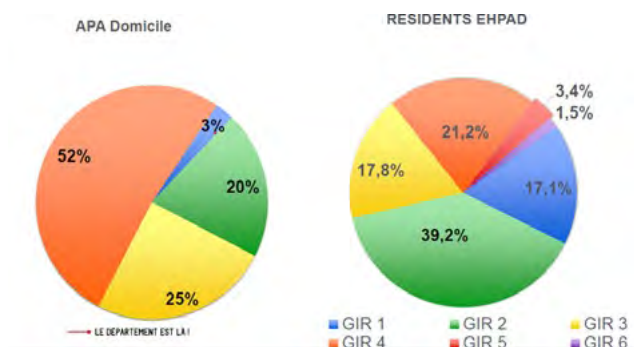
Le nombre de bénéficiaire de l'APA à domicile est en augmentation comme le montre le graphique. Ils étaient 27 415 bénéficiaires en 2016 et sont 32 402 en 2020.

On constate une légère diminution en 2021 avec 31 658 bénéficiaires.

La Directrice adjointe de l'Autonomie a précisé que cette baisse s'expliquait par les effets de la crise sanitaire avec plus de décès et moins de demandes sur l'année 2020 avec un effet sur les chiffres de 2021.

Source : Direction de l'autonomie – Département du Nord (février 2022)

Répartition des bénéficiaires de l'APA par GIR :



L'APA à domicile est concernée principalement par les GIR 4 et 3 qui représentent plus de 75 % des personnes qui sont, pour les GIR 4, *modérément dépendantes dans l'APA à domicile (...)* plus on s'habitue à l'entrée progressive d'une aide à la maison, moins vite le parcours va se dégrader » comme l'a expliqué la Directrice adjointe de l'Autonomie.

Pour les résidents en EHPAD, ce sont les GIR 1 et 2 qui sont le plus représentés. Il est à noter que 21 % sont tout de même en GIR 4.

Source : Direction de l'autonomie – Département du Nord (février 2022)

Le profil du bénéficiaire

Concernant l'APA à domicile, l'âge moyen d'entrée dans le dispositif dans le Nord est de 80 ans pour les hommes (82 ans au niveau national) et 82 ans pour les femmes (84,5 ans au niveau national).

La durée moyenne de prise en charge est 3 ans et 9 mois.

74 % des bénéficiaires de l'APA à domicile sont des femmes.

Plus précisément sur l'APA à domicile, les données transmises par la Direction de l'Autonomie dans le cadre de l'évaluation montrent que concernant l'habitat :

- **66 % vivent dans une maison individuelle**
- 2,50 % vivent dans un foyer logement
- 2,09 % vivent dans un environnement rural isolé

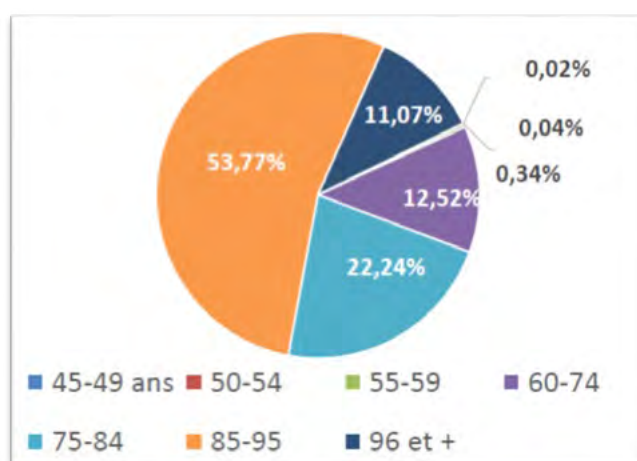
Concernant l'entourage, il est constaté que :

- **61 % vivent seules,**
- 27 % vivent avec une personne autonome
- 7 % vivent avec une personne dépendante
- moins de 1 % n'ont pas de contact avec leur famille
- moins de 1 % sont sans voisinage
- moins de 1 % ont un commerce inaccessible

Concernant l'APA en établissement, la durée moyenne de séjour (2018) est de 2 ans et 4 mois.

Répartition par âge concernant l'APA en établissement :

La majorité des personnes qui bénéficient de l'APA en établissement ont plus de 85 ans.



Source : Direction de l'autonomie – Département du Nord (février 2022)

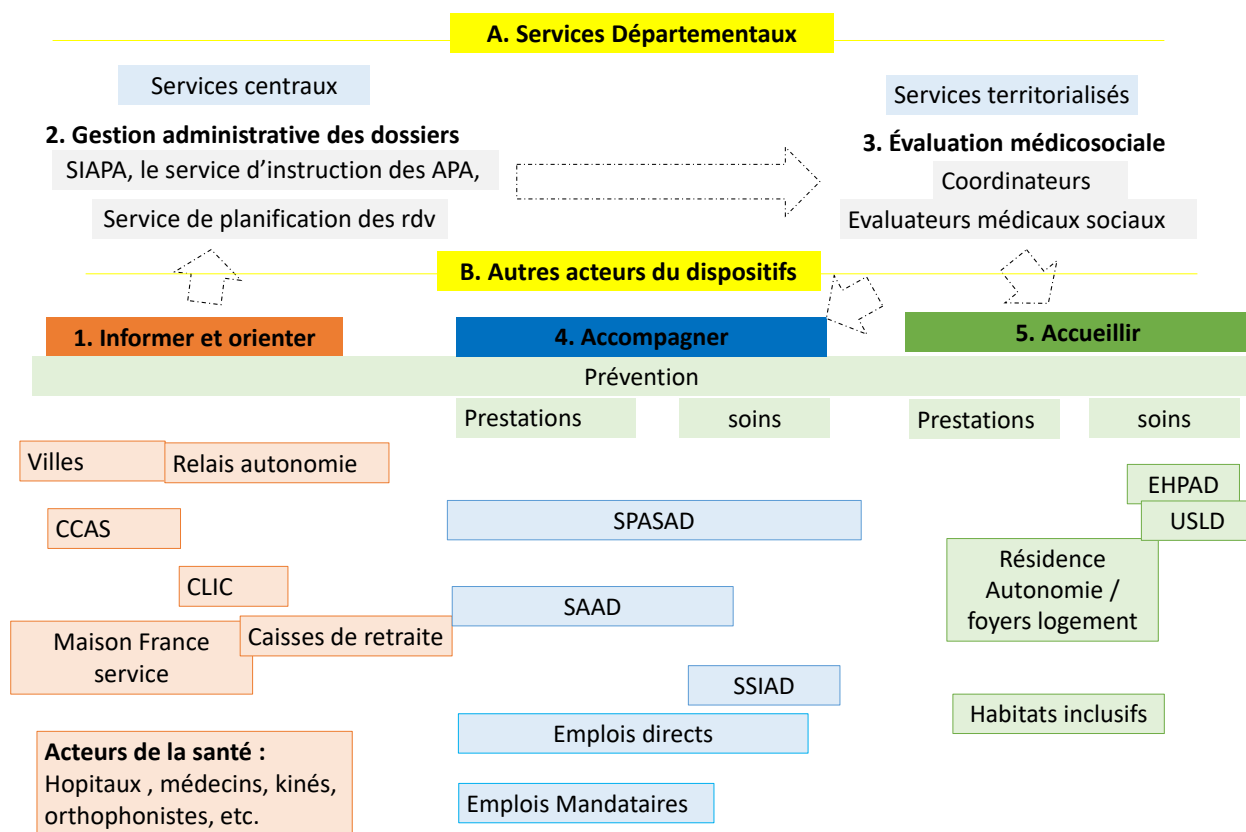
2.1.4 L'organisation de la mise en œuvre de l'APA

Cette partie vise à présenter la diversité de l'écosystème des acteurs de l'APA à l'échelle du Département (a) et s'attardera sur les acteurs en charge de la conception et du financement de la politique publique de prévention de la dépendance (b).

a. Présentation de l'écosystème des acteurs de l'APA à l'échelle du Département

Une première présentation synthétique de l'écosystème des acteurs concernés par la mise en œuvre de l'APA permet de mettre en avant la complexité de ce dispositif. Il s'agit de mettre en exergue la diversité des protagonistes aux enjeux et contraintes variés.

Le schéma présenté ci-dessous reprend les principaux acteurs de la mise en œuvre de cette politique publique :



Source : Direction de la Modernisation et de l'Évaluation – Département du Nord (mai 2022)

1. Les acteurs en charge d'informer et d'orienter les usagers

Le rôle d'information et d'orientation sur le dispositif de l'APA est réparti sur une pluralité d'acteurs présents sur les territoires et potentiellement en contact avec les destinataires de ce dispositif (personnes âgées et aidants). Pour l'institution départementale, le Relais autonomie (développé ultérieurement), la MDPH ou encore les Maisons France service ont ce rôle de premier interlocuteur. Mais, de nombreux autres acteurs sont susceptibles d'apporter les informations sur l'accès à l'APA : les communes, directement ou via leur CCAS, les CLIC, les caisses de retraite, etc. Enfin, les acteurs qui assistent et soignent au quotidien les personnes âgées doivent aussi être en mesure d'orienter sur le dispositif.

2. Les services centraux du Département en charge de l'instruction des demandes

Un premier service, le SIAPA, le Service d'Instruction des APA, a pour mission de vérifier la complétude des dossiers et l'enregistrement de la demande. Une fois que le dossier est complet, le relais est passé au niveau du service de planification, centralisé sur Lille. Le personnel a pour mission d'organiser la planification des visites à domicile qui seront faites sur les territoires.

Ces deux services, ainsi que d'autres services (la plateforme téléphonique ou le service suivi des prestations) sont situés au sein du Pôle Prestation de la Compensation Individuelle de la Direction de l'Autonomie. À noter que par délibération en date des 22 mai 2017 et 25 mars 2019, l'Assemblée départementale a défini puis créé la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA), mutualisant ainsi les missions communes au Département et à la MDPH. Les moyens et dispositifs d'accueil ont été mis en commun autour d'une stratégie commune « personnes âgées et personnes en situation de handicap » via :

- Un accueil physique de proximité : c'est le déploiement et l'animation du réseau des Relais autonomie (une soixantaine aujourd'hui) sur tout le territoire ;
- Un accueil téléphonique unique avec la « plateforme Nord autonomie » ;
- Un accueil numérique usagers avec le « portail Nord Autonomie ».

3. Les services territorialisés en charge de l'évaluation Médico-Sociale

L'évaluation médico-sociale ayant pour but de mesurer le niveau de dépendance est réalisée par un Evaluator Médico-Social (EMS), rattaché au Pôle autonomie de sa Direction territoriale. Il réalisera un projet de plan d'aide soumis validation de l'usager.

4. Les prestataires de l'accompagnement dans le soutien à Domicile

Les accompagnements et soins préconisés dans le plan d'aide peuvent être réalisés par différents prestataires :

- **Les Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD)** interviennent à domicile pour dispenser des soins médicaux aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap ;
- **Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)** assurent au domicile des personnes des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires et les actes essentiels de la vie quotidienne (l'entretien du logement, l'entretien du linge, la préparation des repas, les courses, l'aide à la toilette, l'aide à l'habillage et au déshabillage, etc.) ;
- **Les Services Polyvalents d'Aide et de Soins À Domicile (SPASAD)** apportent à la fois un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et des soins aux personnes prises en charge. Ils regroupent des services qui assurent les missions d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD),
- **Les emplois directs** : l'usager emploie directement une personne pour la réalisation de prestations d'aide à la personne ;
- **Les services mandataires** aident dans le recrutement du salarié et accompagnent dans les démarches administratives. L'usager règle au service le coût de cette mise en relation, du traitement administratif, mais garde le statut d'employeur et rémunère également directement l'aide à domicile.

5. Les acteurs de l'accueil des personnes dépendantes

Lorsque le maintien à domicile n'est plus souhaité (isolement, sécurité, etc.) ou n'est plus possible (niveau de dépendance trop important), les personnes âgées disposent de différentes solutions d'accueil en fonction de leur situation :

- **Les Résidences autonomie** sont des ensembles de logements pour les personnes âgées associés à des services collectifs, souvent construites à proximité des commerces, des transports et des services. Elles sont majoritairement gérées par des structures publiques ou à but non lucratif ;
- **L'habitat inclusif** s'adresse aux personnes âgées et aux personnes handicapées qui font le choix, à titre de résidence principale, d'un mode d'habitat regroupé, entre elles ou avec d'autres personnes. Ce mode d'habitat est assorti d'un projet de vie sociale et partagée. Il n'existe pas de critères requis pour y habiter (pas de niveau de GIR spécifique pour les personnes âgées, pas d'orientation de la MDPH pour les personnes handicapées) ;
- **Les EHPAD** (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) sont des maisons de retraite médicalisées qui proposent un accueil en chambre. Les EHPAD s'adressent à des personnes généralement âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien ;
- **Les USLD** (unités de soins de longue durée) sont des structures d'hébergement et de soins qui accueillent majoritairement des personnes âgées de plus de 60 ans. Elles sont généralement adossées à un établissement hospitalier. Les moyens médicaux qui y sont mis en œuvre sont plus importants que dans les EHPAD.

b. Les acteurs en charge de la conception et du financement des politiques publiques de prévention

En amont des acteurs de terrain décrits dans la partie précédente, il est important d'évoquer le rôle du financeur national de l'APA ainsi que les autres acteurs majeurs des politiques publiques en lien avec l'autonomie.

Au niveau national, l'APA est pilotée par la **Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie (CNSA)**, établissement public créé en 2005 par la loi du 30 juin 2004. Si son champ d'action s'étend à l'ensemble des dimensions de l'autonomie, la CNSA est en charge de distribuer la part financière de l'Etat concernant l'APA. Elle joue également un rôle majeur d'accompagnement des professionnels de l'autonomie et de développement de nouvelles expertises et de recherche de solutions autour de ces enjeux.

La CNSA verse la dotation de l'État (dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion signée avec l'État) en matière d'APA aux Départements. Comme le rappelle le site d'information de la CNSA, le concours APA versé par la CNSA aux Départements se scinde en deux parts : le concours APA originel, issu de la loi du 20 juillet 2001 et le concours APA II, issu de la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015.

Le mécanisme de répartition du concours APA entre les Départements repose sur la prise en compte de quatre critères :

- Le nombre de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans (variable entrant pour 50 % dans le calcul de la dotation du Département) ;
- La dépense d'APA (20 %) ;
- Le potentiel fiscal (25 %) ;
- Le nombre de bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (5 %).

Bien que ne finançant pas l'APA, les Caisses de retraite ont un rôle important dans l'écosystème. Elles sont d'une part, des membres décideurs de la Conférence des financeurs (développé en 2.1.1) et d'autre part, ont également tout un éventail de leviers qui peuvent venir compléter l'aide apportée par l'APA. Ces leviers ont pour ambition de concourir à la prévention de la perte d'autonomie et de renforcer les démarches de maintien du niveau d'autonomie pour les usagers déjà concernés par l'APA. Il s'agit notamment :

- Des aides financières : pour les retraités non éligibles à l'APA et pour les bénéficiaires de l'APA mais sur des champs non couverts par leur plan d'aide. Il s'agit notamment de l'Aide Bien vieillir chez soi (BVCS) ou de l'Accompagnement À Domicile des Personnes Âgées (AADPA) qui sont attribuées sous conditions de ressources par les Caisses de retraite (régime général, régime agricole et fonction publique d'État) aux retraités plus autonomes (indice GIR 5 à 6), âgés d'au moins 55 ans ;
- Des programmes d'actions collectives de prévention (dans le cadre des actions financées par la Conférence des financeurs mais également via des programmes d'actions propres) ;
- D'une communication dédiée, apportant les informations nécessaires et prodiguant différents conseils pour accompagner les publics dans le vieillissement (exemple : le site www.pourbienvieillir.fr mis en place par les Caisses de retraite et Santé action publique France).

Les aides financières octroyées par les Caisses de retraite font également l'objet d'une évaluation préalable au domicile de la personne âgée.

Un dossier unique Département / Caisses de retraite est en cours de mise en œuvre depuis octobre 2021.

Le Département du Nord est l'un des 20 Départements pilotes qui concourent à proposer aux usagers un dossier unique Département / Caisses de retraites pour obtenir une aide à l'autonomie. Il s'agit d'une démarche visant à simplifier l'accès aux demandes d'aides. L'utilisateur n'a plus qu'un seul dossier à remplir. Le Département ou la Caisse de retraite recevant le dossier doit orienter l'utilisateur en fonction de ses besoins.

Le déploiement du dossier unique n'est pas encore totalement opéré sur l'ensemble du réseau, comme la mission a pu le constater lors de la visite à l'UTPAS de Denain.

De l'aveu de la Direction de l'Autonomie, les modalités de mise en œuvre et de collaboration entre le Département et les Caisses de retraite doivent être précisées. De plus, il s'agit de nouveaux réflexes de travail à acquérir pour les services. Ce système doit être généralisé à l'ensemble des Départements d'ici la fin de l'année 2022.

Autre acteur indispensable sur les questions de dépendance, l'**Agence Régionale de Santé (ARS)** doit être mise en avant. Il s'agit d'un établissement public autonome mettant en œuvre la politique régionale de santé. Ici encore, cet acteur n'intervient pas directement sur l'APA mais joue un rôle majeur tant ce champ d'intervention couvre tous les domaines de la santé publique.

Elle est notamment indispensable sur les questions de prévention et de promotion de la santé. Mais surtout elle est en charge de l'organisation de l'offre de soins sur la région et a donc comme préoccupation de travailler sur les problématiques telles que l'accès aux soins ou encore les déserts médicaux. Or, les développements à venir dans le rapport mettront en avant la forte perméabilité de ces questions de société avec les enjeux de l'APA. Par ailleurs, l'ARS est compétente au niveau du fonctionnement et de l'investissement des EHPAD. Les auditions ont montré aussi que pour développer une stratégie d'investissement, une politique coordonnée ARS/ CNSA/ Département est indispensable.

2.1.5 Les données financières de l'APA

En 2021, l'APA représentait 9,2 % des dépenses de fonctionnement du Département du Nord.

Le tableau sur l'évolution budgétaire ci-dessous met en avant qu'entre le BP 2019 et le BP 2022, les dépenses d'APA ont augmenté de 24 %, soit une augmentation 55 millions d'euros. Dans le détail, le Budget Prévisionnel (BP) 2020 a augmenté de 6 % par rapport à celui de 2019. Il a augmenté de 9 % entre le BP 2021 et 2020. Concernant le BP de 2022, il y a une évolution budgétaire de 8 % par rapport au BP 2021.

La ligne budgétaire « APA Services d'Aide à Domicile » est celle qui a le plus augmenté passant de 106,34 M€ à 144,54 M€ entre le BP 2019 et le BP 2022, soit une augmentation de 36 % alors que la ligne « APA bénéficiaire » reste stable et que celle de « l'APA en établissement » augmente lentement. Cette augmentation très forte sur les Services d'Aide à Domicile s'explique par les aides qui ont été mises en place pour le secteur, comme les aides d'accompagnement à la mise en place de l'avenant 43 (revalorisation salariale pour les SAAD) ou les aides allouées dans le cadre de la prise en charge des primes.

PROGRAMME - OPERATION	BP 2019	BP 2020	BP 2021	BP 2022
ALLOCATION APA	221,89	234,69	255,79	276,06 (+8% /2021)
APA BENEFICIAIRE	33,48	33,37	35	35,25
APA SERVICES D'AIDE A DOMICILE	106,34	118,4	136,64	144,54
APA ETABLISSEMENT	82,07	82,92	83,5	85,9

En 2021 = 9.2% des dépenses de fonctionnement du CD

Source : Direction de l'autonomie – Département du Nord (février 2022)

Comme l'indique le tableau ci-dessous, les chiffres nationaux montrent qu'au niveau des moyens attribués, **le Nord est légèrement au-dessus de la moyenne nationale d'attribution par bénéficiaire**. Il est par contre en dessous en comparaison de la population globale. La Direction de l'Autonomie a précisé lors de l'une de ces auditions que ce dernier chiffre s'expliquait par le fait que le Nord était un département qui restait encore jeune, malgré une augmentation importante du vieillissement de la population.

	€ par habitant	€ par bénéficiaire
Nord	88,2	4 606
Pas-de-Calais	131,1	4 991
France métropolitaine	90,6	4 555

Le tableau ci-après montre que **le taux de bénéficiaires dans le Nord est supérieur au taux national**. La Directrice-adjointe de l'autonomie a mis en avant les données de santé et le niveau de précarité pour expliquer ce pourcentage : « nous ne pensons pas, mais c'est l'objet de votre évaluation, être au-dessus par rapport à des pratiques de nos équipes qui seraient plus gentilles qu'au niveau national puisque, au niveau des équipes, on est vraiment déjà sur le juste droit ».

Taux de bénéficiaire payé au titre du mois de décembre 2019 (Sources DRESS)						
	APA à domicile ou établissement		APA à domicile		APA en établissement	
	% de la pop 60 ans et plus	% de la pop 75 ans et plus	% de la pop 60 ans et plus	% de la pop 75 ans et plus	% de la pop 60 ans et plus	% de la pop 75 ans et plus
Nord	8,2	25,1	4,9	14,9	3,3	10,2
Pas-de-Calais	10,5	33,2	7,8	24,6	2,7	8,6
France métropolitaine	7,5	20,8	4,3	12,1	3,1	8,7

L'ensemble des informations clés relatives à l'APA permet d'appréhender globalement la politique d'accompagnement des personnes âgées dans le Nord et de mieux comprendre les résultats de la mission d'information et d'évaluation sur le parcours de l'utilisateur présentés dans la partie suivante.

2.2 L'ACCÈS A L'APA

L'accès à l'APA s'analyse au regard de plusieurs dimensions interdépendantes : le niveau de connaissance du dispositif qu'ont les usagers et les autres acteurs du dispositif (2.2.1.), les outils de communications mobilisés (2.2.2) ainsi que l'animation globale du dispositif par l'écosystème d'acteurs (2.2.3).

2.2.1 Un niveau de connaissance du dispositif qui reste à amplifier

Bien que le dispositif ait plus de 20 ans d'existence, les différents témoignages s'accordent à dire que le niveau de connaissance de l'APA reste à améliorer. Les échanges ont mis en avant différents éléments attestant de la marge de progression encore significative.

L'APA, **n'est pas encore une terminologie entrée dans les représentations sociales**. « L'APA ça ne parle pas aux gens » constatait notamment un membre de la mission.

Le dispositif souffre d'un **déficit de notoriété**. Les professionnels interrogés ont rappelé que la perte d'autonomie restait un sujet difficile à s'approprier car peu plaisant pour les personnes concernées. Ainsi, celles-ci auraient tendance à retarder la prise en compte de ce sujet et s'y intéressent lorsqu'elles y sont contraintes. De plus, le dispositif reste peu connu des tranches d'âges non concernées pourtant susceptibles de le mobiliser à terme ou d'être amené à accompagner un proche sur le sujet de la dépendance.

La logique d'information « multi-guichets », bien qu'elle ait le mérite d'augmenter l'accessibilité potentielle au dispositif, peut, de l'aveu des professionnels interrogés, avoir aussi des externalités négatives sur la visibilité de l'APA. En effet, l'absence de guichet unique qui viendrait incarner le dispositif, comme le fait la CAF pour les allocations familiales, impacte sa visibilité. Le fait que l'information soit disséminée sur plusieurs sites et portée par plusieurs acteurs augmente les risques de confusion et les approximations.

Enfin, le **non recours** est également un élément attestant le déficit de connaissance. Le non recours à une aide sociale se définit comme : toute personne éligible à une prestation sociale [financière], qui – en tout état de cause – ne la perçoit pas. Les études spécifiques sur le non recours à l'APA sont peu nombreuses, toutefois elles s'accordent à mettre en avant que la non connaissance du dispositif par les usagers et par les acteurs potentiellement en position de le leur conseiller, est l'une des explications au non recours à l'APA d'une partie de la population cible.

Piste de travail :

- Développer la communication sur l'APA auprès des publics dont le profil n'est pas encore éligible au dispositif

2.2.2 Des outils de communication diversifiés qui ne sont pas encore optimisés et qui ne répondent que partiellement aux besoins des usagers

Différents outils de communication complémentaires sont à la disposition du Département et de ses partenaires pour diffuser l'information et échanger avec les usagers de l'APA :

- La communication par courrier (a) ;
- Le média internet (b) ;
- La plateforme téléphonique (c).

À ces outils s'ajoutent les acteurs et partenaires du dispositif qui sont les premiers vecteurs de communication (d).

Toutefois, bien que les leviers existent, leur mobilisation et leur mise en cohérence restent à être optimisés pour mieux répondre aux besoins des usagers.

a. La communication par courrier reste indispensable mais a de nombreuses limites

Outil de communication historique des informations officielles, les courriers restent un outil de communication central du dispositif. Celui-ci reste indispensable mais compte de nombreuses limites.

Celles-ci ont été mises en avant par les personnes auditionnées. L'étude réalisée par la Direction de la Communication a notamment mis en avant différentes difficultés. Les courriers peuvent se perdre, ils demandent une réponse et donc contraignent des personnes en perte d'autonomie à devoir se déplacer ou se faire aider. De plus, les courriers sont complexes, contiennent une information dense et peu hiérarchisée.

Cela reste un outil apprécié des personnes âgées qui, quand elles ont gardé leurs capacités visuelles et cognitives, sont à l'aise avec ce moyen de diffusion de l'information traditionnel auquel elles sont habituées.

Côté administration, le traitement demande du temps aux services et s'avère par essence, plus chronophage que les gestions informatisées.

Pistes de travail :

- Simplifier les courriers, hiérarchiser les informations, mettre en place la méthode F.A.L.C. (facile à lire et à comprendre)
- Proposer un document simple à laisser à l'utilisateur avec les grandes étapes

b. Le média internet connaît une mobilisation croissante mais a une grosse marge de progression

Le Département du Nord a mis en place un site internet dédié à l'APA :

<https://services.lenord.fr/allocation-personnalisee-d-autonomie-apa-a-domicile>

Extrait du site :

1. Complétez le dossier unique de demande d'aide à l'autonomie

Depuis octobre 2021, ce dossier est commun au Département et aux caisses de retraites dont relèvent les retraités du secteur privé, agricole et de la fonction publique d'Etat. Il vise à faciliter les démarches et à favoriser l'accès aux droits.

Téléchargez le dossier unique de demande d'aide à l'autonomie (pdf - 0.63 Mo)

2. Envoyez votre dossier

En fonction des indications renseignées dans le dossier, le dossier sera à adresser soit à la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) ou la Mutuelle Sociale Agricole (MSA) soit au Département.

- les personnes ayant besoin d'être soutenues dans les actes de la vie courante (courses, ménage, conseil en prévention...) transmettront leur dossier à la CARSAT ou la MSA
- les personnes devant être accompagnées pour les actes essentiels de la vie courante (se lever, se laver, s'habiller etc.) adresseront leur dossier au Département.

Les adresses de chaque organisme sont précisées dans la partie "pièces à fournir et adresse d'envoi du dossier".

En cas d'erreur de destination, le dossier sera automatiquement réorienté vers le bon organisme.

Pour en savoir plus sur la mise en place du dossier unique de demande d'aide à l'autonomie consultez le site de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)

Site internet de la CNSA

3. Visite à domicile

DEMANDE D'AIDES À L'AUTONOMIE
POUR LES PERSONNES ÂGÉES À DOMICILE

Carsat Retraite et Santé des Retraités Nord-Pas-de-Calais
MSA santé famille retraite services
Nord le Département est là

Ce dossier permet de formuler une demande de plan d'aide qui pourra être financé pour tout ou partie par les caisses de retraite (aide Bien vieillir chez soi, dite BVCS, et Accompagnement à domicile des personnes âgées, dite AADPA) ou les départements (Allocation personnalisée d'autonomie, dite APA).

Réservé à l'administration / Numéro de dossier :
Dossier transféré vers : Date :

1/9 LA SITUATION DU DEMANDEUR ET DE SON CONJOINT

Si le demandeur est en couple (mariage, PACS ou concubinage), les besoins et les coûts sont pris en compte dans l'évaluation de l'aide. Il est donc nécessaire de renseigner les informations ci-dessous.

Pour plus d'informations, référez-vous à la notice d'information de l'allocataire et au portail d'information en ligne : www.lenord.fr/allocataires

LE DEMANDEUR	LE CONJOINT
<input type="checkbox"/> Marié, PACS, en concubinage	<input type="checkbox"/> Mariage, PACS ou concubinage
<input type="checkbox"/> Célibataire	
<input type="checkbox"/> Divorcé ou séparé	Si le demandeur est célibataire, divorcé, séparé ou veuf, veuillez ne pas remplir cette rubrique.

Bien que de plus en plus mobilisé pour des raisons évidentes de recherche de gain en efficacité (accès aux documents, procédure en ligne), le média internet ne semble pas encore répondre totalement aux attentes des usagers.

L'étude de la Direction de la Communication a mis en avant que les usagers interrogés ne plébiscitaient pas cet outil. Le portail internet dédié aux demandes est peu connu des usagers. Lorsque ceux-ci le mobilisent, l'information est ressentie comme dense et assez lourde. De plus, les générations les plus âgées sont moins à l'aise avec ce « nouveau » canal de communication. Celui-ci s'avère plus pertinent pour les aidants ou les acteurs de l'APA.

Pistes de travail :

- Réflexion sur un parcours fluide du site internet basé sur les attentes usagers
- Refonte des contenus du site internet sur les besoins usagers
- Créer une FAQ dans le site internet
- Adapter le portail aux besoins usagers
- Communiquer sur le portail

c. Le principe de plateforme téléphonique apprécié des usagers mais doit être optimisé

De l'aveu de la Direction de la Communication sur la plateforme internet « *les gens sont un peu perdus et, souvent, ils ne cherchent pas à comprendre, ils prennent le téléphone, ils appellent un conseiller* ». L'étude de la Direction de la Communication met en avant que la plateforme est appréciée car :

- Elle apporte un vrai contact humain recherché par les usagers. L'humain reste en effet le canal privilégié des usagers ;
- Elle apporte une réponse immédiate et concrète aux problèmes et incompréhensions.

Toutefois la plateforme ne semble pas répondre à toutes les attentes et peut sembler être victime de son succès. Selon des professionnels du Département interrogés dans le cadre d'une visite, la plateforme peut décourager par son temps d'attente trop long. « *La plateforme téléphonique ne marche pas, ils attendent 45 minutes* ». De plus les professionnels ont mis en avant l'idée que la plateforme ne pouvait apporter les mêmes garanties que le contact humain pour les personnes âgées ayant besoin d'être rassurées. « *Ce qu'ils veulent c'est une réponse sûre, la réponse sûre, ils ne l'ont pas auprès d'une personne qu'ils n'ont pas eue en direct* ». « *Les personnes préfèrent appeler directement leur interlocuteur en Pôle autonomie.* »

Enfin, cette plateforme pourrait être encore mieux exploitée. En effet, les appels effectués génèrent de l'information sur les appelants et sur les difficultés de compréhension, des questions récurrentes. Or, ces données semblent ne pas être encore suffisamment exploitées au regard des informations essentielles qu'elles apportent dans une optique d'amélioration du service.

Pistes de travail :

- Répondre en amont de la plateforme téléphonique aux interrogations les plus fréquentes via les autres canaux
- Renforcer les effectifs de la plateforme téléphonique

d. Les acteurs et partenaires du dispositif qui sont les premiers vecteurs de communication, à accompagner davantage

L'Humain étant le canal privilégié des usagers, les acteurs du dispositif, les prescripteurs sont des vecteurs de communication essentiels afin de permettre un accès à l'APA. Les administrations, le personnel de santé du territoire ou les prestataires intervenant chez les personnes âgées jouent un rôle de relais de l'information.

Ce rôle peut s'avérer difficile car les informations sont denses et complexes à comprendre. De plus, le public est parfois fragile.

Les différentes auditions ont mis en avant que l'oralité était souvent le mode de diffusion privilégié de ces acteurs. Les informations sont de fait souvent oubliées ou encore mal comprises, ce qui génère un nombre important d'appels à la plateforme téléphonique. Les partenaires ont déclaré manquer parfois d'informations ou d'outils pour communiquer les bonnes informations de manière homogène.

Pistes de travail :

- Organiser des temps de formation/d'information sur le sujet de l'autonomie pour les professionnels du Département et les partenaires
- Créer un guide par territoire mis à disposition des professionnels, à actualiser tous les ans
- Poursuivre le travail en cours à la Direction de l'Autonomie :
 - Un guide des prestations travaillé avec la CNSA ayant pour but de faire connaître les autres prestations aux professionnels afin de mieux orienter vers les bons dispositifs
 - Une homogénéisation des pratiques par un référentiel

2.2.3 Les aidants et les Relais autonomie : deux acteurs centraux en première ligne de l'accompagnement des bénéficiaires vers l'APA

Après avoir eu un premier état des lieux des acteurs impliqués dans l'APA (point 2.1.4), il s'agit maintenant de montrer en quoi cet écosystème est complexe de par la diversité de ses membres en portant un focus sur le rôle du Relais autonomie (b), en ayant au préalable analysé le rôle d'un acteur à part car également usager : l'aidant (a).

a. L'aidant un « usager/acteur » au rôle essentiel à accompagner davantage

Les usagers de l'APA peuvent être entourés d'un ou plusieurs aidants. Ce terme s'entend ici comme une personne issue de la sphère privée qui apporte un soutien à une personne dépendante dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante ou qui a besoin d'une surveillance quotidienne et régulière.

Les aidants ont un rôle et un statut particulier en ce qu'ils sont à la fois usager (l'administration a le devoir de les aider dans leur rôle) et acteur à part entière du dispositif en ce qu'ils facilitent fortement l'accès à l'APA et sa mise en œuvre. En effet, les personnes auditionnées étaient unanimes quant à l'importance des aidants et ont eu l'occasion de souligner les difficultés rencontrées par les personnes âgées isolées. Le fait de ne pas avoir d'aidant autour de soi est l'un des facteurs empêchant le maintien à domicile.

Le soutien et l'accompagnement des aidants, bien qu'étant une préoccupation majeure des acteurs du dispositif, ne sont pas aisés pour plusieurs raisons :

- Il existe une diversité de profils et de situations qui complexifient leur accompagnement : certains aidants sont eux-mêmes âgés, peuvent être éloignés géographiquement et ont des profils socio-culturels hétérogènes ;
- Il existe des barrières juridiques les empêchant de prendre toute leur place : s'agissant d'une aide individuelle, les aidants ne sont pas destinataires officiels des informations. La Direction de la Communication lors de son intervention a mis en avant cette problématique « *Aujourd'hui, on a un accueil, on n'a pas le droit de communiquer avec l'aidant, on s'adresse au bénéficiaire. C'est un peu paradoxal puisque, en discutant avec la Direction de l'Autonomie, on se rend compte que, dans de nombreux cas, c'est l'aidant qui remplit le dossier et qui le signe. On le sait pertinemment et on accepte d'instruire les demandes, mais on ne va pas jusqu'au bout de la démarche pour des raisons réglementaires.* »

Une information générale à destination des aidants existe. Un site « aidant.lenord.fr » a été lancé, il donne une information de premier niveau sur le rôle de l'aidant et ses droits. Un guide de l'aidant existe également. En revanche il est à l'heure actuelle impossible pour le Département de s'adresser à l'aidant de manière individualisée pour les raisons expliquées ci-dessus.

Pistes de travail :

- Viser davantage les aidants dans les communications en prenant en compte la diversité des profils
- Étudier les leviers juridiques pour permettre de donner plus de place à l'aidant dans le processus, notamment analyser la possibilité juridique d'instaurer une personne de confiance qui sera le « doublon » du demandeur (comme cela existe déjà pour les personnes à l'hôpital ou en ESMS)
- Associer les aidants aux démarches dans le respect des règles juridiques : étudier les possibilités de les avertir par SMS, mail, courrier

b. Les Relais autonomie, pierre angulaire de la stratégie départementale qui restent encore mal identifiés

Sur les questions d'accueil et de relation à l'utilisateur, le Département a mis en place une stratégie commune pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

Le Département a décidé de mettre en place un « label » appelé « Relais autonomie », pour permettre de fédérer les acteurs de l'accueil généraliste. Ceci afin d'être en mesure d'animer le territoire et de permettre une homogénéisation et une montée en qualité de l'accueil et de l'information de ces usagers. Localement, ce sont des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), des Maisons de Services Au Public (MSAP), des associations et des Unités Territoriales de Prévention et d'Action Sociale (UTPAS) ou encore les camions bleus France Services qui participent à ce nouveau maillage territorial.

Ces Relais autonomie ont pour but de proposer un accueil physique de proximité, une information individualisée et adaptée.

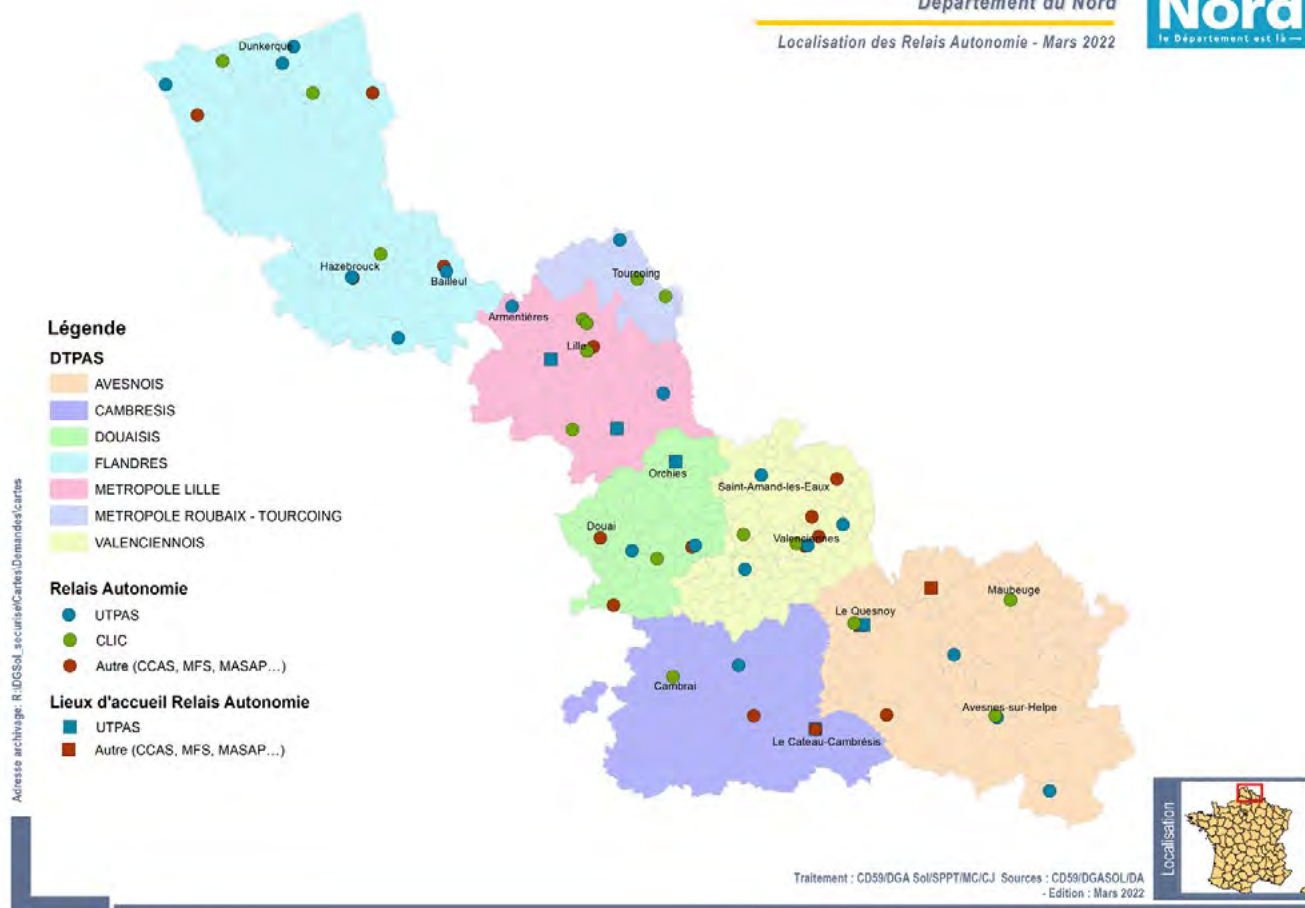
Afin d'en être capable, les Relais ont accès aux bases de données et aux outils métiers du Département. Ils peuvent notamment voir où en est une demande d'APA. Cela permet au Département d'être informé par les Relais autonomie de la nature de l'accueil réalisé chaque jour et des questions posées. Ils s'engagent à renseigner des tableaux de suivi de l'activité. Il s'agit donc d'un système connecté entre le Département et les acteurs labellisés.

La relation de travail Département / Relais autonomie se base sur une convention d'engagement réciproque.

Cet accueil dédié se situe entre l'accueil généraliste porté majoritairement par les villes qui n'ont pas rejoint le label et les accueils et accompagnements spécialisés. Les Relais autonomie n'ont pas pour ambition d'être hégémoniques. Le Département a surtout pour objectif de construire un accueil multi partenarial puisque de l'aveu des professionnels « ces publics vont taper à toutes les portes ».

Ce dispositif, encore récent puisque mis en place depuis 2019, ne fonctionne pas encore à plein régime pour plusieurs raisons :

- Les Relais autonomie restent encore mal identifiés par une partie de la population. Nouveau lieu d'accueil, porté par différents acteurs œuvrant à des échelles variées et sur des logiques territoriales divergentes, ils peinent encore à être identifiés dans le paysage de l'accueil de proximité ;
- Certains acteurs et certaines villes ne souhaitent pas adhérer au Relais. Les raisons majeures invoquées par les personnes auditionnées, sont que l'adhésion au label Relais autonomie demande également de traiter le handicap qui requiert une expertise plus forte. Autre raison, les Relais autonomie n'ont pas de logique territoriale et les communes peuvent être réticentes à accueillir des usagers ne venant pas de leur territoire ;
- Une part significative des Relais autonomie ne remplissent pas ou peu les bases de données de suivi. Cette absence d'investissement dans la capitalisation, qui peut s'expliquer pour différentes raisons (manque de temps, manque d'appropriation aux outils, etc.) freine le processus de progression de la démarche de Relais autonomie, puisque les bases de données départementales sont de fait parcellaires ;
- Le personnel d'accueil de ces Relais a encore besoin d'un temps d'acculturation et d'assimilation des différentes informations pour être en mesure de remplir efficacement son rôle de conseil et d'information. Les échanges qui ont eu lieu lors de la visite du Relais autonomie de Denain ont notamment mis en avant que le personnel d'accueil estimait ne pas être suffisamment informé sur l'APA en comparaison des dispositifs sur le handicap. Ainsi, il ne se sentait pas encore suffisamment formé.



La carte présente la répartition des Relais autonomie sur le Département ainsi que les structures qui le portent. Cette illustration met en avant que les Relais autonomie sont présents sur tout le territoire du Nord mais que des dynamiques différentes persistent d'un territoire de Direction Territoriale de Prévention et d'Action Sociale à l'autre. Des communes des Flandres ou du Cambrésis notamment restent éloignées d'un Relais autonomie.

Pistes de travail :

- Former davantage les agents des Relais autonomie sur l'APA
- Retravailler les modalités de communication et de descente de l'information entre le central et les territoires
- Créer un guide par territoire mis à disposition des usagers, à actualiser tous les ans
- Inciter les acteurs de proximité à s'engager davantage dans la démarche de Relais autonomie (Exemple : Centres sociaux, Maison de quartier, ...)
- Étudier la possibilité d'instaurer des permanences d'information tournantes dans les communes

2.3 LE PARCOURS DES DEMANDES D'APA

Les demandes d'APA sont réceptionnées et traitées par les services du Département (2.3.1), s'en suivent la prise de rendez-vous et l'évaluation des demandeurs (2.3.2) ainsi que l'élaboration du plan d'aide (2.3.3). Toutes ces étapes doivent se faire dans un délai de deux mois qui n'est actuellement pas respecté (2.3.4).

2.3.1 Le traitement des demandes par les services du Département

Le traitement des demandes d'APA doit faire face à une hausse de celles-ci et une complexification des cas (a). Il est donc nécessaire d'étudier les moyens humains y afférant (b). Enfin, le traitement des demandes concerne aussi l'APA d'urgence, qui fait l'objet d'une nouvelle procédure (c).

a. Le parcours des demandes face à la hausse et à la complexification des cas

Le parcours d'une demande relative à l'**APA à domicile**, de sa réception à sa notification par les services est résumé par les étapes suivantes :

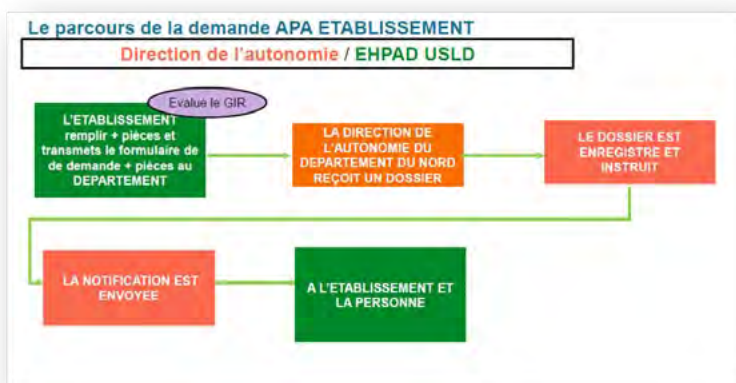
- Réceptionner la demande/ Direction de l'Autonomie
- Numériser et enregistrer le dossier/Direction de l'Autonomie
- Programmer l'évaluation/ Direction de l'Autonomie
- Établir le plan d'aide /Pôle autonomie des territoires
- Transmettre la proposition du plan d'aide à la personne/ Direction de l'Autonomie
- Envoyer la notification/ Direction de l'Autonomie
- Suivre la prestation et les paiements/ Direction de l'Autonomie



Source : Direction de l'autonomie – Département du Nord (février 2022)

Concernant le parcours de la demande pour l'**APA en établissement**, la procédure est la suivante :

- Remplir le formulaire et les pièces et les transmettre au Département /EHPAD USLD (étape souvent réalisée par les agents administratifs des EHPAD/USLD)
- Réceptionner le dossier /Direction de l'Autonomie
- Enregistrer et instruire le dossier / Direction de l'Autonomie
- Envoyer la notification/Direction de l'Autonomie

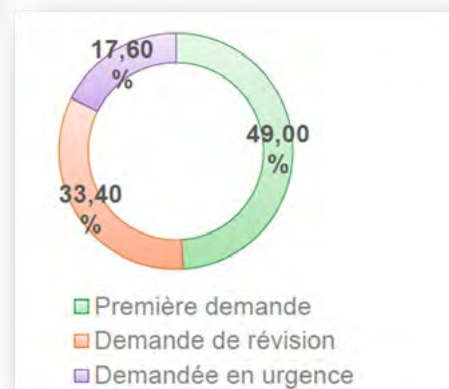


Source : Direction de l'autonomie – Département du Nord (février 2022)

Concernant l'analyse des demandes entre les premières demandes, les révisions et l'urgence, sur 127 demandes enregistrées par jours ouvrés en 2021, la répartition est la suivante :

Chaque jour ouvré, les services reçoivent :

- Environ 130 dossiers de demandes
- Un peu plus de 65 premières demandes
- Une quarantaine de révisions
- 25 demandes en urgence



Source : Direction de l'autonomie – Département du Nord (février 2022)

b. Les moyens humains face à l'augmentation des demandes d'APA

123 agents travaillent actuellement sur le traitement de l'APA, dont 48 évaluateurs.

Les professionnels, 123 agents positionnés sur le traitement de l'APA	
Courrier Numérisation Enregistrement, instruction Planification de l'évaluation Notification	38 agents administratifs
Évaluation Accompagnement	5 médecins autonomie 48 évaluateurs médicosociaux
Suivi de la prestation Paiements	32 agents administratifs

Source : Direction de l'autonomie – Département du Nord (février 2022)

Le nombre d'agents n'augmente pas autant que les demandes d'APA. Les services chargés de l'APA doivent faire face à une augmentation des demandes, et des demandes toujours plus complexes, ce qui n'est pas en corrélation avec les effectifs. Ainsi, lors d'une audition, la Direction de l'Autonomie a expliqué « entre 2012 et 2021, le nombre de demandes d'APA a augmenté de 26 %, alors que les postes d'EMS n'ont augmenté que de 19 %, tout en ayant d'autres missions que l'évaluation APA. » En 2012, un EMS faisait 37 évaluations par mois, en 2021 il en a fait 40. En outre, la Direction de l'Autonomie a expliqué que les équipes avaient d'autres missions que l'évaluation de l'APA. En effet, elles sont aussi chargées de l'agrément et du suivi des accueillants familiaux.

Actuellement, au regard des processus de reporting opérant au sein de la DGA SOL, les Services centraux ne sont pas en mesure de comptabiliser la part du temps de travail consacré à l'APA par les équipes. Il ne semble pas non plus exister de ratio déterminant le nombre nécessaire d'agents pour traiter un certain volume de demandes. **Ainsi, l'idée d'un déficit de moyens humains faisant l'unanimité au sein des services consacrés n'est que partiellement objectivé.**

Piste de travail :

→ Avoir une analyse fine du temps consacré au traitement des dossiers par ETP et par tâche

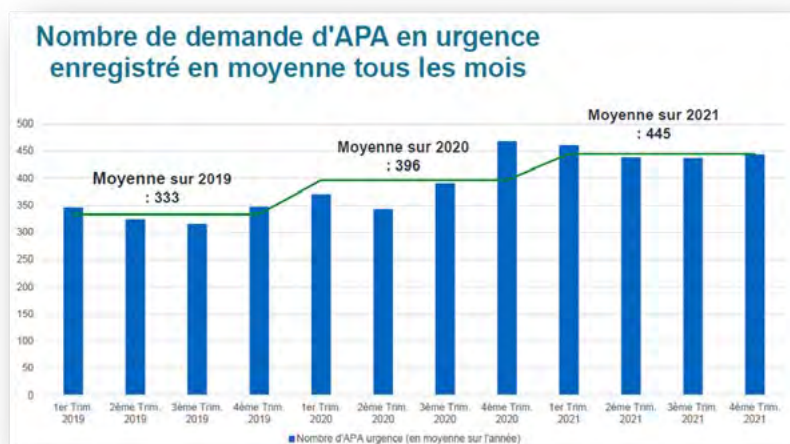
c. L'APA d'urgence : une nouvelle procédure expérimentale qui nécessite davantage de concertation avec les acteurs

Si la situation d'un usager présente un caractère d'urgence, une modification subite d'ordre médical ou social (modification de l'état de santé, de l'environnement social, etc.), l'APA forfaitaire peut être attribuée en urgence.

L'APA d'urgence ne peut être sollicitée que lorsque l'usager n'est pas encore dans l'APA.

Sinon, il s'agit d'une demande de révision. Il y a deux types de provenance :

- L'APA d'urgence sollicitée du domicile : Quatre médecins territoriaux sont présents dans les différents Pôles autonomie du Département pour donner une réponse dans les 48 heures. Lors de l'une des visites en territoire de la mission d'information et d'évaluation, un des Pôles autonomie rencontré a expliqué que les médecins étaient au nombre de 4 et non 6 comme le prévoit le tableau des effectifs ;
- Les demandes d'APA d'urgence des centres hospitaliers : la demande est centralisée et une évaluation administrative suffit pour donner un accord sous 48 heures à l'utilisateur et au demandeur. Les auditions ont montré que les services du Département constataient une tendance à confier le dossier au Département, du fait de sa réactivité à ouvrir rapidement la prestation, alors même que la personne ne relève pas de la bonne prise en charge. Le droit sera alors ouvert à tort et une rectification susceptible d'être contraignante pour l'utilisateur devra être faite dans les mois qui suivront (remboursement, renvoi vers une autre prise en charge). Le guide des prestations à destination des professionnels doit aider à la bonne orientation par les assistants sociaux des Centres Hospitaliers.



Source : Direction de l'autonomie – Département du Nord (février 2022)

L'ancienne version de la procédure APA d'urgence proposait un « forfait » qui pouvait entraîner une restitution par l'utilisateur. Ainsi, la demande d'APA était déposée, le service instruisait dans les 24 heures sur l'urgence, sur la base d'un certificat médical et sans visite auprès de la personne. Une APA forfaitaire était attribuée pour déclencher l'intervention d'un SAAD en urgence et un EMS se rendait plus tard au domicile de la personne pour réajuster le plan d'aide le cas échéant. La Direction de l'Autonomie a estimé que cette procédure n'était pas efficace, source d'incompréhensions et obligeait l'utilisateur à restituer le trop-perçu éventuel.

Depuis février 2022, une expérimentation a été mise en place et a supprimé la logique de forfait pour une intervention en urgence de l'EMS. Ainsi, l'EMS évalue la situation de la personne pour évaluer et construire le plan d'aide dans les 48 heures (en moyenne). Cette procédure est expérimentée sur les territoires de Roubaix-Tourcoing et de Cambrai.

Cette nouvelle procédure a été à plusieurs reprises contestée par les acteurs du secteur reçus en audition par la MIE. Ils ont évoqué que leurs adhérents avaient remonté des dysfonctionnements (sans les avoir précisément explicités durant l'audition faute de temps) et ils regrettent surtout de ne pas avoir été associés à cette expérimentation.

Piste de travail :

- Mettre en place un Comité de suivi technique avec les fédérations représentatives pour poursuivre la dynamique d'échanges et de concertation dans le cadre du CDCDA.
Exemple de premier sujet : l'expérimentation APA d'urgence

2.3.2 La prise de rendez-vous et l'évaluation des bénéficiaires

L'organisation logistique de l'évaluation reste à améliorer (a). L'évaluation des bénéficiaires est territorialisée et multidimensionnelle (b) et se base sur la grille AGGIR (c).

a. L'organisation logistique de la prise de rendez-vous et la visite à domicile : une efficacité limitée par les moyens de l'administration

Une fois la vérification de la complétude des dossiers et l'enregistrement de la demande réalisée par le Service d'Instruction des APA (SIAPA) le relais est passé au niveau du Service de Planification centralisé sur Lille. Ce service a pour mission d'organiser la planification des visites à domicile. Elle se fait directement sur les agendas des EMS des territoires concernés par le biais d'un logiciel dédié. Cette répartition des tâches est remise en cause par certains agents sur les territoires qui préféreraient avoir la main sur la planification des visites. Ils justifient le besoin de gestion au niveau des Pôles autonomie par une meilleure connaissance des territoires et donc par des déplacements qui seraient rationalisés ainsi que le besoin de travailler au plus près des EMS.

La visite à domicile est en principe systématique pour toutes les premières demandes d'APA car elle est indispensable aux yeux des professionnels en ce qu'elle permet d'avoir une « vision d'ensemble » de la situation (rencontre de l'utilisateur dans son environnement, potentiellement avec l'aidant).

Les EMS peuvent réaliser jusqu'à 4 rendez-vous APA par jour, mais il est important de rappeler qu'ils ne sont pas à plein temps sur cette tâche (à titre d'exemple, les EMS d'un territoire rencontré lors d'une visite ont déclaré environ 50% de leur temps aux évaluations médico-sociales. Elles sont notamment également en charge des visites à réaliser dans le cadre des accueils familiaux).

L'organisation et la passation de ce moment déterminant du dispositif APA n'est en l'état pas totalement satisfaisante. En effet, les différents acteurs auditionnés ont fait remonter un certain nombre de difficultés :

- Les retours usagers analysés par la Direction de la Communication mettent en avant que l'information relative au rendez-vous fournie par courrier ne semble pas suffisamment précise. « On a regardé dans les statistiques de la plateforme d'appels, la première et la deuxième cause d'appel sont pour avoir des informations sur les délais relatifs aux rendez-vous ». Les demandes d'information ou de modification de la date résultent du fait que la date n'est pas concertée et que le délai d'attente n'est pas expliqué dans le courrier officiel ou dans les échanges en amont ;
- L'organisation des rendez-vous est tributaire des moyens en effectifs du Département. L'organisation logistique des services départementaux oblige le service planification à proposer une plage horaire large d'une demie journée. Cela génère parfois un frein à la participation de l'aidant, éventuellement du médecin et peut de fait obliger à des reports. Il s'agit d'un des facteurs de rallongement du traitement de la demande ;
- Les délais d'obtention d'un rendez-vous sont hétérogènes d'un territoire à l'autre. Cela s'explique par une différence d'effectifs d'évaluateurs, des variations de la demande ou encore du fait que le temps disponible est mobilisé par d'autres tâches qui s'avèrent être plus ou moins importantes d'un territoire à l'autre (exemple : accueil familial). Une professionnelle rencontrée lors d'une visite a tenté d'expliquer « Les difficultés sur d'autres territoires sont liées à un manque d'effectif. Ils ont été mal calibrés au départ car calculés sur une situation à l'instant T alors que les besoins peuvent varier d'une période à l'autre de l'année. (A l'époque c'était un ratio X poste pour X nombre de dossiers) ;
- Certains territoires éprouvent par conséquent des difficultés pour proposer des créneaux d'évaluation APA dans les délais espérés. Pour tenter de limiter ce problème, une solidarité inter-territoires se met en place. Par exemple la DTPAS du Secteur du Douaisis est amenée à réaliser des évaluations sur des territoires voisins afin d'essayer de désengorger les retards.

Pistes de travail :

- Questionner la pertinence de la prise de rendez-vous en central
- Organiser la prise de rdv à domicile en proposant plusieurs dates de rdv afin de laisser un choix aux personnes (ex : site Doctolib). Ces quelques dates doivent être compatibles avec la tournée des équipes
- Travailler à l'augmentation de la capacité d'évaluation des équipes pour permettre un traitement équitable d'un territoire à l'autre

b. Une évaluation territorialisée et multidimensionnelle

Contrairement à l'instruction des demandes, l'évaluation médico-sociale est territorialisée. Ce sont les Pôles autonomie qui en sont chargés. L'objectif de cette évaluation est de définir le niveau de dépendance afin de déterminer le contenu du plan d'aide pour le bénéficiaire de l'APA qui va venir prendre en compte son environnement et ses besoins.

Les agents qui effectuent les évaluations (EMS) sont essentiellement des infirmiers et plus rarement des profils de rédacteur administratif ou d'assistante sociale. Ce sont eux qui interviennent à domicile pour effectuer les évaluations (ils les réalisent par téléphone également). De plus, les médecins autonomie des Pôles territoriaux interviennent en appui si besoin, notamment concernant l'APA demandée en urgence et dans les situations complexes.

Des travailleurs sociaux sont également présents dans les Pôles autonomie, dont pour certains des Coordinateurs Sociaux capables d'assurer les possibilités et les continuités des prises en charge des situations les plus complexes.

En règle générale, l'EMS du Département effectue seul la visite. En fonction de la situation et de la demande de l'utilisateur, il peut être accompagné par d'autres professionnels du Département ou de la MDPH (médecin, Coordinateur Social, ergothérapeute), par un partenaire ou un prestataire (CLIC, MAIA, CCAS, UTPAS, Service d'Aide à Domicile, auxiliaire de vie, infirmier libéral...). Dans tous les cas, l'EMS reste garant des propositions du plan d'aide.

Lors des auditions, il a été rappelé qu'une organisation en binôme, avec un agent issu du social et un agent issu du médical, était en place il y a plus de dix ans (convention avec les Caisses de retraites). Ce partenariat n'existe plus depuis 2011. Les évaluations ne se font plus en binôme et le profil des agents a davantage une orientation médicale que sociale. Les agents peuvent solliciter leurs collègues du Pôle autonomie qui ont un autre profil mais l'évaluation ne se fait plus en binôme.

Les procédures d'évaluation sont les suivantes :

- **Une visite à domicile systématique pour toutes les premières demandes.** À cette occasion l'EMS utilise son PC portable connecté et consigne les informations directement, lorsque cela est possible (au regard du volume d'information à transcrire, du niveau de maîtrise de l'EMS des outils informatiques, etc.), les informations et la proposition du plan d'aide dans le système d'information ;
- **Une évaluation par téléphone en première intention pour les révisions** en cas d'aggravation et pour l'APA demandée en urgence sur 2 territoires expérimentateurs (avec les partenaires et l'entourage familial notamment), suivie d'une visite à domicile si l'évaluateur l'estime nécessaire (ancienneté du droit ouvert, difficulté d'appréciation de la situation, aggravation importante, isolement de la personne...). Dans ces cas, c'est bien l'EMS qui décide d'effectuer une visite à domicile car les critères à prendre en compte sont surtout médico-sociaux et non uniquement administratifs. La procédure d'évaluation téléphonique est confirmée depuis le début de la crise sanitaire en 2020. Ce sujet sera développé dans une partie ultérieure.

Les personnes présentes lors de la visite à domicile :

La présence d'un aidant, d'un proche, d'un membre de la famille n'est pas systématique. Elle est plébiscitée par les EMS. Lorsque c'est le cas, l'EMS rencontre principalement le conjoint et/ou les enfants, ou le tuteur. Les aidants ne sont pas toujours disponibles en journée. Par ailleurs, comme déjà indiqué dans la partie relative aux outils de communication, le courrier de rendez-vous de visite reçu par l'utilisateur n'est pas toujours compris et l'information n'est pas toujours transmise aux aidants.

Piste de travail :

- Renforcer les compétences sociales au sein des équipes territoriales au regard de l'évolution des publics et du besoin de suivre, d'accompagner la mise en œuvre des plans d'aide, et de soutenir les aidants

c. La grille AGGIR : outil d'évaluation indispensable mais à retravailler

La grille nationale AGGIR permet de mesurer le degré de perte d'autonomie du demandeur de l'APA. Elle sert à déterminer si le demandeur a droit à l'APA et, le cas échéant, le niveau d'aides dont il a besoin. Ainsi cet outil a pour but de tenter de permettre une objectivation de la situation du demandeur en matière d'autonomie. Bien qu'indispensable, la grille AGGIR rencontre des limites significatives.

La grille ne permet pas de refléter totalement la réalité du terrain. Les représentants des structures d'aides auditionnés ainsi que les services départementaux ont mis en avant qu'elle n'était pas suffisamment complète. Elle ne permettrait pas selon leurs dires de prendre en compte la complexification des cas et la montée en puissance des maladies psychiatriques, notamment en EHPAD où ces pathologies mobilisent beaucoup les professionnels.

De plus, cette grille AGGIR n'évalue pas non plus les besoins en prévention de la personne, les besoins de stimulation, de relations, de soins relationnels, d'activités. Les professionnels estiment « *qu'on évalue relativement bien la perte d'autonomie physique, mais qu'on n'évalue pas du tout ou très peu la perte d'autonomie au niveau de la capacité cognitive* ».

La grille AGGIR étant une grille de cotation, celle-ci génère forcément des écarts d'interprétation des situations. Ces différences d'interprétation entraînent par conséquent des inégalités de traitement des usagers. En effet, le fait que la grille soit incomplète implique que les sensibilités de l'évaluateur vont influencer sur la prise en compte de certaines pathologies (souvent psychiques) dans la notation AGGIR.

Le témoignage d'une évaluatrice médico-sociale (EMS) illustre cette idée d'interprétation humaine de la grille qui pousse parfois à une surinterprétation afin de garantir un accompagnement adapté à la personne. « Si on est très strict avec cette grille, il y a toute une frange de pathologies qu'on n'entrera pas dans notre plan d'APA, alors que cela relève vraiment d'un accompagnement spécifique. Là, on a affaire à des sensibilités d'infirmiers qui vont jouer aussi dans ces évaluations. Cette grille AGGIR a le mérite d'exister, mais elle a une vraie limite »

Pistes de travail :

- Faire un travail de recensement des limites de la grille AGGIR pour l'APA à domicile et en établissement afin de le faire remonter au national
- Améliorer la grille AGGIR pour qu'elle intègre les facteurs liés au logement, à la situation sociale (précarité, absence d'aidant, isolement), l'entourage familial, certains critères (maladies psychiques, etc.)
- Développer des formations au niveau national pour homogénéiser l'interprétation de la grille AGGIR ainsi que de suivre les évolutions des maladies et la multiplication des cas complexes
- Mettre en place un plan de formation des évaluateurs sur les publics fragilisés (leurs évolutions, leurs spécificités, etc.) et sur les différents dispositifs
- Homogénéiser les pratiques d'interprétation de la grille AGGIR dans les équipes et entre les équipes

2.3.3 L'élaboration du plan d'aide

L'élaboration du plan d'aide, moment déterminant du processus peut être différente selon les territoires (a). La question du reste à charge évoqué à cette étape peut être complexe pour l'utilisateur (b). Enfin les procédures de révision du plan d'aide manquent encore de souplesse (c).

a. L'élaboration du plan d'aide est différente selon les territoires

Le plan d'aide à domicile se construit en fonction de l'environnement, des aidants, des besoins de compensation, des choix du bénéficiaire et de sa famille. Celui-ci est plafonné. Son contenu est le suivant :

- Heures d'aide humaine avec des aides à la vie courante et des aides à la personne,
- Accueil de jour,
- Hébergement temporaire,
- Aménagement de logement (avec le dispositif J'amèn'âge 59),
- Aides techniques mensuelles (changes, téléassistance, portage de repas) ou ponctuelles,
- Aides liées au répit.

Grâce à la visite à domicile, l'EMS va être en mesure de rédiger un plan d'aide. En effet, si la personne est en perte d'autonomie (GIR 1 à 4), l'évaluateur va élaborer alors avec elle un « plan d'aide personnalisé » destiné à recenser tous ses besoins et à faire la liste de toutes les aides qui lui sont nécessaires pour rester à domicile. Il peut s'agir de services à domicile (emploi d'un auxiliaire de vie sociale, portage de repas, aide-ménagère, etc.) aussi bien que d'aides techniques (fauteuil roulant, canne, déambulateur, lit médicalisé, etc.)

Ce plan d'aide bien que réalisé à partir de la grille AGGIR, censé objectiver la situation, peut s'avérer différent d'un territoire à l'autre en raison de réalités de terrain hétérogènes. Cela s'explique par différents facteurs :

- **La couverture des SSIAD, SAAD, etc. n'est pas homogène sur l'ensemble des territoires.**
En effet, bien que les services du Département ont insisté sur le fait que tous les territoires du département étaient couverts, certains territoires restent moins bien dotés. De plus, même si le territoire est pourvu en structures, celles-ci rencontrent plus ou moins de difficultés à proposer un volume d'interventions répondant au volume des besoins. Elles rencontrent des difficultés pour recruter ou encore interviennent sur des territoires étendus qui rallongent les déplacements et donc

le temps disponible pour les interventions. Ainsi, les évaluateurs médicaux sociaux, conscients de ces difficultés, vont mettre en place des plan d'aide prenant en compte les réalités du territoire. Les services départementaux ont déclaré durant les auditions devoir échanger avec les structures du territoire pour rendre le plan d'aide viable « *Il est parfois nécessaire de mener des « négociations » au cas par cas avec les acteurs de terrain pour couvrir les besoins* ».

- **La « culture de territoire », l'ancrage local**, éléments plus subjectifs mis en avant par les professionnels, semblent expliquer également des différences dans le contenu des plans d'aides (demandes spécifiques liées aux problématiques de territoires comme l'existence ou non d'une dynamique partenariale sur un secteur...).
- **La sensibilité de l'EMS face à certaines situations**. Comme expliqué précédemment, la grille AGGIR ne prenant pas en compte toutes les pathologies nécessitant un accompagnement, le curseur ne sera pas forcément placé de la même façon selon l'évaluateur qui sera en charge de construire le plan d'aide.

b. La question du reste à charge pour l'usager : un mécanisme complexe et qui génère des stratégies au détriment des finalités de l'APA

Le reste à charge peut se définir comme étant la part de dépense qui reste à la charge du bénéficiaire. Il est composé :

- Du coefficient de participation : la part de la dotation mensuelle APA qui est à la charge du bénéficiaire (basée sur les revenus comme expliqué dans le tableau ci-après)
- Des autres frais non financés par l'APA (notamment le delta entre les 22 euros de l'heure fiancée par l'APA et le prix facturé par le SAAD)

Les bénéficiaires éprouvent des difficultés à comprendre que le reste à charge inclut d'autres coûts que celui du coefficient de participation.

Concernant l'APA à domicile :

→ **Le coefficient de participation** : en fonction des ressources du bénéficiaire ou du couple

Niveau de revenus mensuel	Coefficient
Inférieur ou égal à 817 €	0 %
Entre 817 € et 3 007 €	Varie progressivement de 0 à 90 %
Supérieur à 3 007 €	90 %

Source : Direction de l'Autonomie – Département du Nord (février 2022)

→ **Le reste à charge** : Il s'agit de l'éventuel **coefficient de participation + la différence entre la prise en charge départementale et le tarif du SAAD ou le coût légal de l'emploi direct**

→ Crédit d'impôt de 50 %

Concernant l'APA en établissement :

→ **Le coefficient de participation** : en fonction des ressources du bénéficiaire ou du couple

Niveau de revenus mensuel	Participation journalière	Proportion des résidents
Inférieur à 2 489 €	5,67 € en moyenne (ticket modérateur)	91 %
Supérieures à 2 489,37 € et inférieures ou égales à 3 829,79 €	TM + de 0 à 80 % de participation au tarif dépendance	9 %
Supérieur à 3 829,79 €	TM +80 % de participation au tarif dépendance	Moins de 1 %

Source : Direction de l'Autonomie – Département du Nord (février 2022)

→ Réduction d'impôt de 25 %

Le montant moyen de participation :

Montant moyen de la participation mensuelle de la personne	
Au domicile (sur 2021)	122,07 €
En établissement (au 31/12/20)	198,77 €

Source : Direction de l'Autonomie – Département du Nord (février 2022)

Les ressources prises en compte :

Pour déterminer le montant de la participation financière, les revenus pris en compte sont :

- Exclusivement les revenus déclarés figurant sur le dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Prise en compte des revenus du conjoint si le bénéficiaire vit en couple (mariage, Pacs ou concubinage). Les ressources de chacun sont calculées en divisant le total des revenus du couple par 1,7.

Les modalités de paiement :

APA DOMICILE :	
Heures d'aide humaine EMPLOI DIRECT	CESU préfinancé Tiers payant charges sociales
Heures d'aide humaine MANDATAIRE	CESU préfinancé Charges sociales + frais gestion sur compte
Heures d'aide humaine PRESTATAIRE	Paiement direct au SAAD Sur déclaration des heures effectuées (dotations et régularisations). Mise en place d'un système d'avance trimestrielles soumises à régularisation
Changes, téléalarme, accueil de jour mensuel	Paiement sur compte bancaire du bénéficiaire en début de mois
Aides techniques ponctuelles, prestations de répit	Remboursement de factures sur compte bancaire du bénéficiaire
APA ÉTABLISSEMENT = dotation globale ou paiement trimestriel (Hors Nord)	

Source : Direction de l'Autonomie – Département du Nord (février 2022)

Concernant les heures d'aide humaine, comme l'indique le tableau ci-dessus, le paiement peut s'effectuer de trois façons différentes :

- Si le bénéficiaire emploie directement une personne dans le cadre de **l'emploi direct**, le Département verse à l'usager des CESU préfinancés pour que celui-ci puisse payer le salaire net de la personne. Le Département prend en compte aussi le paiement des charges ;
- Le deuxième système est l'appel à un **service mandataire**. C'est une aide pour les bénéficiaires et leur famille pour recruter, faire le contrat de travail des employés directs qui interviennent au domicile. Le Département prend en charge également le financement et l'envoi de CESU préfinancés à ces bénéficiaires et procède au paiement des charges sociales et des frais de gestion de mandat directement à la structure ;
- Enfin, le troisième système, le plus répandu, est celui du **recours à un prestataire**, c'est-à-dire les services d'aide à domicile. Dans ce cas, les heures prestées par ces structures sont déclarées au Département qui paiera directement la structure pour le temps passé.

APA Domicile : les prises en charge départementales au 1/1/22 :

Prestations	Montant	Unité
Aide humaine prestataire	22€	Heure
Aide humaine emploi direct	12.10 €	Heure
Accueil de jour	41€ hors transport	Jour
Hébergement temporaire	31 € +tarif dépendance	Jour
Téléassistance (DSP)	7,36€	Abo.mensuel
Portage de repas	Maxi 9 €	Repas
Changes	Selon besoin	
Aménagement du logement APA	Maxi 22 000 €	
Forfait répit	510,26 €	Annuel
Forfait hospitalisation de l'aidant	1013,77 €	Par hospi.

Source : Direction de l'Autonomie – Département du Nord (février 2022)

Pour résumer, le montant de l'allocation APA domicile versée par le Département dépend donc :

- Du niveau de perte d'autonomie (Niveau du GIR déterminé à partir du travail d'analyse de l'évaluateur)
- De l'environnement du bénéficiaire et de ses besoins de compensation : il s'agit du contenu du plan d'aide
- Du choix du mode d'intervention pour les heures d'aide humaine
- Du montant de la prise en charge départementale
- Du coefficient de participation du bénéficiaire

Concernant les plans d'aide, en fonction du niveau de ressources des personnes, une forte population est totalement exonérée. Seules les personnes qui ont un revenu en deçà de 800 € n'ont aucune participation. La proportion de personnes exonérées est de presque 15 % dans le département du Nord.

De manière générale, la personne âgée ou son aidant n'a pas de vision claire du reste à charge une fois son évaluation APA réalisée ou son inscription en EHPAD. Le reste n'est pas le même pour les personnes à domicile ou en établissement. Le rapport LIBAULT de 2019 rappelle que le reste à charge moyen pour une personne âgée dépendante chez elle avec les crédits d'impôt est de 60 € ; en établissement, il est de 1 850 € par mois (lié majoritairement aux frais d'hébergement).

Les professionnels rencontrés ont tous fait part de leur difficulté à être pédagogique sur ce sujet : « les personnes âgées et leur famille ne comprennent pas ». Une meilleure information auprès de la personne est indispensable. Les EMS du Département ne sont d'ailleurs pas toujours en mesure d'évoquer le reste à charge entre les 22 euros pris en charge par le Département et les prix tarifés par les structures. Il y a les tarifs mais aussi les prestations le dimanche et les jours fériés qui ne sont pas toujours suffisamment prises en compte d'après les services d'aide à domicile.

Ainsi, concernant l'APA à domicile, lorsque le plan d'aide est réalisé et que le prestataire est choisi, le service d'aide à domicile rencontre la personne âgée pour expliquer ses tarifs au regard de la situation financière de la personne. Face aux coûts qui sont annoncés, la personne âgée émet souvent le souhait de réduire son plan d'aide afin de supporter le reste à charge. Il y a donc les EMS du Département qui cherchent à être au plus près des besoins de la personne âgée et la tarification des SAAD. Cette tarification amène les personnes à faire des choix sur le plan d'aide et réduire des prestations dont elles ont pourtant besoin. En plus d'être un facteur de renoncement, il peut agir comme un facteur de non recours à l'APA. L'arrivée dans le dispositif peut aussi être décalé et avoir un effet pervers d'entraîner une prise en charge sur GIR plus élevé par la suite. Comme l'a rappelé une personne auditionnée : « le reste à charge, c'est la double peine pour les personnes dont la dépendance s'aggrave. Plus la dépendance s'aggrave, plus le reste à charge est important puisque plus il faut

compenser par rapport au plan d'aide. »

Lors de l'une de ses auditions, la Directrice adjointe de l'Autonomie a expliqué que « sur la réduction du reste à charge des usagers, on a enclenché un groupe de travail dans le cadre de la Conférence des financeurs avec les principaux financeurs. En effet, en matière de financement des aides techniques, on n'est pas les seuls à intervenir au titre de l'APA ou de la PCH puisque la Sécurité sociale met parfois quelque chose, les mutuelles peuvent mettre quelque chose, la CARSAT peut promouvoir l'achat de certaines aides techniques. On a donc vraiment besoin de se mettre ensemble pour savoir quels sont les « trous dans la raquette ». Il est prévu que ce groupe de travail propose d'ici l'été 2022 un règlement qui permettra à la Conférence des financeurs de prendre en charge ce qui reste à charge une fois que ces différents financements ont été accordés.

Piste de travail :

- Étudier la possibilité d'intégrer les tarifs des prestataires dans le logiciel d'évaluation afin que les EMS puissent informer les personnes âgées lors de la visite à domicile

c. La procédure de révision du plan d'aide a gagné en rapidité grâce aux procédures par téléphone mais doit encore gagner en souplesse

Lorsque la dépendance de l'utilisateur augmente, celui-ci peut demander une révision de son plan d'aide. Une évaluation de révision est alors effectuée par un EMS.

Afin de gagner en efficacité, les révisions se font par téléphone lorsque cela n'affecte pas la qualité de l'accompagnement (les cas complexes font toujours l'objet d'un rendez-vous au domicile de la personne âgée). Cette pratique qui a été testée à grande échelle « par la force des choses » durant la période marquée par les mesures sanitaires dues au COVID, tend à devenir systématique. Cela permet aux équipes de gagner du temps et de raccourcir les délais d'attente de l'utilisateur. Les professionnels apprécient cette procédure par téléphone car une première approche a déjà eu lieu lors de la demande d'APA et aussi parce que dans certains secteurs, ils ne pourraient pas se rendre au domicile pour chaque demande de révision au regard du nombre de demandes. En revanche, d'autres professionnels ont témoigné de certaines limites en raison de « l'état de santé de la personne, la surdité, les troubles cognitifs, etc. D'autres personnes âgées peuvent avoir peur de répondre à un numéro qu'ils ne connaissent pas, il y a une vulnérabilité et ils sont très angoissés par rapport à cela. » Ainsi, le Pôle autonomie de Cambrai privilégie les visites à domicile pour les révisions. Le Pôle autonomie de l'Avesnois a expliqué également que ce fonctionnement pouvait apparaître très efficace de prime abord mais que bien souvent il nécessitait quand même un travail plus approfondi des équipes.

À contrario les révisions temporaires de l'APA sont impossibles. Il s'agit d'une limite actuelle de la procédure pointée du doigt par les acteurs du terrain. Les représentants des SAAD ont mis en avant un besoin de souplesse, en particulier quand la personne âgée revient d'hospitalisation, où les besoins seront plus importants durant quelques semaines. « Les besoins ne sont pas homogènes dans le temps. » et il paraît nécessaire que le Département trouve un mode de fonctionnement plus souple qui permette de prendre mieux en compte les diversités de situation, même temporaires.

Enfin, concernant la procédure de révision, les auditions ont permis de relever le besoin de continuité dans la prise en charge des dossiers. Ainsi, ce serait le même évaluateur qui resterait l'interlocuteur privilégié de l'utilisateur lors d'une demande de révision pour assurer une continuité des prises en charge et de mieux prendre en compte l'évolution de l'état de la personne. En effet, le mode de fonctionnement actuel ne prévoit pas de fonctionnement par « portefeuille » d'utilisateurs géré par un EMS.

Pistes de travail :

- Permettre la révision par téléphone lorsque le cas n'est pas complexe et a contrario sacraliser la visite à domicile pour les premières demandes
- Permettre à l'évaluateur médico-social de suivre un "portefeuille" d'utilisateurs afin d'assurer la continuité des prises en charge et de mieux prendre en compte l'évolution de l'état des personnes

2.3.4 Les délais de traitement des demandes et d'ouverture des droits trop longs

Le Délai légal de 60 jours d'ouverture des droits (Art.L.231-1 du Code des relations entre le public et l'administration) n'est pas respecté (a). Des différences de délai existent d'un territoire à l'autre et s'expliquent par des contextes différents (b).

a. Le délai légal de 60 jours n'est pas respecté

Les droits sont décidés et notifiés lors de deux instances techniques par semaine. Les informations sont transmises dans le même temps aux SAAD sous forme de tableau numérique.

Cette notification est censée se faire dans les 2 mois. Or, ce n'est pas le cas. Ainsi, le tableau ci-après reprend l'ensemble des délais de la procédure de gestion de l'APA dans le Nord pour l'année 2021.

Délais intermédiaires moyens en 2021 (en nombre de jours)												
	déc-20	janv-21	févr-21	mars-21	avril-21	mai-21	juin-21	juil-21	août-21	sept-21	oct-21	nov-21
1 - DÉLAI ENTRE À COMPLÉTUDE ET LA PRISE DE RDV	45,89	40,16	38,85	44,91	40,53	43,05	45,27	43,96	41,97	39,28	43,30	31,36
2 - DÉLAI ENTRE LA PRISE DE RDV ET LA VAD	18,33	22,09	25,78	26,34	26,26	22,68	23,56	23,95	30,63	34,34	29,33	20,12
3-DÉLAI ENTRE LA VAD ET LA DATE DE DÉCISION	21,75	16,78	15,21	12,58	18,87	18,54	17,07	19,06	20,71	16,92	21,29	19,03
DÉLAI TOTAL Premières demandes	85,97	79,02	79,84	90,66	85,66	84,27	85,91	86,97	93,31	90,54	93,92	70,51

Source : Direction de l'autonomie – Département du Nord (mars 2022)

Le délai légal, fixé à 60 jours, n'est pas respecté : il dépasse 70 jours en novembre 2021 et est en moyenne de 90 jours en 2021 (contexte COVID). Globalement, le délai est donc supérieur de 1 mois par rapport au délai réglementaire.

Avec 127 demandes par jour ouvré reçues par le Département, soit plus de 30 000 demandes par an (premières demandes, révisions et APA d'urgence), la Direction de l'Autonomie a expliqué lors de son audition que les services du Département du Nord n'étaient pas en mesure de respecter ce délai réglementaire. La principale raison invoquée est liée aux effectifs des Pôles autonomie en DTPAS, avec des vacances de poste qui ne permettent pas de tenir les délais imposés. « Si on avait plus d'évaluateurs, on irait plus vite ».

Les délais réglementaires vont de la complétude du dossier à la date d'ouverture du droit. Il faut distinguer 3 types de délais entre le dossier complet et la date de décision :

- **T1. Le délai entre la complétude du dossier et la prise de rendez-vous**
- **T2. Le délai entre la prise de rendez-vous et la visite à domicile**
- **T3. Le délai entre la visite et la date de décision**

T1. La planification des visites à domicile est contrainte par les ressources disponibles avec :

- Une prise de rendez-vous faite en central et qui dépend de la capacité du service à absorber l'analyse des dossiers. La prise de rendez-vous au central ne fait pas l'unanimité au sein des Pôles Autonomie dans les Directions Territoriales, qui aimeraient avoir la main sur cette prise de rendez-vous ;
- Un nombre de créneaux mis à disposition tributaire du nombre d'EMS disponibles et de leur chargement de travail. Les EMS ont d'autres missions que l'APA, comme l'accueil familial avec les agréments ou encore l'implication dans des projets. Quatre visites à domicile sont prévues par jour pour les EMS lorsqu'ils consacrent l'intégralité de leur journée à cette tâche (deux le matin et deux l'après-midi).

T2. Le délai entre la prise de rendez-vous et la visite n'est pas remis en question :

- Ce délai d'environ 3 semaines permet à l'aidant de s'organiser ;
- Ce délai paraît difficile à raccourcir à effectif constant

T3. Le délai entre la validation et la date de décision est en progrès grâce à l'utilisation des outils numériques. Cependant, la procédure d'acceptation de l'utilisateur pourrait être revue :

- Il y a un gain de temps grâce à la numérisation des démarches : l'EMS peut remplir le dossier en direct durant la visite via une tablette (ne fonctionne pas pour les cas complexes) et l'envoi postal se fait le lendemain automatiquement ;
- Une marge de progression est importante car les EMS ne maîtrisent pas encore les outils numériques et ont également besoin d'être davantage aidés sur les cas complexes ;
- Les 10 jours d'acceptation : une fois le plan d'aide envoyé, les personnes ont 10 jours pour donner leur accord. Elles renvoient le document par mail ou par courrier, ce qui permet de confirmer le plan d'aide négocié au domicile avec l'utilisateur. Il y a peu de désaccords car les EMS passent du temps à domicile pour expliquer le plan d'aide. Très souvent, l'utilisateur ne comprend pas pourquoi il doit donner à nouveau son accord par écrit. Il s'agit d'une obligation légale ;
- Une fois le document réceptionné par les services du Département en central, le dossier passe en commission (instance technique qui se réunit deux fois par semaine). La prise en charge du plan d'aide démarre à partir du passage en commission.

Pistes de travail :

- Homogénéiser les délais de traitement sur les territoires et tendre vers les 60 jours partout sur le Département
- Analyser pour chaque territoire le temps consacré par les Evaluateurs Médicaux Sociaux à la gestion des dossiers d'accueil familial
- Mieux former les EMS aux outils numériques d'instruction des dossiers lors de la visite à domicile pour limiter les cas de retraitement après la visite
- Revoir la procédure de retour de l'accord par le demandeur

b. Des délais différents selon les territoires qui s'expliquent par des contextes professionnels et territoriaux différents

Le tableau suivant présente les délais par territoire dans le Nord depuis 2012 pour les premières demandes.

DÉLAIS MOYENS DE 2012 À 2021 EN NOMBRE DE JOURS POUR LES PREMIÈRES DEMANDES PAR TERRITOIRE

Premières demandes										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Avesnois	76,49	74,52	69,64	66,53	74,33	92,58	85,11	114,69	117,26	116,89
Cambrai	89,96	73,24	71,07	73,59	69,71	66,00	60,35	73,86	67,57	73,67
Douaisis	85,68	68,71	67,02	62,40	67,09	66,56	66,88	68,70	64,49	69,09
Flandres	89,51	69,12	71,77	68,77	70,75	68,75	54,94	67,40	94,82	124,25
Lille	74,66	63,93	60,45	58,76	70,23	78,63	60,71	69,62	82,74	90,06
Roubaix Tourcoing	87,44	73,06	62,67	61,71	64,09	89,33	59,02	64,59	81,75	93,30
Valenciennes	79,41	70,63	66,54	68,01	68,64	79,19	93,77	93,90	107,62	92,43
Département	82,07	69,35	65,91	64,44	69,09	77,24	67,00	76,40	88,60	94,54

Source : Direction de l'autonomie – Département du Nord (mars 2022)

Il y a de fortes disparités dans les délais selon les territoires. En effet, il y a 55 jours d'écart en 2021 entre les délais les plus courts (Douaisis) et les plus longs (Flandres). Les données 2021 montrent que deux territoires sont en difficulté pour traiter les premières demandes, les Flandres et l'Avesnois.

La MIE s'est rendue au Pôle autonomie du Douaisis. Les agents présents ont expliqué les raisons pour lesquelles ils arrivaient à tenir les délais : « les effectifs ont été bien calibrés au départ, on est au complet et présents ».

Lors de la rencontre de la MIE avec le Pôle autonomie de l'Avesnois, les agents ont expliqué que les effectifs n'ont pas été calibrés en fonction de la charge de travail du territoire. Ces effectifs sont composés de 4 évaluateurs médico-sociaux, soit 3,8 Equivalent Temps Plein qui se consacrent à 50 % à l'évaluation APA tout en étant sur une planification de 4 visites par jour. Sur ce territoire, l'Accueil Familial est historiquement très présent, avec 78 agréments sur le territoire, soit 160 personnes accueillies. Dès lors, la mission de suivi et de contrôle prend plus de temps que sur d'autres territoires en raison du nombre plus important d'accueils de ce type, au détriment de l'évaluation de l'APA.

Les délais de révisions sont aussi différents d'un territoire à l'autre pour les mêmes raisons que pour les premières demandes. Il y a 42 jours d'écart en 2021 entre les délais les plus courts (Cambrai) et les plus longs (Avesnois). Pour rappel, lors des révisions, l'évaluation se fait par téléphone en première intention.

DÉLAIS MOYENS DE 2012 À 2021 EN NOMBRE DE JOURS POUR LES RÉVISIONS PAR TERRITOIRE

Révision usagers										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Avesnois	87,35	89,02	85,80	78,68	97,09	123,89	106,64	143,84	114,23	110,35
Cambrai	114,21	87,68	95,70	87,97	88,73	85,14	76,00	85,52	72,89	67,97
Douaisis	104,51	78,40	80,00	73,27	79,91	78,74	78,73	79,82	60,94	58,95
Flandres	116,54	83,93	90,17	86,37	87,53	81,83	64,06	74,16	81,75	86,43
Lille	96,49	75,40	76,40	72,51	87,71	98,89	74,47	77,94	77,10	78,28
Roubaix Tourcoing	100,06	81,70	76,71	75,66	82,12	109,63	71,73	86,50	80,70	92,33
Valenciennes	83,66	70,91	78,88	80,96	88,72	102,41	119,01	114,99	108,89	90,76
Département	99,44	79,32	82,68	79,12	86,90	94,53	81,31	90,45	82,76	81,99

Source : Direction de l'autonomie – Département du Nord (mars 2022)

Pistes de travail :

- Retravailler le calibrage des effectifs pour un traitement équitable d'un territoire à l'autre, notamment le temps consacré par les EMS aux visites APA, aux évaluations et la part des autres missions
- Identifier les territoires en tension au niveau des EMS et déployer une stratégie en conséquence
- Développer la possibilité de renforts temporaires en cas de « débordements ponctuels »

2.4 LA MISE EN ŒUVRE DE L'APA

2.4.1 La mise en œuvre de l'APA à domicile

L'APA à domicile se caractérise par une diversité de formules d'accompagnement (a). Il est important de rappeler que la mise en œuvre du plan ou le recours aux aides techniques sont parfois freinés par des motifs sociaux ou économiques (b). A cela s'ajoute les difficultés rencontrées par le secteur économique de l'aide à domicile (c). Mais des formes innovantes d'habitats tentent d'apporter des nouveaux leviers (d).

a. Une diversité de formules d'accompagnement possible dans le cadre de l'APA à domicile

L'APA à domicile aide à payer les dépenses nécessaires pour rester vivre à domicile, en résidence autonomie ou en accueil familial, malgré la perte d'autonomie. Le site national pour-les-personnes-âgées.gouv.fr rappelle qu'elles peuvent concerner une palette large d'appui au maintien à domicile :

- Des prestations d'aide à domicile ;
- Des aides techniques ;
- Des fournitures pour l'hygiène ;
- Du portage de repas ;
- Des travaux pour l'aménagement du logement ;
- Un accueil temporaire, à la journée ou avec hébergement ;
- Des dépenses de transport ;
- Les services rendus par un accueillant familial.

L'APA à domicile pour différents types de domicile

Il est important de rappeler que ces différents prestataires peuvent être engagés lorsque l'usager est resté dans son domicile « classique » mais également lorsque celui-ci a intégré un lieu de vie tel que la résidence autonomie, l'accueil familial ou encore les nouvelles formes innovantes d'habitat partagé (exemple : lieu intergénérationnel). En effet, ces diverses formules d'hébergement sont considérées comme entrant dans la catégorie du maintien à domicile puisque leurs résidents gardent une autonomie importante et un lieu de vie personnel. Ces différents accueils existent et sont encore à développer.

Choisir la formule de prestataire qui convient à la situation et aux appétences

Une fois le plan d'aide établi et validé, l'usager va alors devoir choisir parmi les différentes formules et prestataires pour l'accompagner en fonction de ses besoins et de ses appétences :

- Employer directement une aide à domicile via des démarches personnelles ;
- Être aidé dans le recrutement et la gestion d'un employé à domicile via l'appui d'un service mandataire ;
- Faire appel à un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (S.A.A.D) ;
- Mobiliser un SPASAD, structure qui combine à la fois le service à la personne et les soins infirmiers.

Ces différentes possibilités peuvent être mixées en fonction des besoins.

La description du champ des possibles en matière de formule d'accompagnement dans le cadre de l'APA à domicile permet d'illustrer l'idée qu'il s'agit d'une démarche complexe pour une partie des usagers. Au-delà de nécessiter des capacités cognitives pour remplir le dossier, l'inscription dans le dispositif APA demande d'être en capacité de comparer et d'apprécier les différentes options. Or l'analyse des avantages, du reste à charge, des conséquences pour la vie de tous les jours de chaque formule n'est pas aisé et semble nécessiter un accompagnement plus ou moins important selon les cas des bénéficiaires. A cette seule condition, l'usager sera en mesure de réaliser des choix éclairés.

Des besoins encore non pourvus : l'exemple « APA de Nuit »

Bien que l'accompagnement soit diversifié, les investigations ont mis en avant que l'APA ne permettait pas de répondre à tous les besoins pourtant susceptibles d'entrer dans le périmètre du dispositif. En effet, certains bénéficiaires pourraient avoir besoin d'une intervention de nuit.

Or, actuellement cela reste difficilement envisageable. Les SAAD ne sont pas organisés en conséquences, car cela engendrerait un coût supplémentaire qui ne serait pas pris en compte dans le cadre de l'APA. Le fait de ne pas pouvoir être accompagné la nuit est l'un des motifs susceptibles de provoquer l'entrée en EHPAD. D'autres territoires en France sont en cours d'expérimentation d'une « APA de nuit » mais peu de recul existe à l'heure de la rédaction du rapport sur ce sujet.

Pistes de travail :

- Étudier les opportunités de développement de l'accueil familial (amélioration du processus de gestion interne, augmentation des capacités d'accueil, etc.)
- Réaliser une étude d'opportunité de la mise en place d'une offre d'APA de nuit (analyse du besoin, du coût de mise en œuvre, des impacts..)

b. La mise en œuvre du plan et le recours aux aides techniques parfois freinés par des motifs sociaux ou économiques

Plusieurs raisons expliquent de la non mise en œuvre du plan d'aide :

- La participation financière estimée trop importante par l'usager et son entourage (pour le plan d'aide, ou une proposition d'aménagement du logement). Le sujet a été développé dans la partie relative à l'évaluation du bénéficiaire et plus particulièrement sur la question du reste à charge ;
- La difficulté à trouver un SAAD qui réponde aux attentes et exigences de la personne et de son entourage (horaires de passages, turn-over des intervenants...)
- Le refus d'une intervention extérieure (refuser l'intervention d'auxiliaires de vie ou d'entreprises en cas d'aménagement du logement), ce qui amène parfois les familles à se réorganiser pour pouvoir prendre en charge leur aîné ;
- Le déni de la dépendance, notamment lorsque c'est la famille qui fait la demande, sans l'adhésion de la personne ;
- L'entrée de la personne en EHPAD, hospitalisation, ou décès ;
- L'acceptation de plans d'aide qui ne sont pas retournés à temps (ou pas du tout) par les personnes du fait de leur incapacité à assurer les démarches administratives ;

Concernant les difficultés à utiliser les aides techniques individuelles : Les aides techniques jouent un rôle essentiel dans le champ du handicap et elles constituent également un enjeu majeur pour l'autonomie des personnes âgées. Ces aides techniques sont complémentaires à l'aide humaine, elles contribuent à la prévention de la perte d'autonomie, à sa compensation et au maintien à domicile. Il est donc essentiel de faciliter leur accès, d'améliorer l'information et le conseil sur leur utilisation.

La Directrice-adjointe de l'Autonomie a expliqué qu'une part non négligeable de matériel acheté et installé, n'était pas utilisé par les personnes. Plusieurs causes à cela ont été identifiées :

- La différence entre ce qui a été prescrit et l'achat réalisé, c'est-à-dire qu'on a conseillé tel type d'aide technique et la personne n'a pas vraiment acheté cela ;
- La non-acceptation du matériel, il est parfois difficile de se dire que l'on a besoin de matériel pour se maintenir dans l'autonomie ;
- L'inadaptation du matériel à l'évolution de la pathologie ou de la perte d'autonomie ;
- La question du reste à charge qui est jugé trop important ;
- Un besoin pour les personnes d'être accompagnées en matière de nouvelles technologies.

Sur ces difficultés repérées, la Direction de l'Autonomie a expliqué que, « dans le cadre de la Conférence des financeurs, a été mis en place un projet de technicothèque qui permet de structurer l'offre de service sur ces aides techniques ».

Pour ce qui est de faciliter l'accès et l'usage effectif des aides techniques, elle a également précisé que « le Département est porteur depuis septembre 2021 d'une expérimentation nationale en la matière ».

Du fait d'un rapport adopté en septembre, on fait fonctionner des équipes locales d'accompagnement aux aides techniques (EqLAAT) et on a déjà une cinquantaine d'accompagnements en cours depuis septembre. Cela consiste au fait que des ergothérapeutes rencontrent régulièrement des personnes qui ont besoin d'aides techniques et qu'ils aident à les choisir et à savoir les utiliser. Cela concerne à la fois les personnes mais aussi l'entourage puisque, bien entendu, le fait d'avoir des aides techniques change beaucoup le rôle des aidants. »

La Conférence des financeurs a également dans son programme un axe pour promouvoir les innovations afin de favoriser le développement de nouvelles aides techniques et d'organiser un appui ciblé aux acteurs de l'innovation. À titre d'exemple, la Directrice-adjointe de l'Autonomie a cité « *l'accompagnement du Département au groupe Eursanté dans le fait de promouvoir l'innovation, le Département travaille aussi sur un living lab, des lieux de démonstration qui permettent de tester des aides techniques, d'essayer de les améliorer, avec des ingénieurs qui réfléchissent à la façon dont ils doivent être conçus au Centre Hospitalier de Valenciennes.* »

Pistes de travail :

- Organiser un bilan d'étape avec la personne âgée et son entourage pour réduire les non mises en œuvre des plans d'aide
- Mobiliser les structures de territoire afin de mettre en place une remontée des informations (banque de données) pour évaluer les demandes non satisfaites, les territoires en difficulté et les conséquences que cela peut avoir
- Systématiser la fonction de coordinateur dans les Pôles Autonomie chargé des situations complexes ou sans solution
- Mettre en place des instances de rencontre / de dialogue entre les services territoriaux du Département et les acteurs du territoire

c. Malgré des opérateurs très impliqués, la bonne mise en œuvre de l'APA à domicile mise à mal par des difficultés structurelles

Les enjeux de l'APA ne peuvent pas être traités sans évoquer les difficultés économiques de ses opérateurs qui accompagnent les personnes âgées au quotidien. En effet, les SAAD notamment sont confrontés à des difficultés économiques et structurelles susceptibles de mettre en danger leur viabilité économique. Par ricochet c'est donc la bonne mise en œuvre de l'APA qui est remise en question. Ces difficultés structurelles interdépendantes peuvent être découpées en trois types :

- **Des difficultés économiques** : le modèle économique des structures n'est plus adapté à la situation ;
- **Des difficultés dues à la complexification du contexte et du métier** ;
- Des difficultés pour **recruter et accompagner les professionnels**.

Les difficultés économiques rencontrées par les structures : une partie du coût d'intervention des structures n'est pas financé :

Les représentants des SAAD rencontrés durant les auditions et les visites ont fortement interpellé les membres de la mission sur le fait qu'il était de plus en plus difficile pour les structures d'assurer leur viabilité économique.

Ce problème est décrit par ces derniers comme structurel en ce que le montant de prise en charge unique de 22 euros ne semble pas prendre en compte la réalité économique et tous les surcoûts supportés par les SAAD pour assurer les missions détaillées dans les plans d'aide. Les points suivants peuvent notamment être évoqués pour illustrer ces propos :

- Les augmentations de la masse salariale (hausse du SMIC, mise en œuvre de l'avenant 43, ...) ont fait sensiblement augmenter les coûts des structures. En effet, la masse salariale des SAAD représente près de 80% du budget de fonctionnement des structures ;
- Les interventions weekend et jours fériés plus onéreuses pour la structure sont prises en charge de manière classique ;
- La non prise en compte des coûts du transport dans un contexte où celui-ci représente une charge de plus en plus importante.

Un accompagnement des usagers de plus en plus complexe :

En plus de rencontrer des difficultés économiques, ces structures font face à un durcissement de leur métier. La forte implication des professionnels, leur volonté d'accompagner le plus pleinement possible les usagers se confronte à une augmentation des obstacles dans la réalisation de leur métier.

- Le rallongement de l'espérance de vie, le vieillissement de la population, entraîne que les pathologies sont de fait de plus en plus lourdes. De plus, les professionnels sont de plus en plus confrontés aux maladies psychiques, neurodégénératives, qui nécessitent un accompagnement plus complet des usagers et des formations pour les professionnels ;
- Les budgets des plans d'aides imposent que les soins et accompagnements doivent se réaliser sur une durée parfois trop courte (par exemple : réaliser une toilette en 30 minutes).

Un personnel insuffisant à accompagner davantage :

Le 3^e grand phénomène découle en partie des difficultés économiques et du durcissement des conditions de travail. Les structures connaissent de grandes difficultés pour recruter et fidéliser leur personnel.

En effet, bien que l'avenant 43 ait permis une augmentation des salaires, ceux-ci restent peu élevés au regard de l'engagement et du dévouement que demande la profession.

De plus, les structures ont également interpellé sur leurs difficultés à fidéliser leur personnel. Elles déplorent notamment le fait de ne pas être en mesure de les accompagner davantage au quotidien par manque de moyens.

Ces difficultés de recrutement peuvent les contraindre à embaucher du personnel moins qualifié comme l'a évoqué une représentante des têtes de réseau du service à la personne interrogée en audition.

« Vu les contraintes budgétaires, la pression économique et les difficultés de recrutement, on finit par recruter des personnes de moins en moins qualifiées »

Pistes de travail :

- Assurer une viabilité économique et financière des SAAD en ayant une vigilance sur le reste à charge pour l'utilisateur
- Analyser, en concertation avec le secteur, le système de tarification le plus adapté permettant une viabilité financière et une souplesse de procédures (de tarification, de paiement, de suivi)
- Réfléchir à une prise en compte par le tarificateur des temps « non-présentiels »
- Analyser la possibilité d'une souplesse d'utilisation d'une partie des heures d'APA accordées en fonction de l'état de santé et du besoin des bénéficiaires en l'accompagnant d'un suivi d'effectivité
- Étudier la possibilité de passer en dotation globale, en associant le secteur à ce chantier, tout en développant le dialogue de gestion et le contrôle de l'effectivité (cf. exemple des CPOM avec les gestionnaires)
- Questionner la pertinence des interventions de courte durée
- Permettre aux SAAD de réaliser des interventions complémentaires en cas de dégradation de la situation de la personne accompagnée. Ces aides complémentaires feraient l'objet d'une demande officielle auprès des évaluateurs du Département (évaluation a posteriori) et permettrait une prise en charge financière rétroactive.
- Débloquer une enveloppe ponctuelle d'heures supplémentaires en cas d'indisponibilité de l'aidant
- Étudier la possibilité pour les intervenants de proposer des créneaux de rendez-vous plus étendus tout en maintenant la qualité de service

d. Les formes d'habitats innovantes : tenter d'apporter des solutions aux difficultés économiques et sociales

Face à ces difficultés économiques, de nouveaux modèles tentent d'apporter de solutions différentes. Ils génèrent de l'**innovation économique** : ils mixent les sources de financement, trouvent de nouveaux revenus ou mutualisent certaines fonctions. Surtout, ils sont vecteurs d'innovation sociale en ce qu'ils apportent de nouvelles solutions d'accompagnement pour les usagers du 3^e et 4^e âge face à cet enjeu sociétal qu'est l'autonomie.

Il s'agit des nouveaux types d'habitats tels que :

- Les habitats intergénérationnels : résidences ne mixant par exemple l'accueil de personnes âgées et d'étudiants
- Les habitats inclusifs : accueillant personnes âgées et personnes en situation de handicap et qui proposent un véritable projet de vie en communauté social et partagé
- Les colocations, les habitats groupés
- Les habitats veillant à s'inclure dans la vie économique et sociale de la commune concernée dans une logique « gagnant-gagnant ». Il s'agit de faire de ces habitats de véritables lieux de vie et de rencontre pour toute la population en proposant en son sein des services à la population (commerces, crèche, etc.)
- etc.

Concernant plus précisément l'APA à domicile, le fait pour les personnes âgées d'être dans ce type de logement peut faciliter la logistique d'organisation des soins et des accompagnements. Le professionnel intervenant peut diminuer ses déplacements et en réduire la durée. Cela peut également permettre de mutualiser des séances.

Certaines structures vont jusqu'à mettre en place un système de « mutualisation » des plans d'aide. Les résidents acceptent de mettre leur nombre d'heures de plan d'aide dans un « pot commun » afin de permettre une organisation plus efficiente des interventions et d'avoir un accompagnement plus conséquent.

« 30 heures dans le pot commun permettent aux personnes vivant dans le béguinage d'en récupérer bien plus » a témoigné le Directeur du Groupement Economique et Solidaire MIRIAD en charge de la Gestion de la Ferme du Rouzé à Willems.

La mission qui a visité cet habitat inclusif a pu également constater que ce type d'habitat peut potentiellement être attractif pour les salariés en proposant de nouveaux challenges dans des conditions de travail agréables.

Piste de travail :

- Recenser et valoriser les différents types de projets d'habitats partagés qui promeuvent l'habitat accompagné, partagé et inséré dans la vie locale (exemple : résidence intergénérationnelle, coopérative d'habitants, etc.)

2.4.2 La mise en œuvre de l'APA en établissement

La mise en œuvre de l'APA en établissement, dont il convient d'abord de rappeler les principes de fonctionnement (a), répond à plusieurs enjeux liés aux difficultés économiques du secteur (b). Ces difficultés rendent la mise en œuvre de l'APA en établissement compliquée (c).

a. Rappel des principes de la mise en œuvre de l'APA en établissement

L'APA en établissement concerne uniquement deux types de structures :

- Les EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)
- Les USLD (Unités de Soins de Longue Durée)

Il est important de rappeler que les autres types d'hébergements telles que les résidences autonomie ou encore les logements partagés entrent dans le cadre de l'APA à domicile puisque par essence, ils ont pour ambition de retarder l'arrivée en établissement.

Les représentants des établissements interrogés durant les auditions ont mis en avant une typologie de motifs incitant les personnes âgées à renoncer au maintien à domicile pour se rendre en EHPAD :

- **L'isolement** : les personnes âgées peu entourées peuvent choisir d'intégrer ce type d'établissement afin de chercher du lien social ;
- **L'insécurité** : souvent combiné à l'isolement, un sentiment d'insécurité incite certaines personnes à choisir la vie en collectivité et encadrée au sein d'un EHPAD ;
- **Les raisons médicales** : il s'agit du motif correspondant à la grande majorité des entrées en établissement. L'usager se retrouve en situation de dépendance et n'est plus en mesure de rester à son domicile.

Les modalités de calcul et de perception de l'APA en établissement sont différentes puisque c'est l'établissement qui touche l'aide.

La réforme de l'APA issue de la loi ASV a instauré la fixation d'un forfait global de dépendance basé sur le GIR Moyen Pondéré (niveau moyen de dépendance) ainsi que d'une valeur de point GIR départementale.

Le GIR moyen pondéré (GMP) traduit le niveau de dépendance moyen des résidents d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées. Le cumul de l'ensemble des GIR des personnes présentes dans un établissement à une période donnée lui permet de déterminer son GIR moyen pondéré.

Le GMP se calcule de la manière suivante :

Montant des points de l'établissement ÷ Nombre de places de la structure d'accueil.

Chaque département a déterminé une valeur de point GIR correspondant à la moyenne des valeurs de l'ensemble des établissements d'un même département. Cette valeur a suivi un processus de convergence sur plusieurs années afin de mettre tous les établissements à la même valeur. La dotation APA de l'établissement revient donc à multiplier le nombre de points total de l'établissement par la valeur du point.

L'usager contrairement à l'APA à domicile, n'a ici pas à intervenir pour demander l'APA. Il devra par contre apporter les justificatifs à l'établissement et pourra payer un reste à charge.

b. Un système actuel contesté par les acteurs car aggravant les difficultés économiques structurelles

Le système de dotation globale de l'établissement basée sur une moyenne de dépendance a permis d'unifier le financement de la dépendance entre établissements au sein d'un même département. Il n'y a par contre pas d'unification nationale puisque chaque département peut fixer la valeur de son point.

Toutefois ce système est contesté par les établissements en ce qu'il génère des difficultés structurelles. En effet :

- Le principe même de fonctionner en dotation est remis en cause par une partie des acteurs. *« À partir du moment où on transforme l'APA en dotation, cela ne correspond plus du tout au besoin de dépendance, c'est un pourcentage qui est appliqué et c'est tout. Du coup, de par la dotation, on a complètement décalé l'APA par rapport à sa vocation et au fonctionnement. Cela permet de contrôler sur le temps budgétairement, mais, en résultat, sur le terrain, cela ne convient pas ».* (Fédération Hospitalière de France) ;
- Le GMP de l'établissement étant évalué au plus tôt tous les 3 ans, le mécanisme actuel ne permet pas de suivre dans les temps l'évolution du niveau de dépendance de ses résidents. Comme l'a rappelé le Synerpa *« les résidents accueillis voient leur situation évoluer constamment ainsi que leurs besoins d'accompagnement de la dépendance ».*
Un responsable de structure a témoigné *« l'évaluation de l'état de dépendance de mes résidents se fait tous les cinq ans. Or, il change tous les ans et il change énormément entre les personnes qu'on accueillait qui il y a 15 ans qui restaient quatre à cinq ans chez nous et celles qui aujourd'hui sont là plutôt deux ans et demi »* ;

- De plus ce mécanisme peut inciter les structures à favoriser l'accès aux personnes ayant un GIR équivalent au précédent résident afin d'éviter à terme une baisse de la dotation globale. Cela peut donc générer une inégalité de traitement des demandes d'entrée en établissement ;
- Les limites de la grille AGGIR (présentées dans la partie relative à l'évaluation des bénéficiaires (2.3.2) se ressentent encore plus pour ces structures qui accueillent des personnes ayant des pathologies en moyenne plus lourdes. De plus, le nombre de résidents ayant des troubles psychiques voire psychiatriques trop peu pris en compte dans l'évaluation augmente sensiblement.

Un responsable de structure a mis en avant cette idée durant l'audition « *Petit à petit, on a glissé de plus en plus vers des personnes avec des troubles cognitifs et notre dépendance n'est pas réévaluée* ».

- La prévention de la perte d'autonomie pourtant au cœur même de l'enjeu de l'APA n'est pas ou peu encouragée par le système de financement du dispositif. En effet, les représentants des structures interrogés ont tous mis en avant qu'il était en l'état difficile de mettre en place une stratégie de prévention ambitieuse sans davantage de soutien économique sur la question.

Suite aux interventions des têtes des représentant des établissements, la Présidente de la mission avait synthétisé l'enjeu « *Aujourd'hui, les actes de prévention ne sont pas encouragés par le mode de relation et d'accompagnement financier, Aujourd'hui, dans vos structures vous considérez que ce n'est pas pris en compte et cela ne permet pas de changer votre mode d'agir en établissement* ».

Ainsi ces différentes limites ont des conséquences sur la mise en œuvre de l'APA au sein des établissements car elles amplifient les difficultés économiques déjà connues par le secteur et explicitées dans la sous-partie présentée ci-après.

Pistes de travail :

- Instaurer des évaluations de la dépendance des résidents à des rythmes plus courts pour mettre en adéquation les moyens et le niveau de dépendance pris en charge
- Instaurer un dialogue de gestion plus régulier ainsi qu'une communication plus efficiente entre les différents financeurs pour une meilleure adéquation entre les besoins et les moyens affectés à la structure
- Apporter plus de souplesse aux établissements par la fongibilité entre section soin et dépendance
- Simplifier la tarification : fusion dans l'équation tarifaire des sections soins et dépendance
- Étudier l'opportunité de verser directement l'APA dédiée à la prise en charge de journée en accueil de jour aux structures (comme pour les SAAD)
- Analyser au vu des moyens disponibles et en lien avec la CNSA l'opportunité de mettre en place une enveloppe « qualité » financée lorsque la préservation de l'autonomie est constatée. Ceci afin de faciliter la mise en place de moyens RH pour l'accompagnement préventif
- Donner une liberté d'affectation de résultat et de compensation de charges aux établissements

c. Une mise en œuvre de l'APA en établissement rendue difficile par les difficultés du secteur malgré un investissement fort des professionnels

La mise en œuvre de l'APA dans les établissements est tributaire de la bonne santé du secteur. Or, celui-ci rencontre des difficultés structurelles. Elles seront également évoquées dans le chapitre consacré à l'attractivité des métiers de l'aide à la personne, mais différentes idées peuvent être mises en avant.

Le manque de moyens des établissements ne leur permet pas de tendre vers un niveau d'encadrement et d'accompagnement en adéquation avec les besoins des usagers.

Le témoignage d'un responsable de structure reçu en audition illustre bien la situation évoquée à de nombreuses reprises lors des échanges de la mission : « *nous ne sommes pas bien traitants* ». « *Dans mon établissement, il y a 70 toilettes à faire. Compte tenu de ce que m'offre l'APA et du nombre d'aides-soignants que je peux avoir, ce sont 10 à 12 minutes par toilette. Je ne suis pas*

dépendant et j'en mets 25 a minima. Cela veut dire que, effectivement, sous une certaine forme, sans prendre des grands mots de maltraitance, nous ne sommes pas bien traitants, institutionnellement. C'est un fait, on peut le retourner comme on veut, c'est mathématique. Je prends le temps que j'ai en aides-soignants et, encore, je le prends jusqu'à 11 h ; cela veut dire qu'il y a des gens pour qui la toilette sera faite à 10 h 30 et ce n'est pas cohérent pour quelqu'un qui se réveille à 7 h. Tout est comme cela et on ne sait plus ».

Ainsi la situation actuelle ne convient ni aux usagers ni au personnel des EHPAD.

« Je pense franchement que, s'il n'y a pas une remise en cause, moi qui suis directeur d'établissement, j'apaise souvent, mais, à un moment donné, mon rôle n'est pas de dire aux gens de faire mieux s'ils n'ont pas les moyens. Il ne s'agit pas de les mettre dans une situation où les soignants finissent par nous dire : « je quitte le job, j'en ai marre, ce que vous me faites faire n'est pas correct. Si on ne réfléchit pas à cela, on sera débordé par des soignants qui ne voudront plus faire cela et qui partiront. Or, on le voit de plus en plus. Mathématiquement, on n'a pas aujourd'hui les moyens de prendre en charge la dépendance. »

Aux difficultés économiques s'ajoutent des difficultés de recrutement de personnel :

Les représentants des EHPAD auditionnés ont vivement interpellé la mission sur leurs difficultés de recrutement. Selon leurs dires même si les moyens venaient à être plus conséquents, ils ne seraient pas assurés de trouver le personnel à engager.

Les structures ont de grandes difficultés à recruter si bien qu'elles sont nombreuses à être contraintes de gérer des situations de sous-effectifs. Ceci génère des cercles négatifs, puisque le personnel présent exerce dans des conditions encore plus difficiles par manque de bras. Ce qui entraîne à terme une usure et une défection des effectifs présents.

Enfin, par ricochet, la pénurie de personnel qui s'explique notamment par un déficit d'attractivité du secteur (traitée dans une partie dédiée en 2.5.2), contraint les établissements à être moins exigeants quant au recrutement. Cela est d'autant plus problématique dans un contexte où le personnel présent en sous-effectif n'est pas en mesure d'encadrer davantage ces profils moins matures. Cela va concourir à renforcer le malaise ambiant.

De plus, les établissements sont confrontés aux enjeux de rénovation énergétique de leur bâtiment.

Les bâtiments de santé les plus exposés aux risques sanitaires et climatiques vont devoir réaliser des investissements afin de se mettre en conformité avec les nouvelles normes. Bien qu'il s'agit ici d'une opportunité pour ces établissements d'améliorer les conditions de vie des usagers et de générer des économies de fonctionnement sur le moyen et le long terme, il n'en demeure pas moins que ce chantier reste conséquent. En effet, de nombreux établissements publics et privés sont en situation de passoire thermique ou à minima ne sont pas assez performants au regard des enjeux. Les investissements nécessaires sont lourds et les acteurs ne disposent pas tous des mêmes leviers ni de la même marge financière.

Pistes de travail :

- Renforcer le lien entre EHPAD et domicile
- Réfléchir à la création de différents secteurs au sein d'un même établissement
- Transformer l'EHPAD en véritable plateforme de soins et de services : l'axe central de l'accompagnement des personnes âgées
- Tendre vers un modèle davantage médicalisé des établissements : Améliorer/renforcer la présence en personnel soignant, et faire évoluer le forfait dédié aux soins afin d'intégrer de nouveaux métiers permettant de mieux accompagner les pathologies des résidents
- Encourager les EHPAD à s'ouvrir vers l'extérieur afin d'en faire des centres de ressources et des plateformes permettant de développer plusieurs types de services (consultations gériatriques, animations culturelles, activité physique adaptée, portage de repas, etc.) y compris à l'intention de personnes vivant chez elles
- Penser le modèle « d'EHPAD du futur » afin de tendre vers :
 - Davantage de souplesse, de simplification et d'agilité au niveau de son modèle de tarification
 - Un dialogue régulier avec une gouvernance simplifiée
 - Les moyens nécessaires pour répondre aux nouveaux besoins en soins et en compétences spécifiques afin de proposer un accompagnement de qualité auprès des personnes accueillies

- La reconnaissance des personnels dévoués qui accompagnent au quotidien des personnes fragilisées
- Remodeler le modèle financier des EHPAD et renvoyer au débat national les questions suivantes :
 - Nécessité de conserver une tarification ternaire (pas de fusion des sections soins et dépendance) ?
 - Co-gouvernance ARS/CD ?
 - Nécessité d'ouvrir un véritable droit à l'option tarifaire, avec une revalorisation du tarif global ?
 - Poursuivre la convergence tarifaire des EHPAD ?
 - Nécessité de revoir l'outil PATHOS afin d'intégrer le volet « prévention de la perte d'autonomie » pas valorisé à ce jour mais pourtant essentiel dans le rôle des EHPAD ?
 - Nécessité d'intégrer un forfait numérique/nouvelles technologies (déploiement de la télémédecine, travail sur l'interopérabilité des systèmes d'information, lutte contre l'isolement des résidents...) ?
- Permettre l'ouverture systématique du droit d'option tarifaire pour les EHPAD
- Réfléchir à une stratégie d'investissement dans les établissements, commune avec la CNSA et l'ARS
- Favoriser le développement des équipes pluridisciplinaires dans les EHPAD
- Encourager les partenariats avec la psychiatrie, les SSIAD et les SAAD
- Créer un poste d'accompagnant en gérontologie
- Créer des postes d'infirmiers de pratiques avancées (infirmiers spécialisés en gériatrie)
- Doter les EHPAD de professionnels paramédicaux spécialisés dans la prévention et le bien être des résidents (psychomotriciens, ergothérapeutes...)

d. Les contrôles des établissements par l'ARS en lien avec les services du Département

Le contrôle des établissements, bien que non directement lié à l'APA, a été abordé par la mission lors de l'audition de l'ARS. Pour mémoire, les EHPAD répondent à une double tutelle : les départements pour le volet dépendance et les ARS pour le volet des soins. Les contrôles peuvent donc se faire conjointement.

Suite au scandale ORPEA, les ARS ont l'obligation d'inspecter l'ensemble des EHPAD qui relèvent de leurs zones géographiques dans les deux ans. L'ARS Hauts de France a expliqué que la procédure élaborée pour ces contrôles avait été travaillée avec les services du Département. Ainsi, un plan d'action a été mis en place « *en étroite collaboration avec les Conseils départementaux, je pense que c'est très important de le souligner* » a expliqué la Directrice de l'offre médico-social de l'ARS Haut de France. « *C'est donc une procédure qui a été partagée, élaborée en collaboration et dans les moyens de chacun d'entre nous. Des inspections se feront de manière concertée, comme elles ont été faites pendant la période d'inspection que nous avons mise en œuvre pour les inspections issues de l'affaire ORPEA. Cette collaboration est déjà plutôt importante* ».

2.4.3 Les enjeux de la mise en œuvre de l'APA par le Département

Pour le Département, les enjeux sont liés à une mise en œuvre de l'APA qui est tributaire des réalités territoriales (a), d'une animation qui ne permet pas d'optimiser les interventions (b). Ces enjeux sont liés également à une communication en direction du bénéficiaire qui est absente lors de la mise en place de l'allocation (c), ou encore un manque de reconnaissance vis-à-vis des aidants (d).

a. Une mise en œuvre de l'APA tributaire des réalités territoriales

Selon les territoires du Département, la mise en œuvre de l'APA s'avère plus ou moins difficile, que la personne soit à domicile ou en établissement. Les besoins des personnes âgées peuvent être différents d'un territoire à l'autre, en raison des spécificités socio-économiques ou de caractéristique du territoire, plus ou moins rural ou urbain.

Comme a pu l'exprimer un Pôle autonomie interrogé, la qualité de la mise en œuvre des plans d'aide dépend aussi des ressources du territoire : « *Nous avons des domiciles où, par défaut de place en*

SSIAD ou de possibilité de prise en charge totale, les gens ont une toilette un jour sur deux ou sur trois ». Parfois, ce sont les SAAD qui sont mobilisés pour faire des interventions qui relèvent normalement du SSIAD.

L'offre de service n'est pas homogène. Si les SAAD couvrent toutes les communes du Nord, dans les faits, il existe des demandes d'intervention non satisfaites.

Lors d'une table ronde, organisée par le Pôle autonomie de l'Avesnois, les représentants des hôpitaux présents ont mis en avant le manque de médecins sur le territoire. Concrètement, il y a des personnes âgées qui ont des difficultés pour avoir un véritable suivi médical sur le territoire. D'autres n'ont plus de médecin traitant. Ainsi, il a été évoqué la cas de Fourmies, qui bénéficiait de 26 médecins auparavant et qui n'en a plus que 4 : « *Bien souvent, la seule solution reste les urgences qui manquent aussi de ressources* ». Le cas de patients qui sont donc contraints de se rendre aux urgences pour simplement obtenir un renouvellement d'ordonnance a été cité. Cette pénurie concerne aussi les autres types de personnel médical et paramédical. Pour un professionnel présent à cette table ronde : « *on ne pourra plus finir sa vie dans certains villages du territoire* ».

Cette désertification médicale a des conséquences sur l'APA. En effet, elle est susceptible de générer une augmentation du nombre et des montants de l'allocation à terme, en raison d'une prise en charge et d'un suivi médical moindre.

b. Une animation territoriale à géométrie variable qui ne permet pas d'optimiser la coordination des interventions

Les pôles autonomies ont pour mission de mettre en place une animation territoriale avec les acteurs de leur périmètre géographique. Ceci dans le but de générer une dynamique collective afin de travailler conjointement sur les problématiques territoriales.

L'ensemble des témoignages récoltés durant les auditions ont tous mis en avant l'importance de la mise en place d'un véritable dialogue territorial. Cela permet aux acteurs de mieux s'approprier les enjeux et contraintes de leurs partenaires, d'identifier des pistes d'améliorations opérationnelles, et tout simplement de créer du lien au sein d'un secteur composés d'acteurs passionnés et ayant des problématiques communes.

Les échanges ont mis en avant que le niveau d'animation territorial était hétérogène d'un territoire à l'autre. Cela semble s'expliquer par divers motifs :

- La diversité des acteurs d'un territoire à l'autre avec des appétences pour le dialogue pouvant être différentes ;
- Les caractéristiques du territoire géographique. Il semble plus difficile de créer du lien sur les territoires plus étendus ;
- Le fait que le maillage territorial prend du temps, certains territoires sont plus matures que d'autres sur cette question ;
- Le manque de moyens au sein des Pôles autonomie pour mettre en place ce dialogue territorial. Certains pôles disposent d'un poste de coordinateur territorial et peuvent donc ainsi consacrer davantage de temps à cet enjeu ;
- Etc.

Les pôles qui disposent d'un coordinateur et qui ont mis en place une véritable animation territoriale ont constaté une véritable plus-value :

- Une meilleure connaissance des acteurs et de la situation du territoire ;
- La possibilité d'échanger plus facilement sur les cas compliqués ;
- Coordonner davantage les interventions des différents prestataires afin d'améliorer la qualité d'accompagnement de l'utilisateur.

À contrario les territoires ne disposant pas d'une animation effective semblent rencontrer plus de difficultés pour échanger avec les acteurs quand des situations complexes l'exigent.

c. Une communication auprès des usagers non prévue durant la mise en œuvre de l'APA

L'étude de la DIRCOM a montré qu'il n'y avait pas de communication entre le Département et le bénéficiaire de l'APA, une fois l'allocation mise en place. Dès lors qu'il obtient la notification, le bénéficiaire peut ne plus recevoir aucune nouvelle, ni information provenant du Département. Le Département intervient en cas de problème sur le plan d'aide ou avec le service d'aide à domicile, en cas de révision ou pour les aidants au moment du décès.

L'autre aspect de ce manque de communication est l'absence d'information des aidants pour leur permettre un suivi. Il s'agit d'un besoin fort des aidants dans le suivi quotidien de la personne aidée, qui se retrouve aussi à d'autres moments (exemple : la demande d'APA). Les aidants détournent ce problème en utilisant par exemple les identifiants de la personne âgée afin d'avoir accès à l'information la concernant. Les services du Département sont confrontés à un problème juridique car il s'agit d'une aide individuelle qui ne peut donc par principe faire l'objet d'une information à une autre personne que le bénéficiaire afin de respecter la confidentialité des informations.

Piste de travail :

- Mettre en place un récapitulatif annuel et individuel des aides versées par le Département et informer sur les aides existantes (en ayant une vigilance particulière afin de proposer des formats adaptés aux usagers et aux aidants).

d. Les aidants indispensables dans la mise en œuvre du plan mais insuffisamment reconnus

Les aidants interviennent en complémentarité des professionnels. La mission a entendu durant les auditions qu'il y avait un risque d'épuisement et même de détérioration de leur état de santé. Les professionnels ont alors un rôle à jouer dans la détection de ce risque et le développement de réponses à ce besoin. De manière générale, le travail autour des aidants est peu développé.

Plus de 5 000 « aidants indispensables » sont identifiés dans le système d'information par l'évaluateur médico-social, soit une présence auprès de 15% des bénéficiaires APA à domicile. Ce chiffre est peu élevé car les conditions pour ce statut sont encadrées par la loi. Pourtant, dans le cadre de l'APA, cette distinction d'aidants indispensables permet, lorsque cet aidant est hospitalisé ou s'il doit s'absenter, d'autoriser une majoration du plan d'aide et de mettre en place une aide particulière pour que le maintien à domicile de la personne soit assuré.

2.4.4 Les différents types de contrôles relatifs à l'APA mis en place mais qui doivent progresser pour accompagner le secteur

a. Une avance trimestrielle « vitale » mais accompagnée d'un contrôle de la facturation générateur d'incompréhensions

Pour le paiement de l'APA en mode prestataire, sauf refus exprès de l'utilisateur, l'APA est versée directement aux SAAD. Ce n'est donc pas un versement à l'utilisateur qui ensuite paie le SAAD, mais bien le Département qui paie directement le SAAD, sur la base d'un relevé d'heures mensuel qui est transmis au mois échu. L'application Alfresco permet aux SAAD de déposer un fichier avec le nombre d'heures réalisées. Ce paiement à mois échu ne facilite pas la trésorerie des SAAD, notamment des SAAD les plus importants qui ont beaucoup d'utilisateurs, qui dépensent d'abord l'argent pour payer leurs intervenants. Il a été mis en place il y a quelques années une avance trimestrielle payée aux SAAD qui ont un certain volume de bénéficiaires de façon à constituer une trésorerie avec une récupération sur avance si les heures ne sont pas réalisées. Cela permet également au Département de lisser sa dépense. Les représentants des SAAD, reçus en audition, ont fait part de leur consensus sur les avances trimestrielles « vitales pour les structures et qu'il faut bien entendu maintenir ».

Pour le contrôle d'effectivité des heures prestées, il est nécessaire de rappeler qu'il y a les plans d'aide décidés et prescrits et la réalisation des plans d'aide. En effet, il peut y avoir un différentiel entre le nombre d'heures prescrites et les heures réalisées. Les SAAD introduisent les heures réalisées dans Alfresco. Les services du Département ont donc la possibilité de les mesurer sur la base de la déclaration des SAAD qui disposent d'outils de télégestion. Concernant le taux d'effectivité en APA, le rapport entre les heures réalisées et les heures prescrites, était de 74 % en 2020. Le Département réalise les contrôles d'effectivité particulièrement sur les SAAD qui sont au-delà de ces taux et particulièrement au-delà de 90 %. Le service Financement et Modernisation des SAAD de la Direction de l'Autonomie se rapproche des SAAD qui doivent ensuite se justifier sur le fait d'atteindre 90 % et en leur rappelant leur devoir de ne facturer que les heures prestées. Cette méthode de contrôle peut générer de l'incompréhension des SAAD « *Quelquefois, cela nous vaut des réponses telles que : " Si je suis au-dessus de 90 %, c'est que je fais mon travail et que j'essaie de le faire bien ". Cela peut nous mettre en position délicate.* » Ces contrôles s'organisent autour de justificatifs. En 2020, sept SAAD ont fait l'objet d'un contrôle sur pièces avec contrôle des heures de pointage, des factures des usagers et des heures déclarées. Ce sont 249 000 euros qui ont été titrés pour deux SAAD. Un SAAD, ne répondant pas aux différentes injonctions, s'est vu retirer la mesure d'avance mensuelle versée au trimestre.

Un projet de télétransmission des heures par les SAAD est prévu avec un marché en 2022 pour identifier le ou les outils de télétransmission compatible(s) avec les systèmes d'information du Département. Ce système, qui devrait être déployé en 2023, permettra de recevoir les heures prestées par les SAAD par correspondance directe avec leur outil de télégestion. Pour les SAAD non équipés en télégestion, l'outil leur permettra d'y déposer leur relevé d'heures, comme le permet actuellement Alfresco. Des liens seront permis entre le support de télétransmission, le système d'information métier et le système d'information financier pour un contrôle qualitatif et quantitatif facilité. Par l'intermédiaire de la convention avec la CNSA au titre de la section IV de son budget, le Département soutient les SAAD souhaitant s'équiper.

Pistes de travail :

- Poursuivre le contrôle d'effectivité des heures prestées
- Mettre en œuvre le projet de télétransmission des heures - marché prévu en 2022

b. Un contrôle qualité de la mise en œuvre de l'APA existant mais à améliorer

Le contrôle de la qualité de la mise en œuvre de l'APA s'opère de différentes façons. Il y a tout d'abord **la conformité au cahier des charges concernant les SAAD**. Les réclamations fréquentes ou encore une interpellation par un responsable de Pôle autonomie ou enfin des alertes sur la santé financière fragile d'une structure sont autant d'éléments qui vont attirer l'attention des services du Département. Très souvent, il s'agit d'un problème de personnel avec un départ de directeur par exemple, qui a généré une baisse de la qualité du service rendu. Pour faire ce travail de contrôle qualité, le service Financement et Modernisation des SAAD vérifie la conformité des documents obligatoires au cahier des charges qui est national ainsi que les niveaux de qualifications du personnel. Un intérêt est également porté sur les procédures de promotion de la bienveillance. Ainsi, en 2020, 28 SAAD ont fait l'objet d'un contrôle par ce service. 13 étaient conformes et 15 sont accompagnés vers la conformité, notamment dans le cadre du renouvellement d'autorisation.

Il y a ensuite **la gestion des réclamations des usagers**. Le nombre de réclamations reçues en central tend à diminuer d'année en année. Il y a eu 86 réclamations en 2018, 48 en 2019, 14 en 2020 et 20 en 2021. Le nombre de réclamations apparaît très faible, mais il faut noter que celui-ci est sans doute plus élevé en réalité. Il existe un autre circuit des réclamations au niveau des territoires qui n'est pas tracé au niveau départemental. En effet, seules les réclamations au central sont répertoriées. Les territoires ne font pas remonter ce type de réclamations au central. Cependant, même si les réclamations ne sont pas tracées, les territoires vont chercher à résoudre le problème de façon opérationnelle, en rencontrant par exemple le SAAD et l'utilisateur. Ce traitement des réclamations des usagers amène à un ajustement, voire une révision des plans d'aide. La DTPAS de Flandre est la seule qui a mise en place un outil de traçage.

Une expérimentation va être mise en place pour travailler sur une procédure de suivi des réclamations qui, si elle convient, pourra être étendue à l'ensemble des territoires, avec une volonté des services de ne pas alourdir les territoires qui doivent conserver leur réactivité et leur capacité à résoudre les problèmes. Le service Financement et Modernisation des SAAD a souhaité préciser lors de son audition que les données relatives aux réclamations des usagers allaient sans doute augmenter du fait d'un meilleur suivi de l'indicateur au niveau départemental.

Concernant enfin **le suivi qualité**, il s'agit des questions liées à la mise en œuvre du plan d'aide et aux difficultés de mise en œuvre. C'est par exemple un SAAD qui signale des difficultés pour mettre en place la prestation parce qu'il n'a pas le personnel ou parce qu'il y a un écart entre ce qui a été évalué et ce que le SAAD est capable de faire. Cela se traite au sein des instances techniques territoriale. Régulièrement, le responsable du Pôle autonomie, le médecin et l'équipe d'évaluateurs se réunissent avec des SAAD pour traiter directement de situations d'usagers. Elles ont pour objet d'échanger sur des situations individuelles bloquantes ou nécessitant une révision sans changement de GIR et sur l'actualité du territoire et du secteur de l'aide à domicile. En moyenne 3 à 4 ITI ont lieu chaque année dans chaque territoire.

Les représentants des SAAD sont aussi intervenus lors de leurs auditions pour dire qu'ils s'imposaient eux-mêmes ce contrôle de la qualité, en soumettant par exemple des enquêtes de satisfaction aux usagers. Sur ce même sujet, ils ont aussi évoqué un chantier, qui avait été débuté puis abandonné par le Département, concernant l'évaluation du service rendu directement auprès de l'utilisateur. Un outil de mesure, le Net Promoter Score, a été cité, qui permet à partir d'un SMS envoyé à l'utilisateur ou son aidant, d'évaluer le service rendu par les acteurs de l'intervention à domicile.

Les différentes auditions ont montré que le Département ne contrôlait pas tous les plans d'aide individuellement tant sur la facturation que sur la qualité. L'ancrage territorial couplé à une vision plus globale et départementale au central permettent au Département d'être alerté et réagir en cas de difficulté sur un plan d'aide ou sur la situation d'un SAAD. Le contrôle par le Département reste un chantier à poursuivre car il va de pair avec un fonctionnement plus souple du service apporté à la personne âgée souhaité lors des auditions : « *Nous pouvons nous faire confiance, mais le payeur a besoin de contrôler, trouver des voies et des moyens de mesurer l'action pour permettre la souplesse réclamée* ».

Pistes de travail :

- Poursuivre le contrôle de la qualité des services d'aide à domicile, avec la vérification de la conformité au cahier des charges
- Mettre en place une procédure et un indicateur départemental sur la réclamation des usagers sur l'ensemble des territoires départementaux
- Poursuivre et intensifier les Instances Techniques Territoriales (responsable du Pôle autonomie, le médecin et l'équipe d'évaluateurs) qui se réunissent avec des SAAD pour traiter de situations d'usagers
- Étudier la possibilité d'évaluer la satisfaction des usagers vis-à-vis des prestations réalisées (outil de mesure)

2.5 LES ENJEUX FINANCIERS ET PROSPECTIFS

Les principaux enjeux relevés par la mission sont des enjeux liés au phénomène de gérontocroissance (2.5.1) et des enjeux autour des métiers du grand âge (2.5.2).

2.5.1 Le phénomène de gérontocroissance dans le Nord susceptible de renforcer les difficultés financières et les difficultés en ressources humaines

Le phénomène de gérontocroissance doit être expliqué à l'échelle du Département du Nord qui globalement est identique au reste de la France (a). Au niveau des territoires du Nord, certains connaissent un vieillissement plus marqué (b). Cette gérontocroissance a déjà des conséquences sur les dépenses liées à l'APA (c) alors même que les recettes n'augmentent pas (d). Des réflexions sont en cours pour maîtriser ces dépenses (e).

a. Gérontocroissance dans le Nord : un phénomène identique au reste de la France

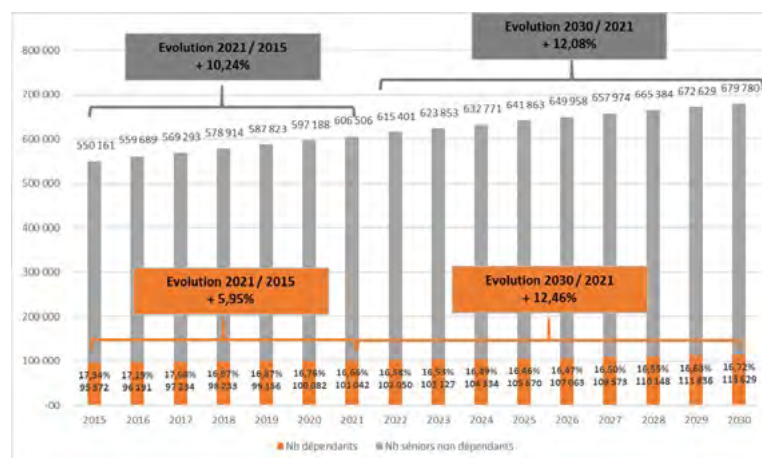
La gérontocroissance est l'augmentation du nombre de personnes âgées de la population (définition Insee).

Dans le Nord, les plus de 60 ans représentent 23 % de la population contre 26 % dans l'ensemble de la France. Les projections démographiques de l'INSEE estiment que les 60 ans et plus représenteront 25,33 % de la population nordiste en 2030. Le vieillissement apparaît moins prononcé car le département est un département plutôt jeune.

Cependant, le taux de progression pour les plus de 60 ans est conforme à celui du reste du pays. En effet, la population des plus de 60 ans progresse conformément aux moyennes nationales, c'est-à-dire d'environ 9 %, entre 2013 et 2018. La tendance montre que le phénomène de gérontocroissance dans le département du Nord est identique au reste de la France. Comme il a été vu dans une partie précédente, il faut rappeler les profils de ces bénéficiaires avec une espérance de vie plus courte que la tendance nationale et des personnes qui rentrent dans l'APA plus vite qu'ailleurs.

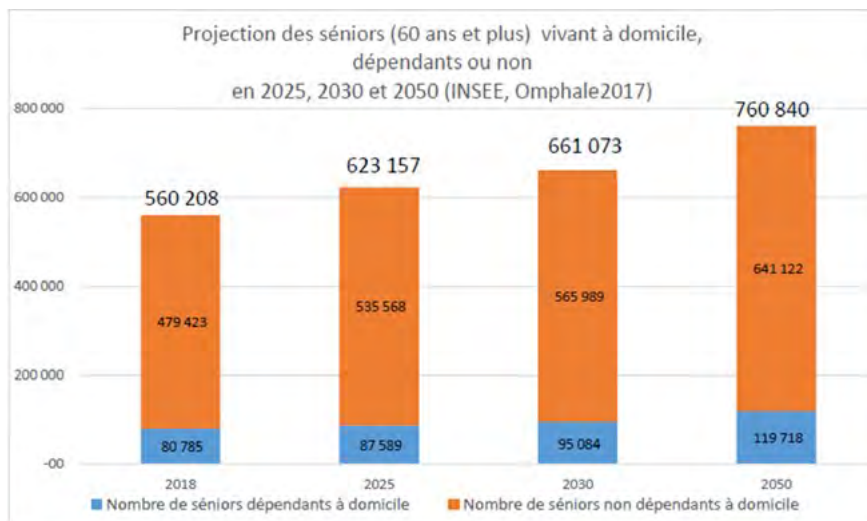
Comme le montre le graphique ci-après, les seniors non dépendants ont augmenté de 10 % entre 2015 et 2021. Les personnes âgées dépendantes augmentent, elles, de 5 % entre 2015 et 2021. Les projections de l'Insee montrent que pour les seniors l'augmentation sera de 12 % entre 2021 et 2030 mais également de 12 % sur la même période pour les personnes dépendantes alors que l'augmentation n'était que de 5 % sur la période précédente. Outre l'augmentation du nombre de seniors, c'est l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes qui croît très rapidement.

Projection du nombre de seniors et du nombre de personnes dépendantes



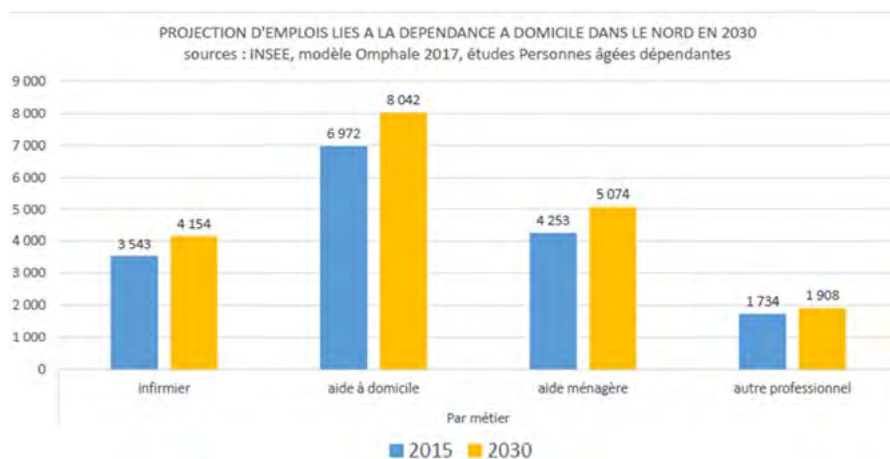
Source : Insee - traitement DFCG – Département du Nord (avril 2022)

Concernant l'évolution démographique de la dépendance à domicile dans le Nord, le nombre de personnes dépendantes vivant à domicile augmente de 8 % entre 2018 et 2025. La population sénior vivant à son domicile augmente pour sa part de 6 % sur la même période (cf. graphique ci-dessous). Or, le nombre de bénéficiaires de l'APA a augmenté sur une période plus courte entre 2017 et 2021 de 16 %. Le nombre de bénéficiaires de l'APA augmente deux fois plus vite que le nombre de personnes dépendantes.



Source : Insee - traitement DFCG – Département du Nord (avril 2022)

Sur les projections d'emplois liés à la dépendance à domicile dans le Nord, le nombre d'emplois augmente de 16 % entre 2018 et 2030, soit 2 674 emplois supplémentaires estimés. Plus particulièrement, la hausse la plus forte concerne les aides ménagères (+19 %) et les infirmiers (+17 %) sur cette même période :



Source : Insee - traitement DFCG – Département du Nord (avril 2022)

Ce contexte de gérontocroissance constitue un enjeu de société, à la fois par ses conséquences sur l'autonomie des personnes âgées et leur prise en charge, qui peut être plus marqué ou avec des spécificités d'un territoire à l'autre du Département.

Piste de travail :

→ Retarder l'entrée dans la dépendance par la prévention et l'éducation à la santé

b. Gérontocroissance sur les territoires du Nord : un vieillissement plus marqué sur certains territoires

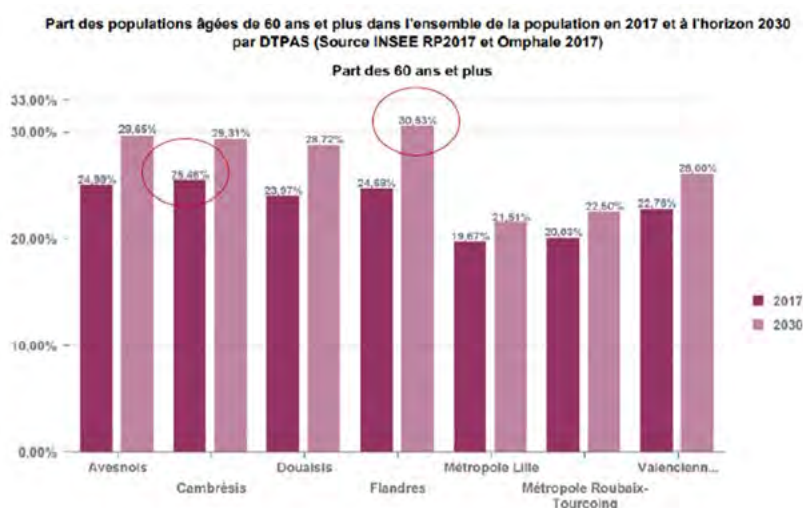
Certains territoires vont connaître un développement important des plus de 60 ans.

En 2017, le Cambrésis est le territoire qui compte la part de la population des plus de 60 ans la plus importante (25 %).

En 2030, ce sera le territoire des Flandres avec le taux le plus élevé, situé à 30 % de la population. Les Flandres vont ainsi connaître le plus grand développement de cette catégorie de population des plus de 60 ans entre 2017 et 2030, dont la proportion va passer de 25 à 30 % de la population.

Concernant le Douaisis et l'Avesnois, la part des plus de 60 ans va passer de 25 à 29 % entre 2017 et 2030, et de 23 % à 26 % pour le Valenciennois.

Sur les territoires des Flandres, ou encore dans l'Avesnois, la population active va être moins importante également. Ainsi, le vieillissement de la population et une population active moindre représentent un enjeu important notamment dans la prise en charge des personnes, au niveau des aidants, des SAAD ou d'autres structures. A cette tension, s'ajoute un problème de recrutement plus important qu'ailleurs.



Ce vieillissement de la population nordiste est à resituer dans un contexte démographique de métropolisation avec une aspiration des jeunes et des classes actives vers la métropole. Les territoires de la métropole Lille et la métropole Roubaix Tourcoing, vont voir la part des plus de 60 ans passer de 20 à 22 % seulement entre 2017 et 2030.

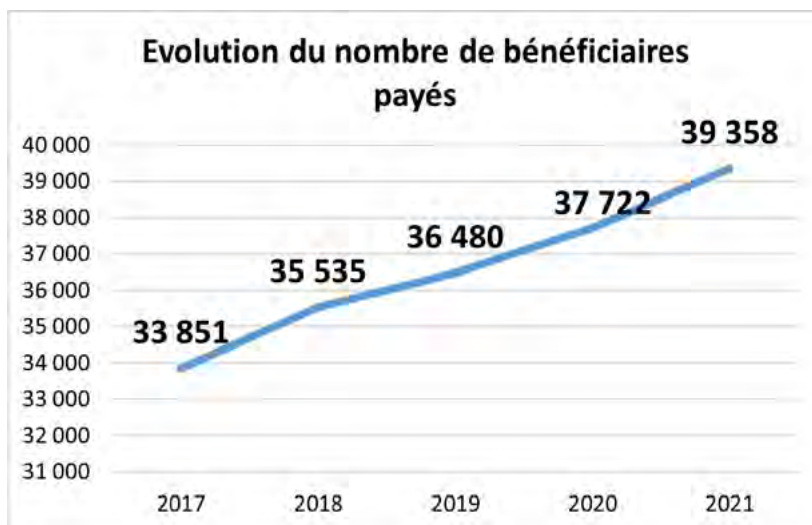
Pour synthétiser, les Flandres sont le territoire le plus touché par le vieillissement, en part dans la population et en évolution des effectifs. La différenciation démographique de la Métropole avec le reste du Département s'accroît. Face à ces évolutions démographiques et à ces conséquences sur le secteur, les dépenses du Département sont en augmentation.

Pistes de travail :

- Anticiper les difficultés à venir sur les territoires des Flandres, du Cambrésis, du Douaisis et du Valenciennois.
- Dégager les moyens/ressources pour satisfaire les besoins à venir

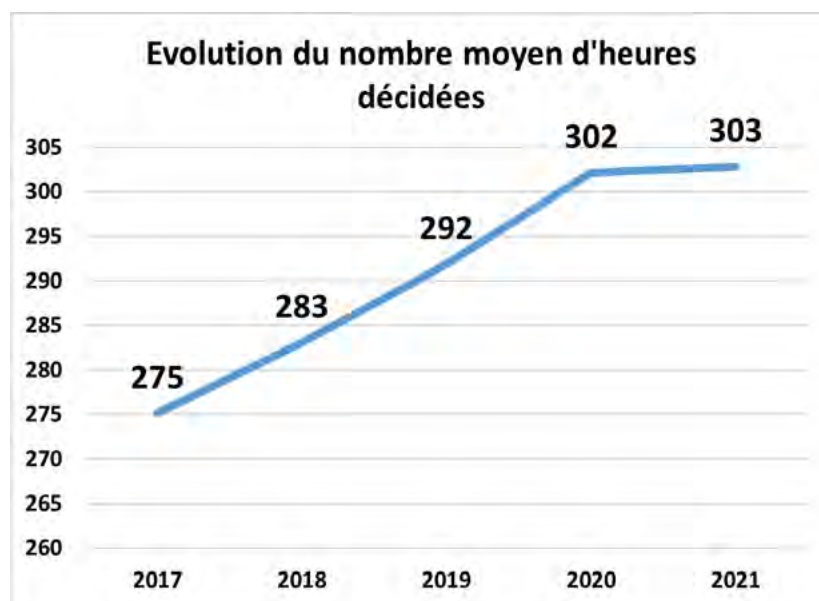
c. Des dépenses d'APA en augmentation significative et qui augmentent très rapidement

Entre 2017 et 2021, l'APA a augmenté de 16 %, le nombre de bénéficiaires passant de 33 851 en 2017 à 39 358 en 2021 :



Source : DFCG / DA – Département du Nord (avril 2022)

Davantage de personnes bénéficient de l'APA. Les bénéficiaires de l'APA ont également plus d'heures. Le taux d'évolution global du nombre moyen d'heures entre 2017 et 2021 est de 10 %, passant 275 heures décidées en 2017 à 303 heures en 2021 :



Source : DFCG / DA – Département du Nord (avril 2022)

Les personnes qui bénéficient de l'APA ont plus d'heures car il y en a de plus en plus en GIR 1 (effet vieillissement) et de plus en plus d'heures sont allouées en GIR 1 (effet plafonnement).

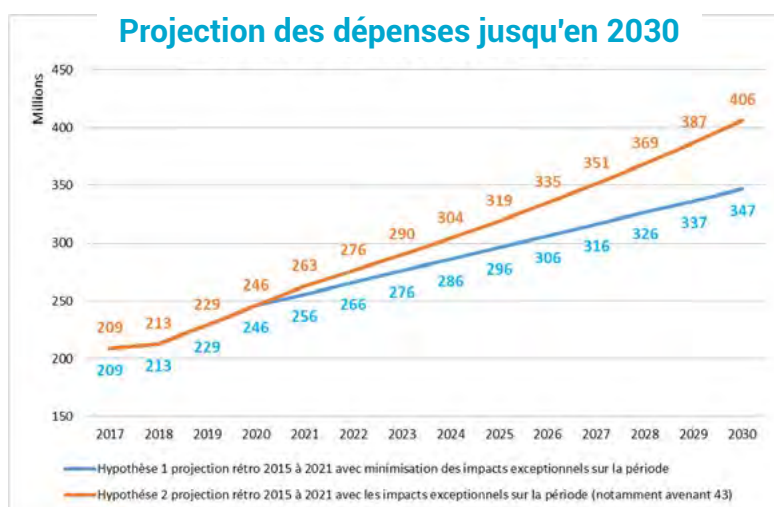
Taux d'évolution du nombre de bénéficiaires par GIR 2021/2017	
GIR	Taux d'évolution 2021/2017
1	49 %
2	31 %
3	17 %
4	5 %

Taux d'évolution des nombres d'heures décidées par GIR	
GIR	Taux d'évolution 2021/2017
1	70.1 %
2	44.7 %
3	23.9 %
4	6.6 %

Source : DFCG / DA – Département du Nord (avril 2022)

Le graphique ci-après montre l'augmentation des dépenses d'APA jusqu'en 2030 à partir de deux hypothèses, l'une avec une minimisation des impacts exceptionnels sur la période et la seconde avec les impacts exceptionnels sur la période, notamment l'avenant 43. Dans ces deux hypothèses, la hausse reste significative.

Cette projection se base sur celles de l'Insee sur le nombre de personnes âgées et également le niveau de dépendance, vus plus haut.



Source : DFCG – Département du Nord (avril 2022)

La Direction des Finances et du Conseil en Gestion a expliqué qu'en 2015, l'APA représentait 7 % du budget avec 190 M€. En 2021, l'APA représente 253 M€, soit 10 % du budget. La hausse est très significative et beaucoup plus rapide que les dépenses globales de la collectivité. Il faut noter que cette hausse rapide est vraiment particulière à cette période. Durant la période 2011-2015, la hausse était de seulement 4 %. C'est à partir de 2015 qu'il y a une accélération de la gérontocroissance.

Les dépenses sont particulièrement marquées pour l'APA à domicile en raison d'un choix marqué pour le maintien à domicile et des mesures importantes de soutien en faveur du secteur.

en K€	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021 (estimation)	Evolution 2021/2015		
Allocation APA	186 434	191 628	206 977	218 012	230 033	244 883	253 711	+67 277	+32,5%	
APA - Bénéficiaire	30 749	29 348	30 342	30 732	32 373	33 624	35 208	+4 459	+14,7%	
APA - Etablissement	74 164	75 740	80 238	80 665	83 281	83 782	85 192	+11 029	+13,7%	
APA - Services d'Aide à Domicile (SAAD)	81 521	86 540	96 397	106 615	114 379	127 476	133 311	+51 789	+53,7%	
Avenant 43 - PA							6 936	+6 936		
Total général	186 434	191 628	206 977	218 012	230 033	244 883	260 648			
Evolution annuelle			+5 194	+15 349	+11 035	+12 021	+14 850	+15 765	+74 213	+35,9%
			+2,8%	+8,0%	+5,3%	+5,5%	+6,5%	+6,4%		

Source : DFCG – Département du Nord (avril 2022)

Face à ces dépenses, il y a aussi des recettes portées par l'État.

d. Des recettes provenant de l'État qui n'augmentent pas

Les recettes provenant de l'Etat correspondent aux compensations de la CNSA. Lors de son audition, le Directeur des Finances et du Conseil en Gestion a précisé que le terme de compensation n'était pas tout à fait adapté puisqu'il y a toujours un reste à charge. Cependant, cette non compensation ne s'est pas aggravée et s'est relativement stabilisée. Ainsi, en 2015, comme le montre le tableau ci-après, la dotation de la CNSA s'élevait à 63 575 k€. En 2021, celle-ci est de 91 294 k€. Le taux de couverture est donc passé de 33 % à 37 %.

L'évolution des compensations perçues et du reste à charge de la collectivité (en CA)

en K€	CA 2015	CA 2016	CA 2017	CA 2018	CA 2019	CA 2020	CA 2021	Evolution 2021/2015	
Dotation CNSA - droit commun	63 575	79 957	77 401	86 500	82 399	78 802	91 294	+27 718	+35,8%
Dotation CNSA - crise sanitaire						3 228		0	
Dotation CNSA convention titre IV - modernisation des SAAD				362	641	603	1 590	+1 590	
Compensation avenant 43							4 855	+4 855	
Total recettes dotations CNSA - (1)	63 575	79 957	77 401	86 862	83 040	82 633	97 739	+34 164	+44,1%
Dépenses brutes - droit commun	190 420	196 399	208 970	212 141	228 672	237 883	251 054	+60 634	+29,0%
Dépenses brutes - crise sanitaire						7 048	2 879	+2 879	
Dépenses convention CNSA titre IV - modernisation des SAAD				727	201	742	1 838	+1 838	
Dépenses avenant 43							6 936	+6 936	
Total dépenses brutes - (2)	190 420	196 399	208 970	212 868	228 873	245 673	262 708	+72 288	+34,6%
Dépenses nettes - droit commun	126 845	116 442	131 569	125 641	146 273	159 081	159 761	+32 916	+25,0%
Dépenses nettes - crise sanitaire						3 820	2 879	+2 879	
Dépenses nettes convention CNSA titre IV - modernisation des SAAD				365	-440	139	248	+248	
Dépenses nettes avenant 43							2 081	+2 081	
Reste à charge consolidé - (1) - (2)	126 845	116 442	131 569	126 006	145 833	163 040	164 969	+38 125	+29,0%
Taux de couverture de l'état	33%	41%	37%	41%	36%	34%	37%		

Source : DFCG – Département du Nord (avril 2022)

La Direction des Finances et du Conseil en Gestion a analysé cette compensation et les chiffres montrent une certaine dégradation. En effet, il y a une chute forte en 2019. La dotation passe de 86,5 M€ à 82,4 M€. Cette baisse est liée à un changement de mode de calcul de l'État. Le Directeur des Finances et du Conseil en Gestion a expliqué « *Auparavant, l'État compensait les Départements qui avaient une hausse plus rapide que les autres au même niveau que leur hausse. Si on augmentait de 10 %, la dotation augmentait de 10 %. À partir de cette année-là, il a augmenté sur la base de la hausse moyenne des Départements. Si l'APA dans le Département du Nord augmentait de 10 % et que, dans le même temps, l'APA de la moyenne des Départements augmentait de 5 %, la compensation n'augmentait que de 5 %. Cela explique cette baisse constatée aujourd'hui, mais cela montre en creux que le Département du Nord avait une dépense d'APA qui augmentait beaucoup plus vite que la moyenne des autres Départements* ».

Enfin, là où jusqu'à maintenant la compensation de l'État était inconditionnelle, celle-ci est liée de plus en plus à des projets. Ainsi, une partie des financements de 2021 correspond à la compensation de la convention d'utilité dans le cadre de la CNSA pour la modernisation des SAAD ou encore la compensation de l'avenant 43. Autrement dit, l'État donne de l'argent à condition que le Département met en place des politiques qui correspondent à ses priorités. Le Département a moins de liberté compte tenu des recettes fixées par l'État.

e. Des réflexions en cours pour maîtriser les dépenses d'APA

Plusieurs axes de travail sont en cours dans les services du Département afin de maîtriser les dépenses d'APA. Ceux-ci n'ont pas été présentés à la mission car ils ne sont pas suffisamment avancés pour une présentation détaillée. Toutefois, quelques thématiques ont été citées :

Le premier axe de travail est l'articulation avec les autres dispositifs médico-sociaux, notamment la création d'un guide des prestations travaillé avec la CARSAT/MSA et la CPAM ayant pour but de faire connaître les autres prestations aux professionnels afin de mieux orienter vers les bons dispositifs. En effet, l'une des problématiques est que les dispositifs se chevauchent : l'hospitalisation à domicile, le rôle des infirmières, le rôle de l'infirmière dans la toilette... Un certain nombre de dispositifs qui sont à la limite du sanitaire et du social et qui nécessitent une connaissance des dispositifs. Un axe particulier a été travaillé sur les sorties d'hospitalisation qui sont souvent prises en charge par l'APA, alors que, normalement, cette dernière n'a pas à couvrir une perte relativement temporaire des capacités. Or, le dispositif APA est souvent mobilisé pour cela parce qu'il est le mieux connu.

Le deuxième axe de travail concerne l'évaluation des plans d'aide. Contrairement à la PCH, il n'y a pas de référentiel national. Les 13 prestations qui sont prises en charge par l'APA ne sont pas détaillées dans un guide avec un référentiel en heures. L'objectif de cet axe de travail, qui n'est pas que financier, est d'homogénéiser les pratiques en ayant les mêmes définitions et le même référentiel.

Un autre axe devra être développé : le contrôle d'effectivité. Seulement 74 % des heures sont réellement effectuées. Pour l'instant, il n'y a pas d'outil, le but est de contrôler que les services à domicile sont bien passés. Il y a des campagnes de contrôles, les usagers sont interrogés pour savoir si les personnes badgent et les données sont télétransmises.

Enfin, même s'il ne s'agit pas de leur vocation première, les enjeux de prévention et de lutte contre l'isolement, grâce à leurs impacts positifs sur la santé et le bien-être des personnes âgées, participent à une meilleure maîtrise des dépenses à moyen et long termes.

2.5.2 Les métiers autour du grand âge un enjeu de société

Alors que les relations humaines sont au centre des métiers du grand âge, ces professions restent peu attractives (a) et la formation paraît insuffisante (b). Le développement du secteur est freiné par des problèmes liés à la mobilité en particulier des intervenants à domicile (c). Des secteurs sont à développer comme celui de l'emploi direct (d).

a. Des métiers du grand âge essentiels et porteurs de sens bien que peu attractifs par manque de perspectives

Il y a une réelle difficulté à recruter dans l'ensemble du secteur des métiers du grand âge. Cette difficulté est très présente actuellement et les besoins à venir seront en forte croissance.

Les métiers autour du grand âge souffrent d'une image négative avec des conditions de travail difficiles quels que soient le type de structure ou de prise en charge. Ainsi, ces métiers sont régulièrement réduits à des emplois qui nécessitent peu de diplômes, avec de faibles rémunérations, des tâches pénibles à effectuer physiquement et psychologiquement.

Sur la rémunération plus précisément, il s'agit d'un sujet important et souvent soulevé auprès de la mission en audition ou lors des visites. Certains salaires sont inférieurs au SMIC et le travail à temps partiel très répandu dans le secteur de l'emploi à domicile.

Le Département participe à la revalorisation de la prise en charge des interventions des services d'aide à domicile dans le cadre des prestations à 1 € par heure. En octobre 2020, la revalorisation a été portée à 22 € par heure, en anticipant le tarif national. L'avenant 43 a aussi été évoqué à de nombreuses reprises lors des auditions des fédérations représentatives des SAAD. Afin de contribuer à l'attractivité et à l'amélioration des salaires des métiers du domicile, la branche de l'aide à domicile (BAD) est parvenue à cet accord : l'avenant 43, applicable au 1^{er} octobre 2021.

Il institue la mise en application de grilles indiciaires revalorisées permettant une évolution de carrière aux salariés du secteur et une refonte du système de catégorisation du diplôme à l'ancienneté. Le décret n° 2021-1155 du 8 septembre 2021 relatif à l'aide aux départements versée par la CNSA en application de l'article 47 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, prévoit que la CNSA compense à 70 % l'effort en direction des SAAD en 2021 et à 50 % pour les années suivantes. Pour accompagner la revalorisation des salaires au dernier trimestre 2021, le Département a compensé la mise en œuvre de l'avenant 43 par les SAAD pour un montant global de 8,1 millions d'euros (30 % = 2,4 millions d'euros à la charge du Département + 70 % = 5,7 millions d'euros à la charge de la CNSA).

Les fédérations contestent le financement du Département et considèrent que « *le compte n'y est pas* ». Elles estiment que sur ce point, elles ne disposent d'aucune information sur les montants accordés par le Département et sur les modalités de calcul. D'autres structures ont d'ailleurs précisé que pour les secteurs autres qu'associatifs, elles n'ont pas été concernées par cette revalorisation et n'ont plus les moyens de conserver leurs professionnels.

Enfin, les métiers n'ont pas tous été revalorisés à la même hauteur. Pour la même activité, certains salariés, qui n'ont pas la même dénomination (ASH, AES...), ne gagnent pas la même chose.

Il a été rappelé lors des auditions que la question financière ne pouvait à elle seule compenser les difficultés du métier autour du grand âge. Ainsi, **les risques professionnels** du secteur sont très élevés (liés à la manutention, aux chutes...). La question des trajets entre les interventions au domicile a été aussi évoquée à plusieurs reprises. Le secteur de l'aide à domicile est celui qui comptabilise le plus d'accident du travail, au-dessus du BTP, en particulier au niveau des trajets.

L'autre problématique concernant le métier de l'aide à domicile est qu'**il s'agit d'un travail effectué seul**. Cela a deux conséquences. En premier lieu, les salariés peuvent se sentir isolés face aux difficultés rencontrées. Une tête de réseau auditionnée a rappelé qu'il était nécessaire « de prendre soin des employés avant de prendre soin des personnes ». L'autre conséquence, liée à l'intervention à domicile effectuée seule, est la difficulté physique à accomplir certaines tâches qui peuvent mettre en danger la personne âgée ainsi que l'intervenant à domicile. Il existe des situations qui nécessitent pourtant d'être à deux au domicile. Certaines structures organisent ce travail en équipe lorsque cela est nécessaire et lorsqu'elles le peuvent. Les EMS des Pôles autonomie ont aussi évoqué la possibilité de prévoir un plan d'aide en lien avec les services infirmiers pour mutualiser l'intervention.

Pour toutes ces raisons, ce travail d'aide à la personne âgée, qu'il soit effectué au domicile ou en établissement, est difficile à faire durant toute une carrière. Le manque d'attractivité vient aussi du fait que les personnes ont besoin de pouvoir changer de voie ou de public à accompagner lorsque cela devient trop pénible. Des évolutions de carrière doivent être proposées dans des métiers différents du médico-social. La mission a aussi entendu que les salariés du secteur travaillaient par vocation auprès des personnes âgées et qu'accompagner d'autres publics n'était peut-être pas la volonté de tous. Mais des activités différentes et toutes aussi utiles sont à imaginer (lecture, promenade...) pour les salariés en fin de carrière par exemple.

Ces difficultés de recrutement génèrent également de la concurrence entre les différents types de structures. En effet, les conventions collectives des structures variant d'un secteur à l'autre (privé lucratif, associatif, etc.), les salariés peuvent avoir tendance à privilégier une structure plus attractive économiquement.

Pour répondre aux besoins, l'une des solutions qui est mise en place et qui a été rappelée lors des auditions, est **le recrutement dans ce secteur sous-tension parmi les personnes en recherche d'emploi, notamment les allocataires du RSA**. Le Département développe une **politique volontariste de valorisation des métiers et d'appui au recrutement des métiers du grand âge**. Le cumul du RSA et du salaire pendant trois mois est autorisé sous certaines conditions dans ces métiers en tension. Le plan d'action du Département est articulé autour de 40 actions. Les propositions se sont aussi concrétisées par la signature d'une convention avec la CNSA sur la modernisation des services d'aide à domicile et avec la mobilisation d'un budget global de 8,6 M€ sur trois ans.

Pistes de travail :

- Encourager les SAAD à positionner le personnel en fin de carrière sur des activités moins difficiles (promenade, lecture...)
- Mettre en place, faciliter le travail en équipe de deux au domicile des personnes le nécessitant
- Faire le bilan des actions départementales en faveur de la valorisation des métiers du grand âge (40 actions)
- Poursuivre la politique d'orientation des personnes en recherche d'emploi, y compris les allocataires du RSA, vers les métiers du grand âge
- Améliorer l'accompagnement social des personnes recrutées qui sont en difficulté
- Travailler sur l'amélioration de la qualité de vie au travail (rythmes, accompagnement, prévention, etc.)
- Encourager la mise en place de supports pédagogiques à destination des professionnels : centre ressources, bibliothèques, plateforme vidéos (cahier CNSA, HAS, documentaires, etc.), fiches techniques coproduites avec les salariés
- Encourager l'analyse des pratiques professionnelles en intra-structure
- Encourager la montée en compétence tout au long de la carrière

b. Une formation autour des métiers du grand âge à améliorer et à faire évoluer dans ses formes et contenus

La formation autour des métiers du grand âge est un enjeu important avec des besoins grandissants. Les métiers autour du grand âge peuvent se scinder autour de deux familles de professions :

- Les métiers de la santé
- Les métiers du maintien à domicile

Les représentants des professions de santé auprès des personnes âgées ont mis en avant différentes difficultés. Lors de la visite de l'Institut de Formation en Soins Infirmier et Aides-Soignants (IFSI/IFAS) du Centre Hospitalier de Roubaix, il a été expliqué qu'il n'y avait pas assez de contenu dédié aux soins infirmiers sur les personnes âgées. Les pathologies sont abordées mais il est constaté une méconnaissance des étudiants sur celles-ci. Pour les aides-soignants, il n'y a pas de spécialisation liée aux personnes âgées. Ils doivent faire un stage auprès de personnes âgées mais cela n'est pas suffisant pour les cadres de l'institut.

Outre des lacunes dans la formation, le système de sélection dans les instituts de formation et les abandons en cours d'année, ont pu être abordés par la mission. Ainsi, l'équipe dirigeante de l'IFSI/IFAS du CH de Roubaix a regretté de ne plus pouvoir sélectionner les candidats, non pas sur des critères de niveau scolaire mais parce que « *Les étudiants sont de plus en plus jeunes, viennent d'autres régions, n'ont pas les moyens de vivre loin de leur famille* ». L'institut a dû mettre en place du soutien pour ses étudiants (psychologique, alimentaire...). Sur l'orientation des personnes en recherche d'activité, il constate que beaucoup arrêtent la formation au bout de 3 mois (le chiffre de 20 % a été cité) car certaines personnes ne pouvaient pas concilier leur vie personnelle et professionnelle (*exemple : les problématiques de garde d'enfant*). Ce sont des aspects qui étaient abordés lorsqu'il y avait des entretiens de sélection et qui permettaient au candidat de mieux se projeter dans cette formation.

Concernant les métiers du maintien à domicile, le manque de pratique dans les formations a notamment été à de nombreuses reprises soulevé. Par exemple, la formation des futurs aides à domicile se fait dans un appartement pédagogique, qui peut donc être parfois très éloigné de l'univers de certaines personnes âgées.

Les auditions et visites de terrain ont aussi montré qu'il y avait un manque de connaissance de l'écosystème par les nouveaux professionnels qui ne connaissent pas ou insuffisamment les dispositifs, les acteurs ou encore les sigles.

Enfin, une problématique commune aux deux types de métiers a été mentionnée. L'image des formations, tout comme pour les métiers autour du grand âge (cités dans la partie précédente) souffre d'une image négative auprès des étudiants. Les professions n'attirent pas. Le secteur gériatrique est sous-considéré.

Pistes de travail :

- Bâtir une formation qui permette des passerelles entre les métiers du social : une personne pourrait à un moment changer de public à accompagner grâce à une formation socle commune sur les métiers du social et des formations régulières (formation continue). Ces passerelles entre les métiers permettraient de construire un parcours professionnel
- Mettre en place une politique de montée en compétence qui repose sur le compagnonnage (alternance, stage long, etc.).
- Créer une véritable « filière des métiers du Grand Âge »
- Prendre en compte la nécessité de refonte des méthodologies d'apprentissage et de validation des compétences dans le cadre du HUB SAAD en cours de création par la Région des Hauts-de-France
- Améliorer la formation d'aide à domicile avec une immersion chez les personnes âgées pour davantage de mises en situation à domicile
- Augmenter le nombre d'heures passées sur le terrain dans le cadre des formations
- Mener une réflexion sur la fonction de coordination : régulation planning et/ou coach équipe (Analyses de pratiques, capitalisation des bonnes pratiques, pratiques d'usage, pair aidance)
- Mener une réflexion sur les services et fonctions supports, étayage à apporter sur le processus de prise en charge : évaluation des besoins, plan d'aide, mise en situation, prise de fonction, relais, management, feed-back sur les interventions, ajustements
- Encourager à la mise en place de lieux dédiés au personnel au sein des structures : ergonomie des lieux, convivialité, espace détente
- Valoriser l'apprentissage et le contrat professionnel (exemple de la politique de promotion autour de l'artisanat)
- Travailler sur les différents leviers susceptibles de renforcer l'attractivité des métiers : nouveaux modes d'organisation plus autonomes, amélioration des conditions salariales, arrêt de la fragmentation des interventions, proposition d'un accompagnement des professionnels durant l'emploi
- Développer la prévention des risques professionnels pour les personnes travaillant auprès des personnes âgées

c. La mobilité des intervenants à domicile, un frein à l'emploi du secteur

La mobilité des intervenants à domicile qui est un enjeu dans la bonne mise en œuvre des plans d'aide et confrontée à une série de difficultés :

- Le personnel est remboursé via un forfait kilométrique pour ses déplacements entre les domiciles de ses différentes interventions (indemnité de 0,35 euros par kilomètre). Ce remboursement n'étant pas indexé à la hausse des coûts du carburant, les fortes augmentations connues ces derniers mois ont impacté la rentabilité même de leur profession.
- De plus, le fait que les plans d'aide proposent des interventions de 30 minutes à plusieurs reprises au sein du même domicile va augmenter le nombre de déplacements et donc impacter le confort de travail des intervenants.
- L'accès aux emplois à domicile est freiné par la nécessité de posséder un véhicule en bon état.

Lors d'une visite de terrain, un représentant d'un service d'aide à domicile a exprimé le sentiment pour les intervenants « *de perdre de l'argent en travaillant* ».

Une autre visite de terrain a montré que les acteurs de l'aide à domicile cherchaient des solutions. Ainsi, un responsable d'association a expliqué avoir mis en place un garage solidaire. Partant du constat que les aides à domicile ne pouvaient pas entretenir leurs véhicules, l'association a créé un garage solidaire pour favoriser la mobilité, l'accès à l'emploi et son maintien.

Enfin il est important de mettre en avant ces questions de mobilité qui renforcent les inégalités entre les territoires : en effet, il devient plus aisé de travailler auprès des personnes âgées dans des secteurs urbains dotés de transports en commun et avec un habitat concentré.

Pistes de travail :

- Trouver des solutions afin de maintenir les interventions à domicile :
 - Etudier la possibilité de participer à la prise en charge des frais de déplacement des employés des SAAD
 - Soutenir, en partenariat avec le Conseil Régional des Hauts de France, la structuration de la filière industrielle du « rétrofit » en aidant les personnels de SAAD à convertir les moteurs thermiques de leurs véhicules en moteurs électriques
 - Réfléchir, en lien avec le CNSA, aux modalités permettant d'aider les structures d'aide à domicile à disposer d'une flotte de véhicules électriques qui seraient fournis à leurs personnels
- Développer une stratégie départementale autour de la mobilité des intervenants à domicile, en mobilisant des financements de la CNSA sur l'aide à l'investissement, exemple d'action à développer : la création d'un dispositif d'aide départementale pour l'acquisition d'une flotte de véhicules électriques en faveur des Services d'aide à domicile
- Rechercher un partenariat avec le Conseil Régional des Hauts de France et les constructeurs automobiles présents dans la région
- Tenir compte des conditions de vie et de travail des personnels des SAAD, notamment en proposant une charte d'utilisation des véhicules de fonction qui devrait encadrer les modalités d'utilisation de ces véhicules
- Revendiquer la prise en compte de la mobilité et l'implication dans la transition énergétique dans les critères dits de "qualité", de manière à promouvoir l'utilisation des mobilités douces et des transports en commun lorsque cela est possible, la mise à disposition de véhicules électriques, et/ou toute initiative relevant de l'économie sociale et solidaire telle que la création de garages solidaires (3 euros qualité)

d. L'emploi direct, un levier d'accompagnement pertinent à encourager au même titre que les autres solutions de l'APA à domicile

Cette sous-partie propose d'évoquer les enjeux de l'emploi direct d'une manière distincte par souci de lisibilité mais aussi parce que le fait pour un particulier usager de l'APA de devenir employeur peut être une opportunité intéressante. Toutefois cette solution qui entre dans l'APA à domicile fait face à certaines difficultés.

Plus de 5 500 bénéficiaires de l'APA sont des particuliers employeurs, ce qui représente 1 300 ETP et plus de 2 millions d'heures annuelles rémunérées pour presque 20 millions d'euros.

Dans le cas de l'emploi direct, l'usager emploie directement une personne pour la réalisation de prestations d'aide à la personne. S'il le désire, l'usager peut solliciter le service mandataire qui va l'aider dans le recrutement du salarié et l'accompagner dans les démarches administratives. L'usager règle au service le coût de cette mise en relation, du traitement administratif mais garde le statut d'employeur et paie également directement le salaire de l'aide à domicile.

Cette solution peut être pertinente pour plusieurs raisons :

- La personne âgée est accompagnée par la même personne de manière durable ce qui peut être très apaisant pour l'usager mais aussi les aidants.
- Le coût horaire étant moins important que lors de la sollicitation d'un SAAD, le volume de plan d'aide peut être potentiellement plus important.
- Pour le Département, la promotion de l'emploi direct ou mandaté peut être vecteur d'économie puisque le Département finance 12,10 euros de l'heure contre 22 euros pour les SAAD.

Toutefois, le recours à l'emploi direct ne semble pas adapté à tous les profils.

- Le fait d'être un particulier demande un investissement en gestion administrative important. Cette solution est vraisemblablement plus accessible pour des usagers non isolés et dotés de capacités cognitives intactes.
- Elle laisse moins de place à l'adaptation et à la réaction face aux imprévus (maladie de la personne employée, congés, etc.).

Ce secteur de l'emploi direct fait face, comme les autres acteurs de l'APA, à des difficultés structurelles :

- Un vivier de professionnels vieillissant combiné à des difficultés de recrutement.
- Les professionnels réalisent un métier indispensable, parfois gratifiant mais difficile physiquement pour les personnes en fin de carrière.
- Les professionnels sont confrontés aux difficultés dues à la hausse du coût de la vie et notamment de l'essence.
- Etc.

Pistes de travail :

- Intégrer pleinement l'emploi direct et le mandataire dans les solutions proposées aux bénéficiaires APA (libre choix)
 - Être partie prenante des lieux ressources ou des plateformes de l'autonomie actuellement en expérimentation
 - Informer et outiller les équipes médicosociales des Conseils départementaux en charge du suivi des plans d'aide des bénéficiaires APA
 - Mettre en œuvre avec les acteurs locaux les actions permettant aux personnes âgées en perte d'autonomie d'être informées (choix éclairé) et accompagnées dans leur rôle d'employeur
 - Développer les Points Relais Particulier Emploi pour faciliter l'accès à l'information, en amont de la perte d'autonomie, au sein des Relais autonomie du Nord
- Concourir à la structuration et animation d'un réseau territorial mandataire labellisé
 - Déployer le label Qualimandat : référentiel qualité du secteur de l'emploi à domicile et des particuliers employeurs
 - Accompagner une dynamique de réseau mandataire du Nord
 - Accompagner les structures mandataires dans leur mission d'information et d'orientation des particuliers employeurs et de leurs salariés
- Construire un plan de recrutement territorial pour le métier d'assistant de vie pour répondre aux enjeux majeurs d'emploi d'ici 2030, associant les acteurs des politiques sociales et ceux de l'emploi

3. SYNTHÈSE DES PRÉCONISATIONS ISSUES DE LA MISSION D'INFORMATION ET D'ÉVALUATION

3.1 LES PRÉCONISATIONS DE « NIVEAU 1 »

3.2 LES PRÉCONISATIONS DE « NIVEAU 2 »

3.3 LES PRÉCONISATIONS DE « NIVEAU 3 »

3. SYNTHÈSE DES PRÉCONISATIONS

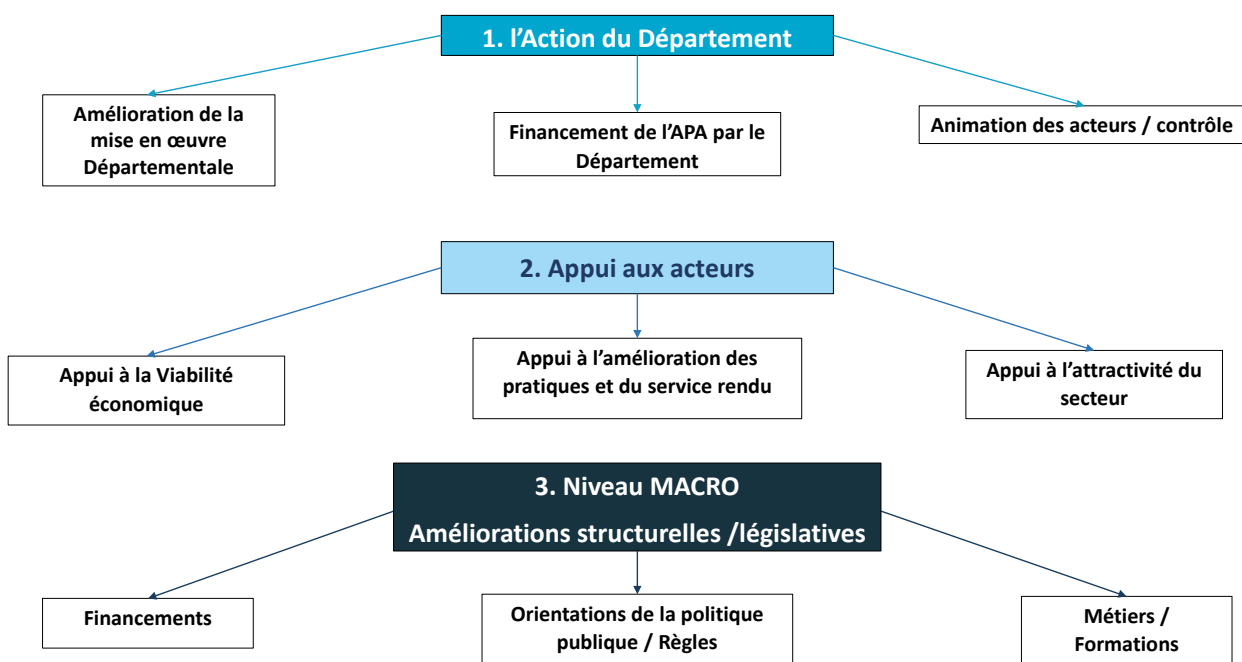
ISSUES DE LA MISSION D'INFORMATION ET D'ÉVALUATION

Les enjeux de l'APA, pour être traités dans toute leur complexité, peuvent être visualisés sous différentes dimensions et renvoyer à différents niveaux d'intervention. Ainsi, les préconisations présentées résultant des travaux de la mission sont découpées en 3 niveaux d'intervention :

Les préconisations de « niveau 1 » visent à améliorer l'action quotidienne des services départementaux dans la mise en œuvre de l'APA.

Les préconisations intermédiaires de « niveau 2 » visent à venir en appui aux acteurs de l'APA (principalement partenaires et prestataires) : Celles-ci peuvent être mises en œuvre via la combinaison de leviers départementaux et de leviers d'autres niveaux d'intervention de l'action publique (Etat, Région, ...).

Les préconisations de « niveau 3 », davantage macro, à porter auprès des partenaires et au niveau national : celles-ci renvoient à des changements structurels.



Pour accompagner la mise en place des préconisations, il est proposé la création d'une Commission permanente de l'autonomie et d'un suivi semestriel.

Cette instance exceptionnelle permettrait de renouer le dialogue et créer un nouveau partenariat avec les acteurs du secteur sur les sujets en cours et à venir. Sa création doit se faire en lien avec les instances existantes, notamment le CDCA dont le rôle est d'être consulté sur les politiques publiques de l'autonomie. Une revue de projet semestrielle sous une forme à déterminer permettrait un suivi régulier de la mise en œuvre des préconisations retenues par les membres de la MIE.

Liste récapitulative des préconisations

Les propositions de « niveau 1 » concernant l'Action du Département	Les propositions de niveau 2 concernant l'Appui aux acteurs de l'APA (partenaires et prestataires)	Les propositions de niveau 3 concernant les évolutions structurelles et législatives
<ol style="list-style-type: none"> 1. Renouer le dialogue avec les acteurs du terrain 2. Renforcer l'accès à l'APA en améliorant la communication 3. Soutenir le rôle des aidants 4. Outiller les agents du Département, les partenaires pour mieux communiquer et les usagers pour mieux informer 5. Programmer une étude organisationnelle sur les traitements des demandes d'APA par l'Administration 6. Améliorer l'organisation départementale autour de l'évaluation des bénéficiaires 7. Améliorer les pratiques départementales autour de la Grille AGGIR 8. Faciliter la modification du plan d'aide 9. Améliorer l'information pour les personnes âgées et leur famille sur les tarifs des prestataires 10. Garantir le respect du délai des 60 jours sur tout le territoire 11. Améliorer la procédure de validation et de décision 12. Réduire les non mises en œuvre des plans d'aide 13. Renforcer le suivi de l'effectivité et de la qualité du service 14. Maintenir et renforcer l'action du Département en matière d'Accueil Familial 15. Analyser l'opportunité et la faisabilité de proposer des formules d'APA de nuit 16. Anticiper le phénomène gérontocroissance sur les territoires concernés 17. Avoir une stratégie d'investissement concertée 	<ol style="list-style-type: none"> 18. Renforcer /réaffirmer le rôle du Département en matière d'animation et de coordination sur les territoires 19. Faire évoluer le financement des SAAD afin de maintenir leur viabilité économique 20. Assouplir les modalités d'intervention des SAAD 21. Accompagner les EHPAD face aux évolutions des métiers 22. Concourir à l'évolution du modèle économique des EHPAD 23. Encourager le développement des modes d'habitats alternatifs et innovants à destination des séniors 24. Lever les freins à la mobilité des salariés de l'aide à domicile 25. Encourager le développement du recours à l'emploi direct et mandataire 26. Renforcer l'attractivité et les perspectives professionnelles des métiers autour du grand âge 27. Appuyer la montée en compétence des acteurs 	<ol style="list-style-type: none"> 28. Améliorer la grille AGGIR et sa mobilisation 29. Faire évoluer les formations, les pratiques et les métiers autour du grand âge 30. Penser l'EHPAD de demain 31. Transformer le modèle financier des EHPAD

3.1 LES PRÉCONISATIONS DE « NIVEAU 1 » VISANT À AMÉLIORER L'ACTION QUOTIDIENNE DES SERVICES DÉPARTEMENTAUX DANS LA MISE EN ŒUVRE DE L'APA

Préconisation 1 : Renouer le dialogue avec les acteurs du terrain

- 1.1 Mettre en place un Comité de suivi technique avec les fédérations représentative pour poursuivre la dynamique d'échanges et de concertation, dans le cadre du CDCA. Exemple de premier sujet : expérimentation APA d'urgence.

Préconisation 2 : Renforcer l'accès à l'APA en améliorant la communication

- 2.1 Développer la communication sur l'APA auprès des publics dont le profil n'est pas encore éligible au dispositif.
- 2.2 Simplifier les courriers, hiérarchiser les informations, mettre en place la méthode F.A.L.C. (facile à lire et à comprendre).
- 2.3 Proposer un document simple à laisser à l'utilisateur avec les grandes étapes.
- 2.4 Réflexion sur un parcours fluide du site internet basé sur les attentes usagers.
- 2.5 Refondre les contenus du portail sur les besoins usagers.
- 2.6 Créer une FAQ dans le site internet.
- 2.7 Adapter le portail aux besoins usagers.
- 2.8 Communiquer sur le portail.
- 2.9 Répondre en amont de la plateforme téléphonique aux interrogations les plus fréquentes via les autres canaux.
- 2.10 Renforcer les effectifs de la plateforme téléphonique.
- 2.11 Mettre en place un récapitulatif annuel et individuel des aides versées par le Département et informer sur les aides existantes (en ayant une vigilance particulière afin de proposer des formats adaptés aux usagers et aux aidants).
- 2.12 Étudier la possibilité d'instaurer des permanences d'information tournantes dans les communes.

Préconisation 3 : Soutenir le rôle des aidants

- 3.1 Viser davantage les aidants dans les communications en prenant en compte la diversité des profils.
- 3.2 Étudier les leviers juridiques pour permettre de donner plus de place à l'aidant dans le processus, notamment analyser la possibilité juridique d'instaurer une personne de confiance qui sera le « doublon » du demandeur (comme cela existe déjà pour les personnes à l'hôpital ou en ESMS).
- 3.3 Associer les aidants aux démarches dans le respect des règles juridiques : étudier les possibilités de les avertir par SMS, mail, courrier...

Préconisation 4 : Outiller les agents du Département, les partenaires pour mieux communiquer et les usagers pour mieux informer

- 4.1 Former davantage les agents du Relais autonomie sur l'APA.
- 4.2 Organiser des temps de formation/d'information sur le sujet de l'autonomie pour les professionnels du Département et les partenaires.
- 4.3 Retravailler les modalités de communication et de descente de l'information entre le central et les territoires.
- 4.4 Créer un guide par territoire mis à disposition des usagers, à actualiser tous les ans.
- 4.5 Créer un guide par territoire mis à disposition des professionnels, à actualiser tous les ans.
- 4.6 Inciter les acteurs de proximité à s'engager davantage dans la démarche de Relais autonomie (Exemple centres sociaux, Maison de quartier, ...).

Préconisation 5 : Programmer une étude organisationnelle sur les traitements des demandes d'APA par l'Administration

- 5.1 Questionner la pertinence de la prise de rendez-vous en central.
- 5.2 Avoir une analyse fine du temps consacré au traitement des dossiers par ETP et par tâche.

Préconisation 6 : Améliorer l'organisation départementale autour de l'évaluation des bénéficiaires

- 6.1 Renforcer les compétences sociales au sein des équipes territoriales au regard de l'évolution des publics et du besoin de suivre, d'accompagner la mise en œuvre des plans d'aide, et de soutenir les aidants.
- 6.2 Permettre à l'évaluateur médico-social de suivre un "portefeuille" d'usagers afin d'assurer la continuité des prises en charge et de mieux prendre en compte l'évolution de l'état des personnes.
- 6.3 Organiser la prise de rdv à domicile en proposant plusieurs dates de rdv afin de laisser un choix aux personnes (ex : site Doctolib). Ces quelques dates doivent être compatibles avec la tournée des équipes.
- 6.4 Travailler à l'augmentation de la capacité d'évaluation des équipes pour permettre un traitement équitable d'un territoire à l'autre.
- 6.5 Poursuivre le travail en cours à la Direction de l'Autonomie :
 - Un guide des prestations travaillé avec la CNSA ayant pour but de faire connaître les autres prestations aux professionnels afin de mieux orienter vers les bons dispositifs ;
 - Une homogénéisation des pratiques par un référentiel.

Préconisation 7 : Améliorer les pratiques départementales autour de la Grille AGGIR

- 7.1** Faire un travail de recensement des limites de la grille AGGIR pour l'APA à domicile et en établissement afin de le faire remonter au national.
- 7.2** Homogénéiser les pratiques d'interprétation de la grille AGGIR dans les équipes et entre les équipes.
- 7.3** Mettre en place un plan de formation des évaluateurs sur les publics fragilisés (leurs évolutions, leurs spécificités, etc.) et sur les différents dispositifs

Préconisation 8 : Faciliter la modification du plan d'aide

- 8.1** Permettre la révision par téléphone lorsque le cas n'est pas complexe et a contrario sacraliser la visite à domicile pour les premières demandes.
- 8.2** Adapter sur des délais courts le niveau d'intervention en fonction des besoins temporaires de la personne.

Préconisation 9 : Améliorer l'information pour les personnes âgées et leur famille sur les tarifs des prestataires

- 9.1** Étudier la possibilité d'intégrer les tarifs des prestataires dans le logiciel d'évaluation afin que les EMS puissent informer les personnes âgées lors de la visite à domicile.

Préconisation 10 : Garantir le respect du délai des 60 jours sur tout le territoire

- 10.1** Retravailler le calibrage des effectifs pour un traitement équitable d'un territoire à l'autre, notamment le temps consacré par les EMS aux visites APA, aux évaluations et la part des autres missions.
- 10.2** Identifier les territoires en tension au niveau des EMS et déployer une stratégie en conséquence.
- 10.3** Développer la possibilité de renforts temporaires en cas de « débordements ponctuels ».
- 10.4** Homogénéiser les délais de traitement sur les territoires et tendre vers les 60 jours partout sur le Département.

Préconisation 11 : Améliorer la procédure de validation et de décision

- 11.1** Revoir la procédure de retour de l'accord par le demandeur.
- 11.2** Mieux former les EMS aux outils numériques d'instruction des dossiers lors de la visite à domicile pour limiter les cas de retraitement après la visite.

Préconisation 12 : Réduire les non mises en œuvre des plans d'aide

- 12.1** Organiser un bilan d'étape avec la personne âgée et son entourage.
- 12.2** Mobiliser les structures de territoire afin de mettre en place une remontée des informations (banque de données) pour évaluer les demandes non satisfaites, les territoires en difficulté et les conséquences que cela peut avoir.
- 12.3** Systématiser la fonction de coordinateur dans les pôles autonomie.

Préconisation 13 : Renforcer le suivi de l'effectivité et de la qualité du service

- 13.1** Poursuivre le contrôle d'effectivité des heures prestées.
- 13.2** Mettre en œuvre le projet de télétransmission des heures - marché prévu en 2022.
- 13.3** Poursuivre le contrôle de la qualité des services d'aide à domicile, avec la vérification de la conformité au cahier des charges.
- 13.4** Mettre en place une procédure et un indicateur départemental sur la réclamation des usagers sur l'ensemble des territoires départementaux.
- 13.5** Poursuivre et intensifier les Instances Techniques Territoriales (responsable du Pôle autonomie, le médecin et l'équipe d'évaluateurs) qui se réunissent avec des SAAD pour traiter de situations d'usagers.
- 13.6** Étudier la possibilité d'évaluer la satisfaction des usagers vis-à-vis des prestations réalisées (outil de mesure).

Préconisation 14 : Maintenir et renforcer l'action du Département en matière d'accueil familial

- 14.1** Analyser pour chaque territoire le temps consacré par les Evaluateurs Médicaux Sociaux à la gestion des dossiers d'accueil familial.
- 14.2** Étudier les opportunités de développement de l'accueil familial (amélioration du processus de gestion interne, augmentation des capacités d'accueil, etc.).

Préconisation 15 : Analyser l'opportunité et la faisabilité de proposer des formules d'APA de nuit

- 15.1** Réaliser une étude d'opportunité de la mise en place d'une offre d'APA de nuit (analyse du besoin, du coût de mise en œuvre, des impacts...)

Préconisation 16 : Anticiper le phénomène de gérontocroissance sur les territoires concernés

- 16.1** Anticiper les difficultés à venir sur les territoires des Flandres, du Cambrésis, du Douaisis et du Valenciennois.
- 16.2** Dégager les moyens/ressources pour satisfaire les besoins à venir.
- 16.3** Retarder l'entrée dans la dépendance par la prévention et l'éducation à la santé.

Préconisation 17 : Avoir une stratégie d'investissement concertée

- 17.1** Réfléchir à une stratégie d'investissement dans les établissements, commune avec la CNSA.

3.2 LES PRÉCONISATIONS DE « NIVEAU 2 » VISANT À VENIR EN APPUI AUX ACTEURS DE L'APA (PARTENAIRES ET PRESTATAIRES)

Préconisation 18 : Renforcer/réaffirmer le rôle du Département en matière d'animation et de coordination sur les territoires

- 18.1** Mettre en place des instances de rencontre/ de dialogue entre les services territoriaux du Département et les acteurs du territoire.

Préconisation 19 : Faire évoluer le financement des SAAD afin de maintenir leur viabilité économique

- 19.1** Assurer une viabilité économique et financière des SAAD en ayant une vigilance sur le reste à charge pour l'utilisateur.
- 19.2** Analyser, en concertation avec le secteur, le système de tarification le plus adapté permettant une viabilité financière et une souplesse de procédures (de tarification, de paiement, de suivi).
- 19.3** Réfléchir à une prise en compte par le tarifificateur des temps « non-présentiels ».

Préconisation 20 : Assouplir les modalités d'intervention des SAAD

- 20.1** Analyser la possibilité d'une souplesse d'utilisation d'une partie des heures d'APA accordées en fonction de l'état de santé et du besoin des bénéficiaires en l'accompagnant d'un suivi d'effectivité.
- 20.2** Etudier la possibilité de passer en dotation globale, en associant le secteur à ce chantier, tout en développant le dialogue de gestion et le contrôle de l'effectivité (cf. exemple des CPOM avec les gestionnaires).
- 20.3** Questionner la pertinence des interventions de courte durée.

- 20.4** Permettre aux SAAD de réaliser des interventions complémentaires en cas de dégradation de la situation de la personne accompagnée. Ces aides complémentaires feraient l'objet d'une demande officielle auprès des évaluateurs du Département (évaluation a posteriori) et permettrait une prise en charge financière rétroactive.
- 20.5** Débloquer une enveloppe ponctuelle d'heures supplémentaires en cas d'indisponibilité de l'aidant.
- 20.6** Étudier la possibilité pour les intervenants de proposer des créneaux de rendez-vous plus étendus tout en maintenant la qualité de service.

Préconisation 21 : Accompagner les EHPAD face aux évolutions des métiers

- 21.1** Favoriser le développement des équipes pluridisciplinaires dans les EHPAD.
- 21.2** Encourager les partenariats avec la psychiatrie, les SSIAD et les SAAD.

Préconisation 22 : Concourir à l'évolution du modèle économique des EHPAD

- 22.1** Instaurer des évaluations de la dépendance des résidents à des rythmes plus courts pour mettre en adéquation les moyens et le niveau de dépendance pris en charge.
- 22.2** Instaurer un dialogue de gestion plus régulier ainsi qu'une communication plus efficace entre les différents financeurs pour une meilleure adéquation entre les besoins et les moyens affectés à la structure.
- 22.3** Apporter plus de souplesse aux établissements par la fongibilité entre section soin et dépendance.
- 22.4** Simplifier la tarification : fusion dans l'équation tarifaire des sections soins et dépendances
- 22.5** Étudier l'opportunité de verser directement l'APA dédiée à la prise en charge de journée en accueil de jour aux structures (comme pour les SAAD).
- 22.6** Analyser au vu des moyens disponibles et en lien avec la CNSA l'opportunité de mettre en place une enveloppe « qualité » financée lorsque la préservation de l'autonomie est constatée. Ceci afin de faciliter la mise en place de moyens RH pour l'accompagnement préventif.
- 22.7** Donner une liberté d'affectation de résultat et de compensation de charges aux établissements.

Préconisation 23 : Encourager le développement des modes d'habitats alternatifs et innovants à destination des seniors

- 23.1** Recenser et valoriser les différents types de projets d'habitats partagés qui promeuvent l'habitat accompagné, partagé et inséré dans la vie locale (exemple : résidence intergénérationnelle, coopérative d'habitants, etc.).

Préconisation 24 : Lever les freins à la mobilité des salariés de l'aide à domicile

24.1 Trouver des solutions afin de maintenir les interventions à domicile :

- Étudier la possibilité de participer à la prise en charge des frais de déplacement des employés des SAAD.
- Soutenir, en partenariat avec le Conseil Régional des Hauts de France, la structuration de la filière industrielle du « rétrofit » en aidant les personnels de SAAD à convertir les moteurs thermiques de leurs véhicules en moteurs électriques.
- Réfléchir, en lien avec le CNSA, aux modalités permettant d'aider les structures d'aide à domicile à disposer d'une flotte de véhicules électriques qui seraient fournis à leurs personnels.

24.2 Développer une stratégie départementale autour de la mobilité des intervenants à domicile, en mobilisant des financements de la CNSA sur l'aide à l'investissement, exemple d'action à développer : la création d'un dispositif d'aide départementale pour l'acquisition d'une flotte de véhicules électriques en faveur des SAAD.

24.3 Rechercher un partenariat avec le Conseil Régional des Hauts de France et les constructeurs automobiles présents dans la région.

24.4 Tenir compte des conditions de vie et de travail des personnels des SAAD, notamment en proposant une charte d'utilisation des véhicules de fonction pour encadrer les modalités d'utilisation de ces véhicules.

24.5 Intégrer sur les avances trimestrielles aux SAAD, l'impact de la revalorisation de l'avenant 43.

24.6 Revendiquer la prise en compte de la mobilité et l'implication dans la transition énergétique dans les critères dits de "qualité", de manière à promouvoir l'utilisation des mobilités douces et des transports en commun lorsque cela est possible, la mise à disposition de véhicules électriques, et/ou toute initiative relevant de l'économie sociale et solidaire telle que la création de garages solidaires. (3 euros qualité).

Préconisation 25 : Encourager le développement du recours à l'emploi direct et mandataire

25.1 Intégrer pleinement l'emploi direct et le mandataire dans les solutions proposées aux bénéficiaires APA (libre choix) :

- Être partie prenante des lieux ressources ou des plateformes de l'autonomie actuellement en expérimentation.
- Informer et outiller les équipes médicosociales des Départements en charge du suivi des plans d'aide des bénéficiaires APA.
- Mettre en œuvre avec les acteurs locaux les actions permettant aux personnes âgées en perte d'autonomie d'être informées (choix éclairé) et accompagnées dans leur rôle d'employeur.
- Développer les Points Relais Particulier Emploi pour faciliter l'accès à l'information, en amont de la perte d'autonomie, au sein des Relais autonomie du Nord.

25.2 Concourir à la structuration et l'animation d'un réseau territorial mandataire labellisé :

- Déployer le label Qualimandat : référentiel qualité du secteur de l'emploi à domicile et des particuliers employeurs.
- Accompagner une dynamique de réseau mandataire du Nord.
- Accompagner les structures mandataires dans leur mission d'information et d'orientation des particuliers employeurs et de leurs salariés.

25.3 Construire un plan de recrutement territorial pour le métier d'assistant de vie pour répondre aux enjeux majeurs d'emploi d'ici 2030, associant les acteurs des politiques sociales et ceux de l'emploi.

Préconisation 26 : Renforcer l'attractivité et les perspectives professionnelles des métiers autour du grand âge

- 26.1** Encourager les SAAD à positionner le personnel en fin de carrière sur des activités moins difficiles (promenade, lecture...).
- 26.2** Mettre en place, faciliter le travail en équipe de deux au domicile des personnes le nécessitant.
- 26.3** Faire le bilan des actions départementales en faveur de la valorisation des métiers du grand âge (40 actions)
- 26.4** Poursuivre la politique d'orientation des personnes en recherche d'emploi, y compris les allocataires du RSA, vers les métiers du grand âge.
- 26.5** Améliorer l'accompagnement social des personnes recrutées qui sont en difficultés.
- 26.6** Travailler sur l'amélioration de la qualité de vie au travail (rythmes, accompagnement, prévention, etc.).

Préconisation 27 : Appuyer la montée en compétence des acteurs

- 27.1** Encourager la mise en place de supports pédagogiques à destination des professionnels : centre ressources, bibliothèques, plateforme vidéo (cahier CNSA, HAS, documentaires, etc.), fiches techniques coproduites avec les salariés.
- 27.2** Encourager l'analyse des pratiques professionnelles en intra-structure.
- 27.3** Encourager la montée en compétence tout au long de la carrière.

3.3 LES PRÉCONISATIONS DE « NIVEAU 3 » VISANT DES ÉVOLUTIONS STRUCTURELLES ET LÉGISLATIVES

Préconisation 28 : Améliorer la grille AGGIR et sa mobilisation

- 28.1** Améliorer la grille AGGIR pour qu'elle intègre les facteurs liés au logement, à la situation sociale (précarité, absence d'aidant, isolement), l'entourage familial, certains critères (maladies psychiques, etc.).
- 28.2** Développer des formations au niveau national pour homogénéiser l'interprétation de la grille AGGIR ainsi que de suivre les évolutions des maladies et la multiplication des cas complexes.

Préconisation 29 : Faire évoluer les formations, les pratiques et les métiers autour du Grand Âge

- 29.1** Bâtir une formation qui permette des passerelles entre les métiers du social : une personne pourrait à un moment changer de public à accompagner grâce à une formation socle commune sur les métiers du social et des formations régulières (formation continue). Ces passerelles entre les métiers permettraient de construire un parcours professionnel.
- 29.2** Mettre en place une politique de montée en compétence qui repose sur le compagnonnage (alternance, stage long, etc.).
- 29.3** Créer une véritable « filière des métiers du Grand Âge ».
- 29.4** Prendre en compte la nécessité de refonte des méthodologies d'apprentissage et de validation des compétences dans le cadre du HUB SAAD en cours de création par la Région Hauts-de-France.
- 29.5** Améliorer la formation d'aide à domicile avec une immersion chez les personnes âgées pour davantage de mises en situation à domicile.
- 29.6** Augmenter le nombre d'heures passées sur le terrain dans le cadre des formations.
- 29.7** Mener une réflexion sur la fonction de coordination : régulation planning et/ou coach équipe (Analyses pratiques, capitalisation des bonnes pratiques, pratiques d'usage, pair-aidance).
- 29.8** Mener une réflexion sur les services et fonctions supports, étayage à apporter sur le processus de prise en charge : évaluation des besoins, plan d'aide, mise en situation, prise de fonction, relais, management, feed-back sur les interventions, ajustements.
- 29.9** Encourager à la mise en place de lieux dédiés au personnel au sein des structures : ergonomie des lieux, convivialité, espace détente.
- 29.10** Valoriser l'apprentissage et le contrat professionnel (exemple de la politique de promotion autour de l'artisanat).
- 29.11** Travailler sur les différents leviers susceptibles de renforcer l'attractivité des métiers : nouveaux modes d'organisation plus autonomes, amélioration des conditions salariales, arrêt de la fragmentation des interventions, proposition d'un accompagnement des professionnels durant l'emploi.
- 29.12** Développer la prévention des risques professionnels pour les personnes travaillant auprès des personnes âgées.
- 29.13** Encourager la constitution et la consolidation des groupements d'employeurs.

Préconisation 30 : Penser l'EHPAD de demain

- 30.1** Créer un poste d'accompagnant en gérontologie.
- 30.2** Créer des postes d'infirmiers de pratiques avancées (infirmiers spécialisés en gériatrie).
- 30.3** Doter les EHPAD de professionnels paramédicaux spécialisés dans la prévention et le bien être des résidents (psychomotriciens, ergothérapeutes...).
- 30.4** Renforcer le lien entre EHPAD et domicile.
- 30.5** Réfléchir à la création de différents secteurs au sein d'un même établissement.

- 30.6** Transformer l'EHPAD en véritable plateforme de soins et de services : l'axe central de l'accompagnement des personnes âgées.
- 30.7** Tendre vers un modèle davantage médicalisé des établissements : Améliorer/renforcer la présence en personnel soignant, et faire évoluer le forfait dédié au soin afin d'intégrer de nouveaux métiers permettant de mieux accompagner les pathologies des résidents.
- 30.8** Encourager les EHPAD à s'ouvrir vers l'extérieur afin d'en faire des centres de ressources et des plateformes permettant de développer plusieurs types de services (consultations gériatriques, animations culturelles, activité physique adaptée, portage de repas, etc.) y compris à l'intention de personnes vivant chez elles.
- 30.9** Penser le modèle « d'EHPAD du futur » afin de tendre vers :
- Davantage de souplesse, de simplification et d'agilité au niveau de son modèle de tarification ;
 - Un dialogue régulier avec une gouvernance simplifiée ;
 - Les moyens nécessaires pour répondre aux nouveaux besoins en soins et en compétences spécifiques afin de proposer un accompagnement de qualité auprès des personnes accueillies ;
 - La reconnaissance des personnels dévoués qui accompagnent au quotidien des personnes fragilisées.

Préconisation 31 : Transformer le modèle financier des EHPAD

- 31.1** Remodeler le modèle financier des EHPAD et renvoyer au débat national les questions suivantes :
- Nécessité de conserver une tarification ternaire (pas de fusion des sections soins et dépendance) ?
 - Co-gouvernance ARS/CD ?
 - Nécessité d'ouvrir un véritable droit à l'option tarifaire, avec une revalorisation du tarif global ?
 - Nécessité d'intégrer un forfait numérique/nouvelles technologies (déploiement de la télémédecine, travail sur l'interopérabilité des systèmes d'information, lutte contre l'isolement des résidents...) ?
 - Poursuivre la convergence tarifaire des EHPAD ?
 - Nécessité de revoir l'outil PATHOS afin d'intégrer le volet « prévention de la perte d'autonomie » qui n'est pas valorisé à ce jour mais pourtant essentiel dans le rôle des EHPAD ?
- 31.2** Permettre l'ouverture systématique du droit d'option tarifaire pour les EHPAD.

ANNEXES

ANNEXE 1 : COURRIER DU GROUPE UNION POUR LE NORD DU 28 OCTOBRE 2021



Monsieur Christian POIRET
Président du Conseil Départemental du Nord
Hôtel du Département
51 rue Gustave Delory
59047 Lille Cedex

Lille, le 28 octobre 2021

Monsieur le Président,

Le vieillissement de la population est un enjeu majeur en ce qu'il interroge la place des personnes âgées dans notre société ainsi que les dispositifs de solidarité et d'accompagnement à mettre en place. Dans le Nord, selon des projections de l'Insee, la part des personnes âgées de 65 ans ou plus passerait de 14.6% à 23.0% entre 2013 et 2050, le département compterait alors 632 000 seniors en 2050, soit 253 000 de plus qu'en 2013.

Permettre à cette population de vieillir en bonne santé est à l'évidence un des défis majeurs du siècle. La prise en charge de la dépendance de la perte d'autonomie a fait d'importants progrès ces vingt dernières années, sur le plan scientifique aussi bien que sur les plans organisationnel et financier puisque la dépendance n'a été que récemment identifiée comme un risque devant être pris en charge spécifiquement par le système de protection sociale.

La loi du 20 juillet 2001, en créant l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), a favorisé le développement de services de soins et d'accompagnement à domicile, ainsi que de nouvelles formules intermédiaires (accueil de jour, hébergement temporaire). L'offre de prestations a ainsi connu une amélioration significative, tant en quantité qu'en qualité. Cependant, la rapidité de la montée en charge de l'APA, non prévue au moment de sa création, a demandé un effort financier croissant des départements, reconnus par la loi comme chef de file de l'action sociale.

Le Département fait face en effet, depuis plusieurs années, à l'évolution continue de ses dépenses d'APA. S'élevant à 179,4 M€ en 2013, elles ont atteint 245,7 M€ en 2020, soit une progression de 37 % (+66,3 M€), cette hausse s'est élevée à +9% entre 2020 et 2021 notamment en raison de la hausse du tarif des SAAD). Cette forte augmentation s'explique d'une part par la géronto-croissance, et d'autre part par la poursuite de la mise en œuvre de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement se traduisant par des plafonds des plans d'aide et la baisse du reste à charge des bénéficiaires.



Face à ce contexte, l'enjeu de maîtrise de la croissance de l'APA, sur les prochains exercices, est essentiel pour le Département du Nord afin de garantir la parfaite adéquation entre les besoins identifiés et le versement de l'allocation.

En application de l'article L. 3121-22-1 du Code général des collectivités territoriales et de l'article 32 du règlement intérieur du Conseil départemental, nous vous sollicitons afin de constituer une mission d'information et d'évaluation sur le sujet de l'allocation personnalisée à l'autonomie afin d'étudier le parcours de l'usager, les modalités d'attribution, l'évaluation des bénéficiaires ainsi que l'impact sur les finances de notre Département.

L'APA est une prestation à caractère universel accordée aux personnes âgées de 60 ans et plus qui répond à une logique « hybride » car elle emprunte plusieurs caractéristiques traditionnelles de l'aide sociale : évaluation individualisée des besoins de la personne et prise en compte des ressources pour déterminer le montant versé.

Vous remerciant de l'attention qu'il vous sera possible de porter à cette démarche et restant à votre disposition, nous vous prions de croire, Monsieur le Président, en l'assurance de notre haute considération.

Les élus du groupe Union pour le Nord

Christian ROBERT
Paul CHRISTOPHE
D. BECUE
M. TONNEAU
F. SOULS
S. DELRUE
A. BOURSEUX
M. L. FAUCHILLE
A. WAYMEL
J. BOUSSIN
V. LETAED
M. CHAMPAULT
SANDRA
S. DELRUE
A. BOURSEUX

ANNEXE 2 : Délibération du 13 décembre 2021



DELIBERATION N° DAJAP/2021/494

1

Accusé de réception de la préfecture : 059-225900018-20211213-306843-DE-1-1

Date de réception en préfecture le 16 décembre 2021

Affiché le 16 décembre 2021

REUNION DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DU 13 DÉCEMBRE 2021 SEANCE DU 13 DÉCEMBRE 2021

Suite à la convocation en date du 1er décembre 2021

LE CONSEIL DEPARTEMENTAL

Réuni à Lille, sous la présidence de Christian POIRET, Président du Conseil Départemental

Nombre de membres en exercices : 82

Etaient présents : Martine ARLABOSSE, Barbara BAILLEUL, Grégory BARTHOLOMEUS, Bernard BAUDOUX, Valentin BELLEVAL, Pierre-Michel BERNARD, Stéphanie BOCQUET, Anne-Sophie BOISSEAU, Frédéric BRICOUT, Josyane BRIDOUX, François-Xavier CADART, Benjamin CAILLIERET, Yannick CAREMELLE, Loïc CATHELAIN, Régis CAUCHE, Marie CHAMPAULT, Paul CHRISTOPHE, Marie CIETERS, Sylvie CLERC, Barbara COEVOET, Valérie CONSEIL, Christine DECODTS, Laurent DEGALLAIX, Frédéric DELANNOY, Sylvie DELRUE, Agnès DENYS, Claudine DEROEUX, Béatrice DESCAMPS-MARQUILLY, Jean-Luc DETAVERNIER, Carole DEVOS, Jean-Claude DULIEU, Monique EVRARD, Soraya FAHEM, Marie-Laurence FAUCHILLE, Michelle GREAUME, Maël GUIZIOU, Mickaël HIRAU, Jacques HOUSSIN, Sylvie LABADENS, Nicolas LEBLANC, Vincent LEDOUX, Michel LEFEBVRE, Sébastien LEPRETRE, Valérie LETARD, Maryline LUCAS, Didier MANIER, Françoise MARTIN, Elisabeth MASSE, Anne MIKOLAJCZAK, Charlotte PARMENTIER-LECOCQ, Laurent PERIN, Max-André PICK, Michel PLOUY, Christian POIRET, Marie-Hélène QUATREBOEUF, Eric RENAUD, Bertrand RINGOT, Marie-Paule ROUSSELLE, Caroline SANCHEZ, Marie SANDRA, Céline SCAVENNEC, Frédérique SEELS, Sébastien SEGUIN, Nicolas SIEGLER, Marie TONNERRE-DESMET, Patrick VALOIS, Aude VAN CAUWENBERGE, Anne VANPEENE, Jean-Noël VERFAILLIE, Roger VICOT, Philippe WAYMEL, Isabelle ZAWIEJA-DENIZON, Karima ZOUGGAGH.

Absent(e)(s) représenté(e)(s) : Charles BEAUCHAMP donne pouvoir à Isabelle ZAWIEJA-DENIZON, Doriane BECUE donne pouvoir à Vincent LEDOUX, Isabelle CHOAIN donne pouvoir à Jean-Claude DULIEU, Gérald DARMANIN donne pouvoir à Marie TONNERRE-DESMET, Stéphane DIEUSAERT donne pouvoir à Marie SANDRA, Isabelle FERNANDEZ donne pouvoir à Bertrand RINGOT, Simon JAMELIN donne pouvoir à Stéphanie BOCQUET.

Absent(e)(s) : Julien GOKEL, Luc MONNET.

OBJET : Création d'une mission spéciale d'information et d'évaluation relative à l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA)

Vu le rapport DAJAP/2021/494

Vu l'article 10 de la loi N°2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses mesures de vigilance sanitaire

DECIDE à l'unanimité:

- de créer une mission d'information et d'évaluation chargée de recueillir des éléments d'informations et de procéder à l'évaluation de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie ;
 - de ne pas procéder au scrutin secret pour la désignation des 15 membres de cette mission, autres que le Président ou son représentant ;
 - de constater l'accord sur la liste unique de candidats aux fonctions de membres de cette mission et donc que les conditions du 4^e alinéa de l'article L.3121-15 du code général des collectivités territoriales sont remplies pour l'entrée en vigueur immédiates des nominations, conformément à la liste ci- annexée.
-

Le quorum a été vérifié à l'appel de l'affaire à 10 h 42.

72 Conseillers départementaux étaient présents en séance. Ils étaient porteurs de 7 pouvoirs.

Ils ont été rejoints pendant la discussion par Monsieur PICK.

Décision acquise par assentiment de l'assemblée.

Signé électroniquement



Pour le Président du Conseil Départemental
et par délégation,
Le Directeur Adjoint des Affaires Juridiques
et de l'Achat Public,

Régis RICHARD

ANNEXE 3 : Liste nominative des membres de la mission

Mission d'Information et d'Evaluation relative à l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie

Membres :

Union Pour le Nord :

Martine ARLABOSSE
Loïc CATHELAIN
Paul CHRISTOPHE
Sylvie DELRUE
Béatrice DESCAMPS
Charlotte PARMENTIER-LECOCQ
Marie SANDRA
Sébastien SEGUIN
Marie TONNERRE-DESMET

Groupe Socialiste Républicain et Citoyen :

Josyane BRIDOUX
Christine DECODTS
Didier MANIER

Groupe Communiste et Républicain : pour l'Humain d'Abord :

Isabelle CHOAIN
Michelle GREAUME

Groupe Ecologiste Europe Ecologie Les Verts Génération.s :

Céline SCAVENNEC

ANNEXE 4 : Rapport DAJAP/2021/494



RAPPORT N° DAJAP/2021/494

CONSEIL DEPARTEMENTAL Réunion du 13 décembre 2021

OBJET : Création d'une mission spéciale d'information et d'évaluation relative à l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA)

L'article L.3121-22-1 du code général des collectivités territoriales prévoit qu'une mission spéciale d'information et d'évaluation peut être créée par délibération du Conseil départemental, pour recueillir des éléments d'informations sur une question d'intérêt départemental, ou pour procéder à l'évaluation d'un service public départemental. Elle peut aussi évaluer les conditions de fonctionnement et l'action des organismes extérieurs dans lesquels le Département est représenté.

La loi fixe une condition de recevabilité de la demande : le Président du Conseil départemental doit être saisi par au moins un cinquième des membres de l'Assemblée départementale, soit au moins 17 Conseillers n'ayant pas été associés à une même demande dans l'année précédente.

L'article 32 du règlement intérieur du Conseil départemental précise que la demande de création d'une telle mission doit être formulée conjointement par écrit, par les Conseillers départementaux intéressés, auprès du Président du Conseil départemental du Nord.

Le Président informe alors la commission compétente qui doit émettre un avis sur cette demande.

Aux termes de l'article 32 du règlement intérieur du Conseil départemental, une mission spéciale d'information et d'évaluation se compose de 15 membres désignés dans le respect du principe de la représentation proportionnelle entre les différents groupes de l'Assemblée départementale en vertu de la loi. La répartition des sièges est opérée en conférence des Présidents.

Elle est présidée par le Président du Conseil départemental ou par un membre de l'Assemblée qu'il désigne à cet effet. Le Président fixe, par arrêté, les moyens alloués à la mission d'information et d'évaluation.

En application de la loi, la mission prend fin par le dépôt de son rapport et, au plus tard, à l'expiration d'un délai de six mois à compter de la date de la délibération qui l'a créée.

Je suis saisi d'une demande de création d'une mission d'information et d'évaluation par au moins 17 Conseillers départementaux de Groupe Union Pour le Nord (en pièce jointe). Cette demande est relative à l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) afin d'étudier le parcours de l'utilisateur, les modalités d'attribution, l'évaluation des bénéficiaires ainsi que l'impact sur les finances départementales.

Je propose au Conseil départemental :

- de créer une mission d'information et d'évaluation chargée de recueillir des éléments d'informations et de procéder à l'évaluation de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie ;
- de ne pas procéder au scrutin secret pour la désignation des 15 membres de cette mission, autres que le Président ou son représentant ;
- de constater, le cas échéant, un accord sur une liste unique de candidats aux fonctions de membres de cette mission et donc que les conditions du 4^e alinéa de l'article L.3121-15 du code général des collectivités territoriales sont remplies pour l'entrée en vigueur immédiates des nominations, conformément au tableau qui sera annexé à la délibération.

Christian POIRET
Président du Département du Nord

ANNEXE 5 : Compte-rendus des auditions

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU NORD
Mission spéciale d'information et d'évaluation
relative à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Séance 1 - 21 février 2022

Étaient présents :

Présidente de la mission spéciale d'information et d'évaluation de l'APA :

Valérie LETARD

Pour le groupe Union Pour le Nord :

Béatrice DESCAMPS, Martine ARLABOSSE (Teams), Loïc CATHELAIN, Sylvie DELRUE, Charlotte PARMENTIER-LECOCQ, Marie SANDRA (Teams).

Pour le groupe Socialistes, Républicains et Citoyens :

Christine DECODTS (Teams), Josyane BRIDOUX, Didier MANIER

Pour le Groupe Communiste et Républicain, Pour l'Humain d'abord ! :

Isabelle CHOUAIN, Michelle GREAUME (Teams)

Pour le groupe Ecologiste, EELV, Génération.s :

Céline SCAVENNEC

Étaient auditionnés :

Gwenaëlle CARBAJAL, Directrice-adjointe de la Direction Autonomie
Éric COUSTELIER, Responsable de Pôle à la Direction Autonomie

Ordre du jour

- ❖ Introduction de la Présidente de la mission (Mme LETARD)
- ❖ Présentation de la politique en faveur des personnes âgées du Département du Nord (Mme CARBAJAL et M. COUSTELIER)
- ❖ État des lieux de l'APA dans le Nord (Mme CARBAJAL et M. COUSTELIER)
- ❖ Organisation administrative et territoriale (Mme CARBAJAL et M. COUSTELIER)
- ❖ Conclusion (Mme LETARD)

(La séance est ouverte à 9 heures 15 sous la présidence de Mme LETARD.)

Mme LETARD.- Bonjour à toutes et à tous, merci d'avoir fait le déplacement jusqu'ici pour assister à cette première séance de notre mission d'information.

Nous allons commencer par faire l'appel qui permettra de s'assurer de qui est présent.

(Appel)

Sans plus attendre, je vous propose que l'on démarre l'ordre du jour qui est tout de même bien chargé.

La première obligation qui m'incombe, c'est la validation du compte rendu de la séance d'installation du 31 janvier 2022, que vous avez reçu par mail si tout a bien fonctionné. Il a été reçu par l'ensemble des membres de la commission avec l'invitation à la séance du jour.

Avez-vous des remarques à faire sur le compte rendu ? *(Aucune)*.

Si vous n'avez pas de remarque, est-ce que je peux considérer qu'il est adopté ? *(Aucune objection)*.

Il est adopté. Je vous remercie.

Avant toute chose, je vous propose de vous présenter les membres de l'équipe qui nous accompagnent pendant cette mission. Vous les avez vus au travers d'une visio lors de la dernière séance. Je vais vous les présenter formellement : Vincent GUILLUY est le directeur de projet CPOM pour l'aide logistique et experte qu'il a sur la thématique, il va nous accompagner tout au long de notre mission. Caroline DUHEM et Alban VERBEKE sont chargés de mission de la direction de la modernisation et de l'évaluation pour l'accompagnement à la méthodologie et aux outils d'évaluation, qui vont s'attacher à tenir la plume et en tout cas la méthode de travail et, à nos côtés, la construction du rapport que nous aurons à remettre.

Je rappelle les deux questions principales de la mission : la qualité du service et son efficacité par rapport à sa gestion.

Nous sommes convenus d'organiser le déroulé de nos séances en fonction du parcours de l'utilisateur. Cette première séance est donc l'occasion pour nous de commencer par planter le décor de la politique de l'autonomie dans notre Département avant, bien sûr, d'auditionner une grande partie des acteurs de l'APA, cela nous permet de resituer l'APA dans un contexte plus global.

Les questions sont nombreuses. Qu'est-ce que l'APA ? Quels sont les critères d'attribution ? Qui sont les usagers de l'APA dans le Nord ? Quel âge ont-ils ? Quels sont leurs besoins et leur niveau de vie ? Comment les services départementaux sont-ils organisés pour répondre à la perte d'autonomie des seniors ? Autant de questions que nous allons essayer d'aborder mais qui, pour certaines, feront évidemment l'objet de séances dédiées.

La séance du jour sera structurée en trois parties :

- La présentation globale de la politique en faveur des personnes âgées du département du Nord.
- L'état des lieux de l'APA dans le Nord.
- L'organisation administrative et territoriale.

Entre chaque partie, je propose que chacun puisse prendre la parole. Un questionnaire détaillé vous a été transmis, mais si, à l'issue de la présentation qui sera faite dans quelques instants, certains points

vous interrogent, sont à éclaircir, à approfondir, ce sera l'occasion entre chaque partie d'avoir un échange avec nos intervenants.

Pour tous les éléments que l'on va vous donner, ce n'est peut-être pas la peine de tout écrire parce qu'on essaiera, à chaque fin de réunion, de tout mettre sur notre outil dématérialisé qui permet à chacun de bénéficier de tous les apports, de toutes les informations complémentaires liées à ces présentations et ces auditions.

Sans plus attendre, je vous présente Gwenaëlle CARBAJAL, la directrice adjointe de la direction autonomie du Département, qui va commencer cette séquence. Ensuite, Éric COUSTELIER, responsable du pôle à la direction autonomie, enchaînera dans une deuxième séquence de la présentation.

Sur cette première partie de la séance, à vous Madame CARBAJAL de faire le décor général de notre politique de l'autonomie.

❖ **Présentation de la politique en faveur des personnes âgées du Département du Nord**

Mme CARBAJAL.- J'ai la lourde tâche de vous présenter l'ensemble des orientations politiques.

J'excuse Madame SEELS qui n'a pas pu être présente ce jour pour ce faire, que vous rencontrerez, il me semble, à un autre moment.

Je vais essayer de vous brosser, en 20 minutes, les grandes orientations. Pour certaines, vous aurez des séances et, pour d'autres, s'il y a des besoins complémentaires, n'hésitez pas.

➤ **La politique autonomie**

La politique autonomie est portée actuellement par la direction de l'autonomie et la MDPH, on a également des services territorialisés.

Par délibérations en date des 22 mai 2017 et 25 mars 2019, l'assemblée départementale a défini puis créé la Maison départementale de l'autonomie qui mutualise les missions communes au Département et à la Maison départementale des personnes handicapées.

Trois objectifs avaient été fixés :

- Une meilleure visibilité et un accès unique aux droits et aux dispositifs développés.
- La déclinaison d'une politique de l'autonomie avec une prise en compte globale des aspects relatifs à la mobilité, à l'habitat, à la citoyenneté et au lien social.
- Une optimisation des ressources par la polyvalence et une modernisation des modalités d'accueil.

Les professionnels de l'autonomie du Département, à la fois les services centraux de la direction de l'autonomie et les équipes de territoire des pôles autonomie et de la MDPH, travaillent depuis quelques années maintenant à bâtir la Maison départementale de l'autonomie du Nord et à organiser les offres de service pour répondre aux aînés, aux personnes vivant avec un handicap et à leur entourage.

Tous nos métiers et nos partenariats tournent autour de cette relation, cela dans le but d'offrir aux usagers et à leurs aidants un dispositif global d'accès à l'autonomie tout en garantissant un cadre d'action efficient et intégré. L'ensemble des professionnels mobilisés pour la mise en œuvre des

réponses à nos publics se connaissent entre eux, travaillent en interconnexion et avec le plus de fluidité possible pour faciliter les parcours de vie.

Depuis 2019, un premier palier a été constitué dans cette organisation par la mise en commun des moyens et dispositifs d'accueil, via un accueil physique qui est porté par des relais autonomie, avec des structures partenaires ou nos Maisons Nord Services ou UTPAS actuellement sur tout le territoire, un accueil téléphonique unique avec la plate-forme Nord autonomie et un accueil numérique usagers avec le portail numérique Nord autonomie.

Ces dispositifs feront l'objet d'une présentation plus conséquente lors de la séance du 11 mars puisqu'on va parler à ce moment-là des dispositifs d'accueil de l'utilisateur.

Une seconde étape sur cette construction de la Maison départementale de l'autonomie devrait être franchie d'ici la fin de l'année, dans le même tempo que la réorganisation plus générale des services de la Direction générale de l'action sociale, avec un organigramme de la direction de l'autonomie et de la MDPH qui sera commun.

Voilà un brossage assez rapide de la façon dont nous travaillons sur l'organisation des services et sur nos objectifs communs.

Je vais entrer dans un *slide* beaucoup plus touffu. On va faire des focus plus particulièrement sur les seniors. On a des axes communs de travail sur l'ensemble du champ de l'autonomie, à la fois pour les personnes âgées et pour les personnes vivant avec un handicap.

Plusieurs documents stratégiques structurent la politique départementale en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

En tout premier lieu, je vais parler de la délibération cadre adoptée le 17 décembre 2015 par le conseil départemental du Nord puisqu'elle fixe des orientations sur lesquelles on se base encore à l'heure actuelle.

Les ambitions qui avaient été fixées à l'époque étaient celles d'un Département bienveillant qui développe, lorsque c'est possible, des approches convergentes du handicap et de la dépendance. C'est ce que je vous ai expliqué avant avec la mise en œuvre de la Maison départementale de l'autonomie. On privilégie une vision positive et environnementale du handicap à tous les âges.

Une autre des ambitions que porte cette délibération est bien entendu de répondre au défi démographique, de prendre en compte la diversité des territoires, les histoires de vie des personnes, de leur famille, d'améliorer leur vie quotidienne et de faciliter l'accès aux droits, d'agir sur l'environnement, d'accompagner quand cela est nécessaire sans rupture et de faire des dépenses de l'autonomie un levier de développement.

La troisième ambition est une évolution profonde des politiques publiques puisque, initialement, nous étions plutôt centrés sur les établissements et services pour proposer des prises en charge souvent très protectrices.

Là, on va s'attacher à développer et adapter les organisations pour faciliter le travail en réseau au sein des territoires. Aujourd'hui et demain, il faut que l'on développe des approches transversales dans les politiques et, notamment, que l'on fasse en sorte que les personnes aillent de plus en plus vers des dispositifs de droit commun (santé, habitat, transport), tout cela pour favoriser l'accessibilité l'inclusion et l'insertion.

L'ensemble de ces orientations ont ensuite été reprises et renforcées même dans le schéma des solidarités qui est en œuvre à l'heure actuelle jusqu'à la fin de l'année. Ce schéma est un véritable cadre de référence garant de la cohérence de l'action sociale et médicosociale départementale. Il permet de générer de nouveaux partenariats tout en veillant à l'équité territoriale, de s'adapter au projet de vie de chacun en diversifiant les réponses et en simplifiant l'information, et ce, pour faciliter

l'accompagnement des personnes tout au long de leur vie. Il propose une approche globale de l'action sociale et médicosociale coordonnée et décloisonnée. Le schéma unique des solidarités humaines se veut fédérateur pour préparer l'avenir, il pose la nécessité d'une meilleure proximité, la responsabilisation des acteurs, la solidarité, l'équité de traitement, l'équilibre territorial et la qualité du service rendu aux personnes accompagnées.

Le Département du Nord a adopté ce schéma unique des solidarités lors de l'assemblée départementale du 12 février 2018. Il définit la stratégie opérationnelle avec une approche pluriannuelle mobilisant non seulement les acteurs sociaux, mais aussi tous les leviers des politiques départementales pour les atteindre : l'habitat, la mobilité, la culture et les territoires.

Cinq axes sont déclinés avec 14 orientations.

Les cinq axes sont les suivants :

- Agir autrement avec les personnes en prenant appui sur les compétences et responsabilités de chacun. Il s'agit de mieux prendre en compte la parole de la personne accompagnée et de soutenir les professionnels aidants dans leur démarche de bienveillance.
- Mobiliser les ressources des territoires dans leur diversité, réduire les inégalités de ressources territoriales dans une perspective inclusive. Le diagnostic de l'offre de service doit servir à mobiliser les ressources des territoires pour les adapter aux besoins des personnes accompagnées et faciliter les droits d'accès.
- Privilégier la vie à domicile ou au sein de son environnement familial et social. Cela nécessite d'agir sur l'environnement des personnes : l'habitat, les solidarités de proximité et familiales, ainsi que les interventions des professionnels à domicile.
- Personnaliser l'intervention et faciliter les logiques de parcours. La politique de prévention doit être développée à tous les âges de la vie et de manière continue afin d'éviter les ruptures de parcours.
- Transformer l'offre de service et renforcer l'accessibilité. Le Département poursuit la transformation de l'offre de service en établissement et à domicile, avec le souhait que celle-ci soit davantage territorialisée, inclusive et adaptée pour répondre à des besoins spécifiques ou qui s'accroissent.

L'ensemble de ces axes stratégiques, on pourrait même dire presque philosophiques, structurent les actions de la politique autonomie regroupées dans le schéma qui vous est présenté, autour de trois objectifs opérationnels qui sont :

- prévenir la perte d'autonomie et favoriser l'inclusion,
- faciliter l'accueil, l'information et l'accès aux droits,
- fluidifier les parcours.

C'est D'ailleurs quasiment avec ces mêmes objectifs opérationnels que nous allons, d'ici à l'assemblée du 30 mai, vous présenter la feuille de route nationale que la CNSA souhaite adopter avec chacun des Départements.

Tout cela est commun au domaine de l'autonomie. Je vais maintenant vous donner quelques exemples plus concrets d'actions qui ont été développées sur la politique des seniors.

Sur la prévention, cela va être un brosse assez rapide puisque vous aurez une séance vraiment dédiée sur cette politique.

Pour vous remettre dans le contexte, la santé est l'une des conditions essentielles de la vie autonome. Les seniors des Hauts-de-France sont en moins bonne santé qu'ailleurs, ils ont aussi la plus faible espérance de vie sans incapacité à 60 ans de France métropolitaine. Cette espérance de vie dans le Nord est de 8,1 ans pour les hommes et 9,1 ans pour les femmes, soit 1,6 et 1,5 an de moins qu'au niveau national.

Globalement, les données de santé restent défavorables dans le Nord et les inégalités sociales et de santé sont élevées.

L'accès à la promotion et à la santé pour tous et notamment des plus vulnérables est de ce fait un enjeu de politique publique dans le Nord et, dans ce contexte, la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 a instauré la création d'une nouvelle instance départementale, la conférence des financeurs.

La conférence des financeurs est présidée par le président du conseil départemental et vice-présidée par l'agence régionale de santé. Elle rassemble différents membres actifs dans le champ de la prévention : les caisses de retraite, les mutuelles, les collectivités locales et l'assurance maladie. Le périmètre d'intervention de la conférence des financeurs s'articule autour de six axes présentés dans la diapositive que vous avez sous les yeux.

Dans ce cadre et sur la base de crédits spécifiques alloués par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la conférence des financeurs permet l'impulsion et le développement d'actions de prévention et cherche à assurer un maillage territorial de l'offre.

On va proposer à peu près 6 M€ cette année lors du vote du budget de la semaine prochaine.

Mme LETARD.- C'est l'enveloppe globale ?

Mme CARBAJAL.- Oui. En fait, la CNSA nous confie aujourd'hui un budget d'environ 6 M€ pour faire fonctionner cette conférence des financeurs.

Je ne vais pas vous présenter tous les axes, je vais faire un focus sur le premier axe et sur le sixième puisque vous aurez vraiment une séance dédiée là-dessus.

L'axe 1 de ce programme de la conférence des financeurs porte sur l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles.

Les aides techniques jouent un rôle essentiel dans le champ du handicap et elles constituent également un enjeu majeur pour l'autonomie des personnes âgées. Ces aides techniques sont complémentaires à l'aide humaine, elles contribuent à la prévention de la perte d'autonomie, à sa compensation et au maintien à domicile. Il est donc essentiel de faciliter leur accès, d'améliorer l'information et le conseil sur leur utilisation.

Or, une part non négligeable de matériel est acheté et installé, mais n'est pas utilisé par les personnes. Plusieurs causes à cela ont été identifiées :

- la différence entre qui a été prescrit et l'achat réalisé, c'est-à-dire qu'on a conseillé tel type d'aide technique et la personne n'a pas vraiment acheté cela ;
- c'est également parfois la non-acceptation du matériel, il est parfois difficile de se dire que l'on a besoin de matériel pour se maintenir dans l'autonomie ;
- cela peut être également l'inadaptation du matériel à l'évolution de la pathologie ou de la perte d'autonomie ;
- il y a aussi la question du reste à charge qui est jugé trop important ;
- un besoin pour les personnes d'être accompagnées en matière de nouvelles technologies.

À partir de ces besoins, dans le cadre de la conférence des financeurs, on a mis en place un projet de technicothèque qui permet de structurer l'offre de service qu'on va faire sur ces aides techniques.

Pour ce qui est de faciliter l'accès et l'usage effectif des aides techniques, le Département est porteur depuis septembre 2021 d'une expérimentation nationale en la matière. Du fait d'un rapport adopté en septembre, on fait fonctionner des équipes locales d'accompagnement aux aides techniques (ECLAAT) et on a déjà une cinquantaine d'accompagnements en cours depuis septembre. Cela consiste au fait que des ergothérapeutes rencontrent régulièrement des personnes qui ont besoin d'aides techniques et qu'ils aident à les choisir et à savoir les utiliser. Cela concerne à la fois les personnes mais

aussi l'entourage puisque, bien entendu, le fait d'avoir des aides techniques change beaucoup le rôle des aidants.

Sur le deuxième axe qui est de proposer des alternatives à un système basé presque uniquement sur l'achat et de développer un dispositif de réemploi et de recyclage des aides techniques en lien avec l'économie circulaire, on a engagé un travail avec les services de la Région Hauts-de-France pour également impliquer dans ce travail des entreprises de l'économie sociale et solidaire. On espère pouvoir proposer à l'assemblée la mise en œuvre d'une expérimentation d'ici la fin de l'année 2022.

Sur la réduction du reste à charge des usagers, on a enclenché un groupe de travail dans le cadre de la conférence des financeurs avec les principaux financeurs. En effet, en matière de financement des aides techniques, on n'est pas les seuls à intervenir au titre de l'APA ou de la PCH puisque la Sécurité sociale met parfois quelque chose, les mutuelles peuvent mettre quelque chose, la caisse de retraite de la personne peut promouvoir l'achat de certaines aides techniques. On a donc vraiment besoin de se mettre ensemble pour savoir quels sont les « trous dans la raquette ». En fonction de ce groupe de travail, on va proposer d'ici l'été un règlement qui permettra à la conférence des financeurs de prendre en charge ce qui reste à charge une fois que ces différents financements ont été accordés.

Le quatrième axe de ce projet est de promouvoir les innovations. Là, il s'agit de favoriser le développement de nouvelles aides techniques et d'organiser un appui ciblé aux acteurs de l'innovation. À titre d'exemple, le Département accompagne déjà le groupe Eurasanté dans le fait de promouvoir l'innovation, le Département travaille aussi sur un living lab, des lieux de démonstration qui permettent de tester des aides techniques, d'essayer de les améliorer, avec des ingénieurs qui réfléchissent à la façon dont ils doivent être conçus au centre hospitalier de Valenciennes. Voilà donc à titre d'exemples le type d'actions que l'on peut fournir sur cet axe des aides techniques.

Sur l'axe 6, qui porte sur les projets divers d'actions collectives de prévention, un appel à projets pluriannuel en 2020-2021 avait été lancé, qu'on avait appelé à l'époque Phosphor'âge. Il est innovant dans sa forme puisqu'on avait mis en place une boîte à idées numérique à destination des Nordistes. Avec cet appel à projets, on a pu financer 159 projets locaux en favorisant l'initiative d'habitants et la collaboration entre porteurs de projets.

La démarche a été plébiscitée par les porteurs de projets et a permis d'enclencher une dynamique de co-construction. Toutefois, la participation des habitants est restée faible. C'est pourquoi on vous proposera à l'assemblée du 4 avril 2022 un nouvel appel à projets pour 2023 et 2024 qui se déroulera sur une période un peu plus longue que la première fois, d'avril à septembre 2022, afin d'atteindre l'ambition de mobiliser les seniors pour exprimer leurs envies et leurs besoins.

Des ateliers participatifs vont être déployés à l'échelle des EPCI. On est d'ailleurs en train de recruter un prestataire pour nous accompagner dans cet appel à projets.

Également, comme pour l'ancien appel à projets, une boîte à idées numérique va être ouverte pour recueillir les envies et besoins des seniors. On va inciter les porteurs de projets, à partir des besoins exprimés, de nous proposer justement ces projets-là et de les co-construire ensemble.

Les projets seront présentés sous forme de pitch devant un jury de sélection organisé sur les territoires durant la période estivale et on va accompagner cette démarche d'une vaste campagne de communication.

Le contexte de la crise sanitaire et du confinement lié au Covid-19 a vraiment révélé et amplifié l'isolement des personnes âgées et fragiles. Des rapports nous alertent régulièrement sur ces situations de détresse, de solitude et d'isolement de nos aînés. En 2019, 27 % des plus de 60 ans interrogés déclaraient un sentiment de solitude.

Le Département souhaite renforcer son rôle de collectivité de proximité en agissant en faveur de la lutte contre l'isolement social des personnes les plus vulnérables. C'est pourquoi, dès 2020, le Département du Nord, la MDPH et de nombreuses communes nordistes ont décidé de s'emparer de cette question et de construire des réponses de proximité.

À travers la signature de la convention de partenariat pour lutter contre l'isolement des aînés et des plus fragiles en situation de handicap, ils reconnaissent des priorités partagées et la complémentarité de leurs missions. Aujourd'hui, plus de 300 communes ont signé cette convention et se sont engagées aux côtés du Département et de la MDPH.

À titre d'exemple, en 2021, deux dispositifs ont ainsi pu être testés autour d'actions intergénérationnelles. D'une part, un dispositif appelé Atout'âges permet un coup de pouce financier de 500 € pour les jeunes entre 16 et 25 ans. En contrepartie de ce coup de pouce, ils s'engagent pour intervenir au minimum 50 heures en faveur des Nordistes de 60 ans et plus, dans l'aide pour faire les courses, pour l'accompagnement au numérique, pour faire quelques jeux, pour boire un café. Ce sont les communes signataires de cette convention qui accompagnent ces jeunes et qui reversent ce petit coup de pouce que donne le Département.

D'autre part, des actions culturelles ont été lancées cet été. C'est un dispositif qu'on a appelé Culture aux fenêtres. C'est une aide financière aux communes signataires de cette convention qui leur permet de proposer des interventions artistiques en extérieur, soit aux fenêtres ou à la porte des EHPAD, soit dans un endroit un peu stratégique pour que des personnes qui sont à domicile puissent venir.

Ce sont des dispositifs qui ont été relativement bien mobilisés. On a lancé cela pendant l'été et on avait peur de ne pas avoir de répondants. Or, 39 communes se sont saisies du dispositif culturel et 40 communes des dispositifs intergénérationnels.

Le retour de satisfaction du point de vue des personnes qui en ont bénéficié et des communes est très positif. C'est pourquoi, on va vous proposer de continuer ces actions et même de les amplifier avec les thématiques sport et bien-être et également numérique et ludique.

On passe maintenant à un autre axe assez central de la politique du Département qui est de proposer de façon volontariste une politique de valorisation des métiers et d'appui au recrutement des métiers du grand âge.

En 2019, le Département s'est fortement engagé dans une démarche qu'on a appelée le printemps des services d'aide à domicile, qui visait à organiser un dialogue de proximité avec ces services. L'ensemble des propositions, au nombre de 40, a été retranscrit dans un livre vert qui constitue un plan d'action volontariste du Département.

Parmi ces 40 actions, on peut citer notamment la volonté de se rapprocher davantage des services d'aide à domicile, de prendre en compte leurs expertises d'évaluation. Nos équipes y travaillent de plus en plus et le contexte de confinement a un peu favorisé cet axe puisque les services d'aide à domicile étaient un peu les yeux et les oreilles de nos équipes pour voir quels étaient les besoins. C'est l'une des actions qui a été entreprise au travers du livre vert.

Les propositions se sont aussi concrétisées par la signature d'une convention avec la CNSA sur la modernisation des services d'aide à domicile et avec la mobilisation d'un budget global de 8,6 M€ sur trois ans.

Dans le cadre de cette convention CNSA, l'axe fort est le soutien de la transformation du secteur de l'aide à domicile et l'amélioration des conditions de travail. On veut accompagner une transformation des organisations pour des modèles d'équipe plus autonomes avec un pouvoir de décision et de responsabilité plus important. Ces équipes autonomes seront situées en proximité des lieux de vie des usagers et des salariés.

En 2020, un premier appel à projets sur ces transformations organisationnelles a permis de sélectionner 11 services d'aide à domicile couvrant l'ensemble du département et d'impacter sur ces transformations organisationnelles 1 902 salariés, soit plus d'un quart des professionnels du secteur.

Sur ce premier appel à projets, en fonction de la maturité des structures, le soutien financier a été progressif sur cette transformation organisationnelle. Ceci dit, les premières équipes ont été mises en place dès octobre 2020 et une seconde phase est intervenue en avril 2021.

On a toujours pour ambition de soutenir le développement des structures qui vont sur cette réorganisation. Un appel à projets est passé en décembre et, lors de la séance du 4 avril, on proposera de nouveaux services d'aide à domicile qui s'engagent dans cette démarche.

Sur le *slide* suivant, vous avez quelques actions qui ont été faites au regard des difficultés de recrutement du secteur. Le Département a poursuivi son engagement dans une politique volontariste de mise à l'emploi, notamment des allocataires du RSA, par l'intermédiaire de la semaine « Réussir sans attendre », d'une campagne de communication sur les métiers de l'autonomie, l'incitation également au recrutement de salariés issus de l'insertion. Pour exemple, sur l'action de formation et tutorat, on a pu accompagner 250 allocataires du RSA et on incite également les services d'aide à domicile et les EHPAD à développer des groupements d'employeurs pour l'insertion et la qualification, ce qui permet de donner aux professionnels des perspectives d'évolution dans l'emploi et de ne pas rester toujours sur le secteur soit de l'aide à domicile, soit de l'établissement s'ils sont sur l'un ou sur l'autre.

Plus généralement, pour participer à la revalorisation des salaires du secteur, le Département a choisi de revaloriser la prise en charge des interventions des services d'aide à domicile dans le cadre de ses prestations de 1 € par jour. On l'a portée à 22 € par heure dès le 1^{er} octobre 2020, on était précurseur par rapport au tarif national qui vient seulement de passer à 22 €.

Le Département a également compensé dès 2021 – vous l'avez vu lors de la séance de novembre – la mise en œuvre de l'avenant 43, l'accord de la branche des services d'aide à domicile associatifs, en finançant pour un montant total de 8,7 M€, la part du Département étant de 2,6 M€, puisque la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie accompagne également cette revalorisation.

Nous avons un gros enjeu pour faire connaître davantage la politique départementale en faveur des seniors. Madame SEELS souhaite organiser, lors de la semaine bleue qui a lieu en octobre, des assises départementales des seniors. On organise par ailleurs des rencontres territoriales régulièrement, on en a eu dernièrement sur l'habitat. On souhaite vraiment associer les personnes pour bien percevoir leurs besoins, pour essayer de mettre en place des actions qui répondent à l'ensemble de ces besoins et adopter le plus possible une démarche de co-design.

Mme LETARD.- Merci beaucoup, Madame CARBAJAL.

Madame SCAVENNEC.

Mme SCAVENNEC.- Je trouve intéressant dans votre présentation que vous ayez indiqué cet axe de prévention de la perte d'autonomie puisque, effectivement, et c'est aussi en grande partie pour cela qu'on est là, cela concerne la question financière, toute la question étant de prévenir la perte d'autonomie puisque, à partir du moment où on est dans une situation de dépendance, les besoins financiers sont définitifs, on ne peut plus revenir en arrière. Il y a donc une source évidente d'économie grâce à la prévention de la perte d'autonomie.

J'ai bien compris qu'il y avait l'appel à projets Phosphor'âge. Est-il possible d'avoir un bilan plus précis de cet appel à projets, des projets présentés et surtout de tout ce qui n'a pas été présenté ?

Je voulais savoir quels sont les lieux de concertation avec les usagers et les aidants pour pouvoir identifier les besoins réels et les attentes, de manière à pouvoir orienter l'appel à projets vers des besoins déjà identifiés.

Par ailleurs, j'ai une remarque sur les conventions avec les communes au sujet de la lutte contre l'isolement. Je m'interroge sur les modalités qui sont proposées. En effet, pour les services civiques, les jeunes de moins de 25 ans, il y a trois aspects dans la convention, soit la bibliothèque à domicile, soit le service civique pour les services divers, soit la culture. Sur la culture, je n'ai rien à dire. En revanche, sur les services divers pour les services civiques, on sait tous ici que ce sont soit de très belles rencontres, soit des échecs et, dans tous les cas, même dans l'hypothèse où ce sont des belles rencontres, cela ne dure que six mois au maximum. Avec un public âgé en situation de perte d'autonomie, c'est tout de même un peu risqué, c'est compliqué de devoir changer de tête tous les six mois.

Je m'interroge très sérieusement sur l'opportunité de cette modalité d'action. Est-ce vraiment adapté ? Sachant que cela demande aux communes un gros effort d'accompagnement et aussi d'assurance, qui est responsable en cas de problème ?

Dans le rapport aux communes, il y a, pour la commune qui voudrait mettre en place cela, un coût nettement supérieur à l'offre du Département qui est juste la prise en charge du service civique.

Mme LETARD.- Merci, Madame SCAVENNEC.

Avant de répondre à Madame SCAVENNEC, je propose d'entendre Michèle GREAUME

Mme GREAUME.- Merci, Madame la Présidente.

Je tiens d'abord à vous féliciter pour cette présentation très détaillée.

J'interpelle concernant les appels à projets. Par rapport à tous les appels à projets qui peuvent exister, aussi bien des demandes de subventions, de coordination, pour les autorisations de service d'aide à domicile, il serait important que les motifs du refus soient bien notés.

Aujourd'hui, des dossiers anciens sont toujours bloqués. Je regrette d'ailleurs que Madame SEELS ne soit pas là. Nous avons des problématiques sur Watt'Home Valenciennes et Watt'Home Onnaing. Plusieurs associations ont d'ailleurs déposé des appels à projets et se retrouvent en difficulté.

Je pense qu'il faut, dans le cadre de cette mission, faire un point par rapport à tous les appels à projets pour mieux commencer sur de bonnes bases.

Mme LETARD.- Y a-t-il une question complémentaire ?

Béatrice DESCAMPS.

Mme DESCAMPS.- Je voulais simplement préciser ce que disait Michèle GREAUME. Effectivement, ce sont des dossiers sur lesquels nous travaillons, particulièrement celui de Watt'Home Onnaing où il y a quelques interrogations.

Des réponses ont été faites à des appels à projets. Aujourd'hui, on leur apporte des réponses négatives. Je me suis, avec Madame GREAUME, rapprochée de Madame SEELS et on va pouvoir échanger le mois prochain avec les services, mais il y a de vraies interrogations.

Suite à cet échange avec ces représentants de Watt'Home sur notre territoire, nous avons rencontré d'autres associations à la demande de Watt'Home qui organisait une réunion. C'est vrai qu'il y a quelques interrogations sur ces réponses à appels à projets dont certaines sont pour l'instant négatives et sans explication.

Je reprends ce qu'a dit Madame GREAUME, je ne suis là pour juger mais nous avons besoin, pour échanger justement avec ces personnes, d'avoir aussi les informations. Je pense que c'est ce que Madame GREAUME voulait dire.

Mme GREAUME.- Merci, Béatrice. C'est exactement cela, pour mieux travailler et avoir de bonnes bases.

Mme LETARD.- C'est un peu à côté de notre sujet APA, mais on est dans la politique globale.

C'est l'occasion, Madame CARBAJAL, de vous faire remonter très concrètement des sujets qui interrogent sur le territoire.

Je vous propose de nous dire ce que vous en savez à ce jour, de donner quelques premières précisions, mais cela anticipe de toute façon quelque chose que, à mon avis, vous êtes en train de préparer, c'est une première évaluation de ce qui se passe pour permettre de tirer les enseignements et voir assez rapidement comment travailler avec les acteurs territoriaux sur ces sujets. En tout cas, si vous pouvez déjà apporter quelques éléments de précision sur ces motivations de refus ou difficultés, c'est une première chose.

Je voudrais compléter ce que vous avez dit sur la partie formations, groupements d'employeurs, tout ce qui est accompagnement des professionnels dans une montée en qualification et pour sécuriser les

professionnels, parce que c'est aussi un sujet qui me tient beaucoup à cœur. Je pense qu'on est à un moment où on aura besoin de recruter beaucoup, de professionnaliser, d'améliorer la qualité de prise en charge. Les GEIQ sont un outil qui permet d'avoir pour les salariés des conditions de travail mieux organisées parce que, quand on a un groupement d'employeurs, on peut mieux organiser la répartition des emplois et le contrat de travail des salariés, y compris leur formation.

Ma question la suivante : Est-ce que ces GEIQ vont être territorialisés ? Comment vont-ils s'organiser ? Un groupement d'employeurs doit se situer à proximité du bassin d'emploi. Comment organisez-vous cela ?

Mme CARBAJAL.- Sur les GEIQ, c'est un peu à l'initiative des employeurs que l'on a, mais, bien évidemment, il y a une logique territoriale à tout cela. De ce que j'en connais – mais, encore une fois, réservez vos questions sur des séances à venir, avec notamment les services d'aide à domicile –, ceux qui existent le sont à l'échelle de nos directions territoriales qui peuvent être assez grandes notamment quand il s'agit des directions territoriales du sud du Département. On a essayé de prendre en compte cette réalité territoriale.

J'en viens aux questions posées sur la motivation des refus, notamment par rapport à Watt'Home. Watt'Home est encore accompagné sur une partie de ses projets, notamment en ingénierie.

Par rapport à ce qui a été refusé, je vais répondre de mémoire, je ne pensais pas que l'on serait auditionné là-dessus puisque Watt'Home est un dispositif d'habitat inclusif. Effectivement, le Département a une politique très volontariste là-dessus. Watt'Home a été accompagné là-dessus et l'État a, par le biais de l'aide à la vie partagée, mis un cahier des charges qui, bien entendu, ne colle pas forcément à tous les projets.

Watt'Home continue d'être accompagné pour entrer dans ce cadre. Ils ont eu des accompagnements, des explications. Ils ne sont pas forcément d'accord avec notre analyse et c'est ce que l'on travaille également avec eux, mais c'est bien dans ce cadre qu'on essaye d'accompagner notamment Watt'Home sur le fait d'entrer dans le cahier des charges national de l'habitat inclusif. On verra ensuite si on garde une politique volontariste pour accompagner des projets qui n'entrent pas forcément dans ce cadre, mais, comme on a une compensation assez importante de l'État sur le cadre national, on a plutôt intérêt à ce que nos projets rentrent dans ce cadre.

Je prends note en tout cas qu'il y a besoin d'explications et d'éléments de terrain. On les fera remonter via les circuits pour que l'ensemble des élus puissent avoir des explications par rapport à ce qui se passe.

Cela dit, ce n'est pas le même appel à projets que les nombreux appels à projets que j'ai cités un peu rapidement. Là, on est vraiment sur une politique qui intègre d'ailleurs la conférence des financeurs, puisque l'habitat inclusif, depuis cette création de l'aide à la vie partagée, va faire partie des éléments à chaque conférence des financeurs qui seront discutés lors des différentes assemblées.

Pour répondre à votre question sur les services civiques, on propose justement de ne pas reconduire ce dispositif des services civiques, pour les raisons que vous avez données et aussi parce qu'il y a déjà suffisamment d'aides pour les différentes structures. Les services civiques n'étaient pas forcément dédiés qu'aux communes, ils étaient étendus à l'ensemble des partenaires, mais on propose de les arrêter puisque, pour le coup, on était complémentaires d'autres financements, ces services civiques sont déjà bien aidés par l'État.

Sur l'autre dispositif qu'on a proposé aux communes, Atout'âges, c'est du bénévolat, on n'est pas dans le cadre d'un service civique ou d'un contrat de travail. Je vous rejoins, il y a un investissement assez important des communes. Ceci dit, le retour de celles qui l'ont fait est qu'elles avaient déjà des jeunes qui gravitaient autour d'elles, qu'elles les accompagnaient pour favoriser des liens et ce coup de pouce leur a permis de valoriser cela. C'est aussi en lien avec ce retour que l'on propose de continuer ce dispositif.

En tout cas, si les jeunes qui se sont engagés veulent continuer au-delà de six mois à aller voir les personnes qu'ils ont vues pendant ces 50 heures d'intervention, ils peuvent bien entendu le faire,

puisque ce sont des jeunes de la commune qui vont voir des personnes âgées de la commune, ils sont sur le même territoire.

Sur la première question qui a été posée qui était de savoir si on pouvait présenter un bilan des actions collectives de prévention qui ont été faites dans le cadre de Phosphor'âge, c'est un appel à projets qui a couvert des projets qui se sont déroulés sur 2020 et 2021. On va donc construire maintenant ce bilan, cette évaluation. Par contre, on va vous présenter le bilan des actions collectives qui avaient été menées en amont. Il y a une séance sur la prévention où on a une évaluation qui date de 2019 des actions collectives qui avaient été menées.

L'autre question portait davantage sur la façon dont on peut associer les seniors. Comme je vous l'ai dit, pour l'appel à projets 2022-2023, on amorce la pompe avec la boîte à idées numérique et également des ateliers participatifs. Je ne peux pas encore vous dire les modalités pratiques puisqu'elles sont en cours de travail de ces ateliers participatifs, mais l'idée est, à l'échelle des EPCI, d'aller vraiment chercher les seniors pour travailler avec eux sur la définition de leurs besoins, de leurs envies, voir comment on peut les inciter. En effet, on fait des ateliers pour prévenir la perte d'autonomie, ce n'est pas très vendeur, je pense que peu de monde a envie d'y aller si on le présente ainsi. On veut donc vraiment se baser sur ces ateliers participatifs pour adapter la communication et les projets qui seront présentés pour un financement 2023-2024. On a six mois de préparation le plus possible avec les usagers, des ateliers participatifs, une boîte à idées numérique et le fait d'essayer de prendre en compte l'ensemble de ces besoins.

Dans les appels à projets sur la prévention, pour le premier, on n'avait pas du tout consulté ; pour le deuxième, il y a eu la boîte à idées numérique et un jury composé de certains représentants de personnes âgées pour sélectionner les projets, mais on n'avait pas eu suffisamment de retours dans la phase amont. Là, on prend vraiment le temps de construire cet appel à projets selon les besoins. On aura donc, je l'espère, une belle dynamique d'avril à septembre auprès des seniors pour faire en sorte que les actions que l'on finance répondent vraiment aux besoins des populations.

Mme LETARD.- Y a-t-il d'autres questions ? (*Plus aucune*).

Je passe la parole à Monsieur COUSTELIER pour la partie suivante.

❖ État des lieux de l'APA dans le Nord

M. COUSTELIER.- Avant de commencer la présentation plus particulière de l'allocation personnalisée d'autonomie, nous avons souhaité mettre cette prestation en perspective et en visualisation de tout le panorama des aides qui existent aujourd'hui en matière de perte d'autonomie et de fragilité, notamment pour les personnes âgées.

Le Département vient de finaliser un premier palier de réflexion avec la CARSAT et avec les CPAM, à venir avec la MSA et les mutuelles, pour se repérer dans tout ce qui peut exister en termes de prestations.

Ces prestations sont de plusieurs ordres. Il y a d'abord des dispositifs sanitaires, par exemple l'hospitalisation à domicile servie par les CPAM, les services de soins infirmiers à domicile servis par les CPAM.

Nous trouvons ensuite des dispositifs médicosociaux dans lesquels nous allons de façon particulière retrouver l'APA servie par le Département, mais aussi la PCH, mais aussi des prestations servies par les CARSAT et les CPAM en fonction du niveau de dépendance, du niveau de fragilité, en fonction des ressources, en fonction des statuts (retraités ou non), etc.

Nous avons également dans tout ce panorama des dispositifs sociaux de prévention de santé, essentiellement servis par les CPAM et les CARSAT.

Je n'entre pas dans les détails. L'idée est de faire un premier rapport sur cet environnement qui peut parfois paraître assez compliqué à décrypter, aussi bien pour les usagers que pour les professionnels, et d'avancer éventuellement avec nos partenaires et nos prestataires sur ces dispositifs pour plus de clarté, de lisibilité, de travail en commun entre les uns et les autres, pour plus de cohérence dans l'intérêt de servir le mieux possible le parcours des usagers.

J'en viens plus spécifiquement à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Elle est instituée par la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées. Cette loi vient remplacer la précédente allocation qui était la prestation spécifique dépendance, qui était assez récente puisqu'elle datait de 1997, qui elle-même remplaçait tout un système encore plus compliqué de prestations qui étaient servies directement via les Cotorep.

En 1997, on a essayé de simplifier un peu, d'élargir le dispositif et de prendre en compte le public qui commence à devenir de plus en plus nombreux et à représenter un défi pour la société et le suivi des personnes âgées, à travers l'institution de cette fameuse prestation spécifique de dépendance, prestation spécifique de dépendance dont on va assez vite voir les limites. Dans ces années-là, environ 800 000 personnes au niveau national étaient en principe aptes à relever de ce dispositif et, de fait, on ne constatait que 135 000 bénéficiaires de cette prestation, tous départements confondus.

L'analyse qui en a été faite était la suivante. On avait des conditions de ressources assez drastiques, avec des plafonds très peu élevés. Pour information, la prestation la plus importante dans le cadre de cette PSD était de moins de 900 € (en francs à l'époque), ce qui est assez bas par rapport au plafond de l'APA que nous verrons tout à l'heure. C'était une prestation limitée, qui ne concernait que les publics assez dépendants, pas forcément peu dépendants. L'APA s'est lors ouverte à un public plus large. C'était aussi une prestation qui était récupérable sur succession, ce qui pouvait poser un frein notamment dans les demandes des usagers et de leur entourage, avec des disparités départementales dans le service de la prestation.

La loi de 2001 vient tenter de dépasser tout cela en créant l'APA qui concerne aussi bien les personnes en perte d'autonomie qui restent au domicile, la majorité de nos allocataires, que les personnes qui sont en établissement médicalisé, notamment les EHPAD.

Une deuxième loi importante, la loi de 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement – qu'on a parfois appelée la loi APA 2, tellement elle a bouleversé l'économie de cette prestation dans ce qu'en avait dit le législateur en 2001 – vient vraiment booster encore plus les possibilités en termes financiers de délivrer la prestation de façon beaucoup plus importante en limitant le coefficient de participation du bénéficiaire, en tentant de le minorer et en ouvrant sur d'autres types de prestations et de reconnaissances de droit, notamment le droit aux aidants, le droit au répit pour le bien-être des personnes aidantes – elles existaient, elles étaient vues, connues, mais peu conscientisées et peu repérées par nos politiques publiques –, ainsi que d'autres types de prestations possibles, des aides plus ponctuelles, notamment des aides techniques d'aménagement du logement.

En 2015, c'est vraiment quasiment une réécriture du Code de l'action sociale et des familles en vue d'augmenter les possibilités de l'APA.

J'ai noté la définition l'article L.232-1 du Code de l'action sociale et des familles. Cette allocation concerne toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie lié à son état physique ou mental. Cette personne a droit à une allocation personnalisée d'autonomie prise en charge en fonction de ses besoins.

Il y a aussi l'idée, à travers la mise en place de l'APA, du plan d'aide, d'un plan de compensation et non plus simplement d'une allocation versée aux bénéficiaires. Ce plan d'aide est adapté à la situation concrète, à l'environnement concret de la personne suite à une évaluation médicosociale.

Les conditions d'attribution

- C'est une allocation versée mensuellement lorsque les personnes en sont bénéficiaires.
- C'est une allocation qui est accordée sans limitation de durée. C'est exceptionnel par rapport à l'environnement des autres prestations, notamment des prestations de la CARSAT.
- C'est une prestation révisable, notamment en cas d'aggravation de la situation du bénéficiaire.
- C'est une prestation en nature, non récupérable et soumise à effectivité. Il faut savoir que, pour toutes les aides qui sont apportées aux bénéficiaires, quelles que soient les modalités des heures d'aide humaine, des aides techniques, des aménagements du logement, toutes ces sommes doivent être utilisées et mises en œuvre pour la prestation.
- Il n'y a pas de conditions de ressources pour entrer dans le dispositif, mais nous verrons que les ressources ont un impact sur le coefficient de participation.
- Le délai de traitement est de deux mois, de la complétude administrative du dossier jusqu'à la notification du droit. L'idée du Département est que ce soit une demande d'allocation personnalisée d'autonomie, il acte que celle-ci est complète avec des pièces justificatives très simples. Tout à l'heure, on distribuera un dossier de demande. Il faut un avis d'imposition, un RIB, une carte d'identité. Dès que ces pièces sont fournies, le document est réputé complet et le Département a deux mois pour évaluer la situation et la notifier en accord ou en rejet vis-à-vis du demandeur.
- Cette évaluation nécessite une évaluation médicosociale, qui ne fait pas partie d'un calcul administratif mais qui relève de ce qui se passera en termes de constats, d'échanges, de dialogues, de repérages de besoins à l'occasion notamment d'une visite à domicile lorsqu'il s'agit d'une première demande.
- Il y a possibilité de demander cette allocation en urgence. Le Code le prévoit et, aujourd'hui, le Département met en œuvre un dispositif particulier qu'il tente actuellement de réviser, afin de permettre une notification du droit dans les meilleurs délais plutôt que d'attendre le maximum de deux mois et de verser momentanément un plan ou une allocation qui n'est pas tout à fait définitive. L'idée pour le Département, même en sortie d'hospitalisation dans un caractère d'urgence, est de pouvoir de par ses évaluateurs médicosociaux proposer un plan sécurisé pour l'avenir dans un délai de deux ou trois mois qui sera ensuite revu et révisé.

C'est une allocation universelle dans le sens où elle s'adresse à ce large public, une allocation qui n'est pas unique – en introduction, nous avons vu ce panorama de toutes les autres aides existantes – et une allocation qui est soumise aussi à un régime d'incompatibilité ou de droit d'option.

Les personnes qui touchent aujourd'hui la majoration tierce personne, celles qui touchent des aides ménagères versées par les caisses de retraite ou par l'aide sociale du Département ne peuvent pas en principe entrer dans le dispositif de l'APA. Le législateur a prévu un droit d'option avec la PCH ; les personnes de plus de 60 ans qui bénéficient de la PCH peuvent la conserver, mais également faire valoir leur droit d'option avec l'APA après examen, comparaison et étude des différents plans d'aide dans leur constitution et dans leur montant.

Il y a également la possibilité de cumuler avec l'allocation compensatrice pour tierce personne, qui est un peu l'ancêtre de la PCH.

Les critères d'attribution : pour bénéficier de l'APA, il faut

- être âgé d'au moins 60 ans ;
- attester d'une résidence stable et régulière sur le territoire national, avec la notion de domicile de secours ; le Département qui prend en charge le traitement, l'instruction et le paiement de l'allocation de l'APA est le département sur lequel la personne a résidé au moins trois mois ;
- avoir un niveau de perte d'autonomie au moins égal au GIR 4.

Le GIR est une notion très technique, mais fondamentale dans l'allocation. Ce GIR correspond à un niveau de perte d'autonomie pour la personne âgée. Il est calculé à travers une grille AGGIR qui

reprend un peu toutes les fonctionnalités et, en fonction de l'examen des fonctionnalités, de la capacité à faire ou ne pas faire seul ou non les fonctions listées dans la diapositive 24, l'évaluateur médicosocial, selon les constats, va aboutir à un résultat sur le GIR selon la grille qui est dans le Code de l'action sociale et des familles qui est normée et qui, de par un logarithme mais à partir de constats très précis et étudiés, arrive à la détermination d'un niveau de dépendance, de perte d'autonomie.

Ce niveau de perte d'autonomie est possible, sur la grille AGGIR, du GIR 1 au GIR 6, sachant que les personnes placées dans le GIR 1 sont les plus dépendantes par rapport aux personnes placées dans le GIR 6.

- Dans les GIR 1 et 2, ce sont des personnes très dépendantes, souvent alitées, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une aide en permanence.
- Dans les GIR 3 à 5, ce sont des personnes qui ont une dépendance plus partielle, soit plutôt physique, soit plutôt mentale, mais qui ont besoin d'une aide régulière ou ponctuelle sur des fonctions essentielles comme les transferts, l'habillage et la toilette.
- Dans le GIR 6, ce sont des personnes encore autonomes pour les actes essentiels de la vie courante, mais qui peuvent parfois montrer des signes de fragilité qui font que, si elles ne peuvent pas être retenues pour l'APA, elles pourront l'être par les caisses de retraite.

Le Département intervient sur les publics en perte d'autonomie puisque, pour pouvoir être pris en charge par l'APA, il faut relever d'un GIR 1 à 4.

Nous avons noté pour information les plafonds, ce sont les niveaux maximums que peut connaître l'allocation lorsqu'elle est évaluée. Une personne en GIR 1 peut se voir attribuer une allocation allant jusqu'à 1 807 € ; 1 462 € en GIR 2, 1 058 € en GIR 3 et 706 € en GIR 4.

Je vous avais mis aussi, pour exemplariser l'idée de la loi ASV de 2015 qui était l'objet de la revisite de l'APA, l'évolution des plafonds des GIR. En 2015, le plafond du GIR 1 qui est aujourd'hui à 1 807 € avait été revalorisé de plus de 400 €, le GIR 2 de plus 250 €, le GIR 3 de 150 € et le GIR 4 d'une centaine d'euros.

C'est donc une réforme conséquente et, lorsqu'on parle de plus 400 € en GIR 1, c'est à peu près une vingtaine d'heures, ce qui veut dire que la personne peut bénéficier de 4 à 5 heures supplémentaires d'intervention par semaine par rapport à avant 2015. C'est une manière assez importante de revaloriser la possibilité d'accorder les aides financières.

Mme SCAVENNEC.- (*Inaudible, hors micro*).

M. COUSTELIER.- Ce sont effectivement les plafonds de l'APA à domicile.

Sur l'APA à domicile, retenons l'idée d'un plan d'aide. Une personne qui a une allocation est une personne qui a un plan d'aide qui a été défini, proposé dans son contenu par l'évaluateur médicosocial et qui a été accepté par la personne.

Nous avons essentiellement dans nos plans d'aide des heures d'aide à la vie courante et des heures d'accompagnement de la personne. Toutes ces heures sont des heures de ménage, des heures d'aide à faire les courses, mais aussi et surtout des heures pour effectuer les transferts au sein des domiciles, effectuer les toilettes, préparer les repas et éventuellement donner les repas.

Cela dit, nous n'avons pas que des heures d'aide humaine même si celles-ci constituent la majorité des plans d'aide. Nous avons la possibilité d'accorder et de financer des accueils de jour, notamment pour les publics ayant des maladies neurodégénératives (Alzheimer et autres), nous avons la possibilité aussi de financer des hébergements temporaires comme en EHPAD, nous avons la possibilité d'aménager des logements et de fournir des aides techniques, ainsi que la possibilité de prendre en compte des aides liées au répit des aidants, ce qui était la nouveauté de 2015.

Mme LETARD.- (*Hors micro*).

M. COUSTELIER.- Dans les plafonds du GIR, il y a un maximum. Pour un GIR 1, on ne peut pas aller à une allocation au-delà de 1 800 €.

Ces montants dépendent du contenu des prestations qui ont des prises en charge financières particulières. Par exemple, aujourd'hui, dans le département du Nord, une heure d'aide humaine dans un plan d'aide égale 22 €.

Le travail de l'évaluateur médicosocial et la responsabilité du Département sont de prendre en compte l'environnement de vie, le choix des personnes, le mode de vie, les besoins particuliers, la présence ou non de personnes aidantes, puisqu'une personne seule n'a pas les mêmes besoins en termes de plan d'aide qu'une personne isolée pour qui le plan d'aide aura tendance à être plus conséquent puisqu'il faudra apporter de l'aide aux repas ou de l'aide à la toilette. Tous ces critères et tous ces constats médicosociaux et objectifs vont faire comprendre la définition du plan de compensation. Par exemple, une personne qui vit au rez-de-chaussée avec tous ses équipements au rez-de-chaussée n'aura pas les mêmes besoins qu'une personne qui est sur plusieurs étages et qui a du mal à se déplacer entre étages.

Pour une personne qui a le même niveau de perte d'autonomie, le plan d'aide n'est pas nécessairement identique. Le plan d'aide va vraiment dépendre des besoins nécessaires à la personne pour pouvoir continuer à vivre à son domicile dans les meilleures conditions. L'idée de l'APA, notamment depuis 2015, est d'œuvrer encore plus en augmentant les possibilités de cette prestation pour que les personnes restent le plus longtemps possible, en fonction de leur choix, à leur domicile.

Mme CARBAJAL.- (*Hors micro*).

Mme LETARD.- Chaque Département définit son référencement, mais en fonction de quoi le fait-il, de moyens, d'outils dont on dispose départementalement et qui peuvent être différents ? Quelles différences peut-on constater entre départements ? Est-ce qu'il y a de grandes différences ou est-ce qu'il y a une espèce d'harmonisation des plans d'aide au niveau des départements, pas dans leur montant, plutôt dans les outils, la nature des prises en charge, de ce qui est autorisé dans un plan d'aide ?

Mme CARBAJAL.- (*Hors micro*).

M. COUSTELIER.- D'où l'effort d'harmonisation ne serait-ce qu'au sein du Département entre les territoires, avec déjà une cohérence sur son territoire en fonction des plans d'aide, mais sans référencement à un quelconque référentiel national.

Cette diapositive vous donne un ordre d'idée sur les coefficients de participation. En fonction des revenus, le bénéficiaire va participer ou non à son plan d'aide.

- Sur l'APA à domicile, pour les revenus inférieurs à 817 € par mois, le coefficient de participation est égal à 0, le Département paie intégralement l'allocation.
- Pour les revenus entre 817 € et un peu plus de 3 000 €, il y a une progression de 0 à 99 % de participation. Plus les revenus augmentent, plus le montant du plan monte également, plus la participation sera importante.
- Il y a un couperet à plus de 3 000 € où la participation de l'utilisateur est à 90 % sur l'allocation proposée par le Département.

En ordre d'idée, les coefficients égaux à zéro représentent à peu près 40 % de notre population d'APA à domicile au niveau du Département du Nord.

Au-delà de ce coefficient de participation, il reste la notion de reste à charge. Avec le coefficient de participation, peuvent aussi se cumuler des différences entre la prise en charge départementale et le tarif du prestataire ou de l'EHPAD quand ils sont sur l'accueil de jour ou autres.

Sur tous ces restes à charge, il y a la possibilité pour le bénéficiaire de récupérer un crédit d'impôt de 50 %.

Pour arriver sur la participation des bénéficiaires en EHPAD et unités de soins de longue durée, vous avez aussi un système de participation qui est aussi soumis au crédit d'impôt.

Avec l'APA à domicile, on compense des besoins à travers un plan d'aide. Avec l'APA établissement, la personne est accueillie dans la structure médicalisée et cela ne fait pas l'objet d'un plan de compensation, le Département prend sa part dans la partie financement de la dépendance de l'EHPAD.

On a souhaité aussi vous indiquer le montant moyen de participation pour que vous ayez un ordre d'idée. Ce sont des montants moyens par mois. Pour les personnes à l'APA à domicile, sur 2021, la participation moyenne par mois de nos presque 32 000 bénéficiaires était de 122,07 € pour le bénéficiaire et en établissement de presque 200 €.

Les ressources prises en compte pour calculer ce coefficient sont essentiellement les revenus déclarés sur l'avis d'imposition ou de non-imposition. On prend également en compte le revenu des conjoints.

Mme LETARD.- Qu'est-ce qui justifie un tel décalage entre le montant maximum des grilles AGGIR et la prestation moyenne ?

M. COUSTELIER.- Je vous ai donné le coefficient de participation. Nous verrons plus tard le montant moyen des plans. Là, c'est la contribution. Pour le Département, le montant moyen des plans est d'un peu plus de 670 € en moyenne, tout confondu. On est tout de même en deçà des maxima. Dans ces 670 €, la contribution moyenne est de 18 %. La moyenne départementale est de presque 700 € pour un plan d'aide en APA à domicile, avec en moyenne 18 % de participation du bénéficiaire, sachant que certains sont exonérés et d'autres paient plus cher.

Mme SCAVENNEC.- (*Hors micro*).

M. COUSTELIER.- Il peut avoir cette information en amont lorsqu'il s'informe, mais il l'a précisément concernant cette situation particulière au moment de l'évaluation médicosociale. À ce moment-là, le dialogue qui est organisé par l'évaluateur médicosocial sur la constitution du plan d'aide arrive à déterminer le coefficient de participation. Cette personne, dans la proposition qui est faite le jour de la visite, connaît la somme qu'elle devra verser elle-même et cette somme est d'ailleurs rappelée sur la proposition du plan d'aide.

Mme SCAVENNEC.- Avec les données dont il dispose de la part de son médecin traitant par exemple, est-ce que la famille a, avant la demande et avant cette évaluation médicosociale, des outils comme un petit outil de calcul, de simulation ? Est-ce que cela existe ?

M. COUSTELIER.- Il y a des simulateurs, mais, concrètement, pour avoir le montant exact, il faudra attendre l'évaluation médicosociale puisque cette participation va dépendre du contenu du plan d'aide.

Il connaît le montant exact. Le jour de la visite, on est en capacité de l'avoir de par les outils. Dans nos process d'organisation – nous avons des process numérisés –, lorsque l'évaluateur va à domicile, il a l'information des ressources et c'est le niveau des ressources qui est déclaré lors de la demande qui va déterminer le coefficient de participation.

Avec le niveau de ressources, rapproché du contenu du plan d'aide en termes de prestations et du niveau de prise en charge départemental, le jour de l'évaluation, la personne et ses aidants – puisque, lors de l'évaluation, les personnes sont rarement seules, elles sont souvent accompagnées de leur conjoint, de leurs enfants ou autres – connaîtront concrètement la somme qui dépendra directement de leurs ressources, somme qui sera rappelée à l'occasion de la proposition du plan d'aide et qui est également dans la notification.

Mme CARBAJAL.- On ne peut pas à l'heure actuelle se dire « je suis dans telle tranche de revenus, j'ai tel pourcentage de participation ». Dans le calcul national de la participation, il y a un phénomène d'algorithme qui fait que, à ressources identiques, le coefficient de participation ne va pas être le même. C'est à l'issue de l'évaluation que l'on pourra donner cette information à la personne.

Mme SCAVENNEC.- Cet algorithme est national ?

Mme CARBAJAL.- Oui.

Mme SCAVENNEC.- Il est connu par l'ensemble des partenaires ?

Mme CARBAJAL.- Oui, c'est dans le Code.

Intervenante.- La personne va connaître sa prise en charge au niveau de l'APA, mais, une fois qu'elle va faire appel à une association, le montant à charge sera aussi différent. Parfois, la famille a du mal à comprendre ; le Département lui dit qu'elle va payer telle somme et, finalement, sur la facture, elle paye parfois plus cher parce que l'association va mettre un différentiel en place, des frais de dossier, elle a parfois 20, 30 ou 50 € en plus.

Mme LETARD.- Ils n'ont aucun moyen et on n'a aucun moyen de le spécifier au moment de la discussion avec la personne.

Intervenante.- Cela dépend des associations.

Mme LETARD.- Oui.

M. COUSTELIER.- C'est pourquoi on a distingué la participation qui, elle, est connue par le Département et par le bénéficiaire, du reste à charge auquel peuvent s'ajouter d'autres frais au-delà de la participation, notamment la différence dans les tarifs des services d'aide à domicile, comme vous le disiez. La prise en charge départementale est de 22 € de l'heure, mais, par délibération, il est possible pour ces services d'aide à domicile d'aller chercher au-delà et d'aller chercher jusqu'à plus de 80 € par mois pour chaque bénéficiaire.

On essaie d'informer le plus clairement possible, même si l'accès à ces outils n'est pas forcément l'accès le plus facile. Toutes ces informations sont en principe reprises sur le site du Département où les tarifs des services d'aide à domicile sont affichés. Pour constituer un plan d'aide et pour le notifier, les personnes ont en principe dû choisir un prestataire. Souvent, les personnes qui travaillaient déjà avec un prestataire gardent le même, mais financé par l'APA, alors qu'il était financé hors APA, via la CARSAT ou autres. Il y a aussi les informations que peuvent donner, sous toutes réserves et sous toutes nuances, tous les professionnels qui alertent au moins sur cette possibilité de tarif supérieur aux prises en charge départementales. Il faut voir dans quelles conditions.

Là-dessus, on compte aussi sur la clarté et la bonne information de tous les services d'aide à domicile concernant ces suppléments pour lesquels, lorsqu'on avait donné la possibilité d'aller chercher un peu plus que le tarif départemental, on avait travaillé avec certains pour plus de lisibilité et éviter des frais qui n'avaient pas lieu d'être.

Je vais dire quelques mots sur les modalités de paiement. On a du mal à s'imaginer comment est payé l'APA, si les personnes reçoivent un chèque.

Pour ce qui concerne les heures d'aide humaine, cela peut être versé de trois façons différentes :

Si le bénéficiaire emploie directement une personne dans le cadre de l'emploi direct, le Département verse à l'usager des CESU préfinancés pour que celui-ci puisse payer le salaire net de la personne. Le Département prend en compte aussi le paiement des charges.

Le deuxième système est l'appel à un service mandataire. C'est une aide pour les bénéficiaires et leur famille pour aller recruter, faire les contrats de travail des employés directs qui peuvent intervenir régulièrement au domicile. Le Département prend en charge également par le financement et l'envoi de CESU préfinancés à ces bénéficiaires et par le paiement des charges sociales et des frais de gestion de mandat directement à la structure.

Enfin, le troisième système, le plus répandu, est celui du recours à un prestataire, à savoir un des nombreux services d'aide à domicile du Département. Dans ce cas, les heures prestées par ces structures sont déclarées au Département qui paiera directement la structure pour le temps passé. C'est neutre pour le bénéficiaire, excepté d'éventuels restes à charge.

Pour tout ce qui concerne certains types de prestations (téléalarme, accueil de jour), ce sera plutôt un paiement sur le compte bancaire en début de mois pour que les personnes aient les fonds et les financements pour honorer leurs factures en fin de mois.

Pour les aides techniques ponctuelles, les aides au répit en cas d'hospitalisation de l'aidant ou autres, ce sera plutôt un remboursement de factures envoyées par les bénéficiaires aux services départementaux.

Enfin pour l'APA établissement, on est aujourd'hui sur un système de dotation globale que verse le Département ou de paiement trimestriel pour certains EHPAD.

Je vous donne des exemples de prises en charge. Une aide humaine est prise en charge à hauteur de 22 € par heure dans un plan d'aide, un emploi direct à hauteur de 12,10 €, un accueil de jour à hauteur de 41 €, un hébergement temporaire de 31 €, la télé assistance 7,36 €, etc.

Avec cette diapositive, vous comprenez bien que, si une personne a de la participation, si on met un accueil de jour à 41 €, on n'aura pas le même impact financier si on met à la place une heure d'aide à la vie humaine de 22 €. C'est vraiment le plan d'aide qui va déterminer en fonction des ressources le niveau précis de la prise en charge du bénéficiaire sur son plan d'aide.

Cette prestation dépend effectivement de pas mal de critères : du niveau de perte d'autonomie en fonction du GIR, de l'environnement du bénéficiaire et de ses besoins de compensation, du contenu du plan d'aide – comme on le disait, à perte d'autonomie comparable, on n'a pas les mêmes plans que l'on habite en urbain ou en rural, que l'on soit accompagné d'un aidant ou non, que l'on ait besoin d'un accueil de jour ou non –, en fonction du choix des modes d'intervention puisque les heures des prestataires sont prises en charge à 22 € par le Département alors qu'une heure d'un emploi direct est de 12,10 €. Il y a également le coefficient de participation qui joue dans la prestation, qui, sur certains aspects, en termes de bonne information aux usagers pour qu'ils se déterminent, peut parfois paraître complexe.

M. MANIER.- Je voulais d'abord vous remercier pour ces différentes présentations complètes et pédagogiques.

J'ai une question. Par rapport à l'évaluation, au plan d'aide, si nous avons bien compris, il y a deux mois pour établir un premier GIRage. Est-ce qu'il y a une absolue nécessité de respecter ces deux mois ou est-ce une préconisation ? Où en sommes-nous dans le Département du Nord ?

Ensuite, si j'ai bien compris, au départ, une évaluation était faite par un binôme et, de mémoire, ce binôme était constitué d'une personne plutôt issue du social et d'une personne issue du médical. J'aimerais savoir si ces binômes travaillent encore aujourd'hui à l'évaluation du GIRage.

Dernière question, lorsqu'il s'agit de réévaluer le GIRage, est-ce que nous sommes tenus par le même délai ou non et où en sommes-nous sur la réévaluation du GIRage dans le Nord ?

M. COUSTELIER.- Le délai de deux mois est le délai réglementaire dans le Code de l'action sociale.

Aujourd'hui, dans les diapositives, on vous a remis les délais sur 2021 qui ont été dégradés par rapport ce que l'on faisait avant et aussi par rapport à la situation particulière de 2020 et 2021. Aujourd'hui, on est à un peu plus de deux mois pour les premières demandes ou pour les révisions qui sont aussi soumises à ce même délai.

M. MANIER.- Y a-t-il une coercition lorsque l'on ne respecte pas ce délai, même si c'est pour de bonnes raisons ? Imaginez que nous soyons à trois mois alors que la loi stipule deux mois, qu'en est-il ?

M. COUSTELIER.- Le délai dépend essentiellement de la capacité des équipes médicosociales des territoires à aller au domicile et à exécuter des visites à domicile et à la volonté du Département d'être vraiment systématique à ce sujet, c'est-à-dire d'ouvrir des droits après avoir vu les personnes, après avoir pris le temps d'être accueilli dans le domicile, avoir eu tous ces éléments et ces besoins de compensation et avoir vu si des aidants étaient présents ou non.

De par le rattrapage qu'il y a eu après 2020 sur le nombre de dossiers, de par aussi des effectifs sur les pôles pour des questions RH de simple vacance du poste ou parfois de maladie, il y a eu des difficultés à tenir les délais.

La possibilité pour l'utilisateur est simple, c'est aussi dans le Code, il peut demander que le versement de son allocation se fasse de façon immédiate à titre forfaitaire dans l'attente de régulariser la situation. De fait, c'est peu utilisé, pratiquement pas du tout par nos demandeurs.

M. MANIER.- Je posais aussi la question sur l'évolution du binôme. Au niveau des profils, comment cela a-t-il évolué ?

M. COUSTELIER.- Je n'ai pas connu ce fonctionnement. Avec les enseignements de toute cette crise sanitaire, on s'aperçoit aujourd'hui que l'évaluation est un moment essentiel et important pour aller rencontrer la personne et faire des constats, mais tout ne peut pas se résumer à l'évaluation. Le travail avec le partenariat aussi bien en amont qu'en aval est déterminant, notamment le travail avec tous les aidants.

Aujourd'hui, je pense que, vu les ressources, il serait compliqué de mobiliser deux personnes, mais l'évaluateur qui va aujourd'hui à domicile y va le plus possible – et de façon encore plus prononcée par la crise – en partenariat, en lien avec l'environnement social, médicosocial de la personne et aussi en équipe.

M. MANIER.- Pour bien comprendre votre réponse, cela veut dire que, aujourd'hui, nous n'avons plus le binôme avec une personne qui émane du social et une personne qui émane du médical, mais nous n'avons plus qu'une seule personne ?

Mme LETARD.- Isabelle CHOUAIN, ta question est peut-être en lien avec ce qui vient d'être développé par Didier MANIER. On répondra ensuite plus globalement.

Mme CHOUAIN.- Effectivement, ma question est un peu en lien avec la question de Monsieur MANIER. On parle d'un délai de deux mois pour l'instruction d'un dossier. On a bien entendu qu'il y avait effectivement des délais incompressibles. On nous a laissé aussi entendre qu'on pouvait déposer un dossier en urgence. Quels sont les délais quand on dépose un dossier en urgence ?

J'ai rencontré plusieurs familles qui ont déposé un dossier en urgence et qui, du coup, sont dans l'attente de l'évaluation et elles attendent pour mettre le dispositif en place. Elles ne savent pas à quelle sauce elles vont être mangées, alors que, quand on demande un dossier en urgence, c'est qu'il y a urgence. Comment les familles doivent-elles s'adapter vis-à-vis de cette situation ?

Mme LETARD.- Une dernière question ?

Mme DESCAMPS.- Quand il y a besoin de révision, y a-t-il un temps défini entre cela et le dépôt du dossier qui s'est mis en place pendant un certain temps ? Sachant que les difficultés s'aggravent très rapidement, est-ce que l'on peut demander cette révision rapidement ou pas ou est-ce qu'il y a un délai défini pour cette révision ?

Mme CARBAJAL.- On n'a pas de délai défini par avance. Pour répondre à votre question sur la sollicitation de l'APA d'urgence, si cela nous est réellement arrivé comme une APA flashée « urgence », on est sur un délai de délivrance de 48 heures à cinq jours.

Par rapport aux situations que vous évoquez, c'est sans doute que c'est parti dans les demandes classiques et que, pour le coup, effectivement, il faut que l'on planifie l'évaluation. En revanche, pour l'APA en urgence, on est en train de voir comment évaluer tout de suite le plan, sinon l'attribution est forfaitaire au regard de critères d'urgence qui sont définis par l'hôpital et autres. Si cela nous est bien arrivé par l'hôpital par exemple comme étant une APA à mettre en place en urgence, on répond tout de même rapidement.

Sur les révisions, c'est un peu la même réponse, dès lors qu'un professionnel nous porte attention sur le fait que l'on a une dégradation qui est rapide et qu'il faut qu'on révisé rapidement, on a des plages horaires définies avec les évaluateurs, également avec nos médecins de pôle qui peuvent intervenir plus rapidement que dans le flux des demandes habituelles.

Pour répondre à la première question de Monsieur MANIER sur les binômes, on avait effectivement cette possibilité puisqu'on avait une convention avec les caisses de retraite qui travaillaient avec nous sur une évaluation conjointe. Un professionnel du Département et un professionnel de la caisse de

retraite allaient en binôme faire des évaluations. Cela remonte tout de même à une bonne quinzaine d'années puisque, depuis 2011-2012, nous n'avons plus ce partenariat, la CARSAT ne nous met plus à disposition ces professionnels.

Pour autant, nos évaluateurs sont plutôt de profils infirmiers, on a quelques travailleurs sociaux, mais, au niveau des pôles autonomie, on a des travailleurs sociaux. L'évaluateur vient une première fois, il évalue avec son regard et, s'il y a besoin d'un autre regard, il va trouver au niveau du pôle autonomie un autre professionnel pour affûter un peu l'accompagnement qui peut être mis en place si ce n'est pas dans ses compétences d'aller voir s'il faut par exemple de l'accompagnement social ou de l'aménagement de logement. Par exemple, les infirmiers passent une première fois, constatent qu'il y a besoin d'un aménagement de logement, ils n'ont pas les compétences pour faire les préconisations, ils interpellent un ergothérapeute qui va venir préciser cela. Tout comme sur des problématiques sociales avérées sur lesquelles l'infirmier n'aurait pas les compétences, il va dire qu'il a peut-être besoin qu'un collègue travailleur social qui a cet autre regard donne son avis sur ce que l'on met en place.

On ne va plus en binôme en visite, mais on essaie de trouver dans les ressources du pôle les professionnels qui conviennent pour faire un tour à 360° des besoins de la personne.

Mme LETARD.- Je voudrais vous poser une question complémentaire sur le délai moyen dans lequel vous êtes en capacité de répondre. On a vu le délai maximum qui est imposé réglementairement. Quelle est la durée moyenne dans laquelle répond aujourd'hui le Département ?

D'autre part, est-ce que, sur les cinq dernières années, avec l'évolution démographique des personnes âgées qui sont prises en charge, qui entrent en dépendance, il y a une évolution du ratio de dossiers qui doivent être examinés par un évaluateur ? Est-ce que cette évolution a eu des conséquences ? Est-ce qu'aujourd'hui, la charge pèse sur les délais ? Est-ce qu'on a une montée en puissance du nombre de dossiers liée à l'augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie et comment cela impacte-t-il vos équipes ?

Mme CARBAJAL.- Vous introduisez très bien la séquence qui vient juste après sur les chiffres clés où on va vous donner une vision du nombre de demandes.

S'agissant de l'évolution RH sur les dernières années, on ne l'a pas préparé. C'est une demande complémentaire que l'on prend en compte et que l'on renseignera par la suite. Effectivement, nos délais dépendent essentiellement de la possibilité de nos équipes d'aller évaluer.

Par rapport à cela, je n'ai pas l'évolution RH en tête, mais je ne pense pas qu'elle ait évolué à la même hauteur que le nombre de demandes à prendre en compte. On va tout de même regarder.

Mme LETARD.- Les deux courbes sont intéressantes à renseigner, celle du nombre de dossiers à prendre en charge par rapport au nombre d'évaluateurs et le temps d'instruction d'un dossier.

Mme CARBAJAL.- Je passe donc aux chiffres clés.

➤ Les chiffres clé

Les chiffres que vous voyez sont au 1^{er} janvier 2021 puisqu'on a une base qui vit. On ne peut pas vous donner les chiffres au 1^{er} janvier 2022 puisque les personnes que l'on a au 1^{er} janvier 2022 vont peut-être sortir, vont peut-être aller en EHPAD. On préfère vous montrer des chiffres stabilisés plutôt que des chiffres qui sont sortis de nos bases de données qui vivent. On compte à peu près un an de stabilisation sur ces grosses bases de données.

Au 1^{er} janvier 2021, on avait 31 658 bénéficiaires de l'APA domicile.

Ce que je viens de vous dire sur les bases de données est encore plus difficile sur l'APA établissement puisqu'on paie sous dotation globale et on a mis en place l'instruction individuelle seulement depuis un an et demi, on n'a donc pas encore de données autres que celles que nous donnent les établissements. Celles-ci sont donc encore un peu plus anciennes puisque l'on a des données

consolidées à décembre 2019. À cette époque, on avait un peu plus de 19 000 personnes en APA établissement, auxquelles il faut ajouter les 767 hors dotation globale. Cela fait à peu près 20 000 personnes – et je pense qu'on est resté dans les mêmes ordres de grandeur – qui bénéficient de l'APA en établissement. Au total, en 2021, un peu plus de 50 000 bénéficient de l'APA, que ce soit à domicile ou en établissement.

Vous voyez ensuite l'évolution du nombre de bénéficiaires APA domicile depuis 2016. On a un petit creux entre 2020 et 2021. C'est en constante augmentation, mais, entre 2020 et 2021, une petite baisse est amorcée. C'est bien entendu l'effet de la crise sanitaire, on a eu plus de décès et un peu moins de demandes sur l'année 2020. Cela explique que, au 1^{er} janvier 2021, on soit un peu en recul. Ceci dit – sans vouloir préjuger des chiffres puisque, je vous l'ai dit, ils ne sont pas stabilisés – on constate que cela reprend tout de même à la hausse en 2021. Je pense que la petite baisse entre 2020 et 2021 sera exceptionnelle, ce ne sera pas une tendance. En tout cas, je ne l'espère pas.

Sur le *slide* suivant, vous avez la répartition des personnes par GIR. Vous voyez que, en APA à domicile, on est principalement sur du GIR 4 et 3. Ces deux GIR représentent plus de 75 % sur des personnes qui sont, pour les GIR 4, modérément dépendantes dans l'APA à domicile, mais qui y entrent tout de même et que l'on souhaite faire entrer puisque, plus on s'habitue à l'entrée progressive d'une aide à la maison, moins vite le parcours va se dégrader.

Par contre, bien entendu, sur les résidents d'EHPAD, on a une représentation des personnes les plus dépendantes puisque, proportionnellement, ce sont plus des GIR 1 et 2 qui se trouvent dans nos EHPAD.

Mme LETARD.- Il y a tout de même 21 % de GIR 4 en EHPAD.

Mme CARBAJAL.- Oui.

Mme LETARD.- Quelle est la motivation ?

Mme CARBAJAL.- L'entrée en EHPAD n'est pas conditionnée à un niveau de dépendance. C'est dans le projet de vie, parce que la personne est trop isolée... Je ne saurais pas vous dire, il faudrait qu'on aille voir davantage pourquoi on a tout de même 20 %.

Intervenante.- Quand on dit « résidents en EHPAD », est-ce qu'il ne s'agit que des EHPAD ou est-ce qu'il y a aussi les résidences autonomie dedans ?

Mme CARBAJAL.- Les personnes qui sont en résidence autonomie bénéficient de l'APA domicile. C'est une petite subtilité de la loi. Les personnes qui sont en résidence autonomie sont comprises dans les bénéficiaires APA domicile. Je le précise, dans la résidence autonomie, la personne est dans son logement, elle a son autonomie, sa petite kitchenette. Le législateur a considéré que, dans ces conditions, on attribuait de l'APA domicile.

M. MANIER.- Est-ce que vous avez un *slide* avec les tranches d'âge ? Ce serait intéressant de le voir. 60 ans aujourd'hui, ce n'est pas 60 ans il y a 30 ou 40 ans.

Mme CARBAJAL.- On va l'aborder plus tard dans le profil type de la personne accueillie à l'APA.

Je continue plus globalement sur les chiffres d'APA.

Vous voyez la façon dont les plans d'aide sont distribués.

Par type de prestation : en volume, le plus grand nombre de prestations est sur de l'aide à la vie courante, cela comprend aussi bien le ménage que la préparation du repas ou l'aide aux courses. En termes d'aide à la personne, on a 45 %.

Vous voyez également la répartition par mode d'intervention choisi par les usagers. Les services d'aide à domicile, ce que l'on appelle les prestataires, sont prédominants dans le choix des personnes sur le mode d'intervention puisqu'on est à plus de 80 % d'heures d'aide humaine prestées par des services d'aide à domicile dans le Nord.

On vous indique en dessous la base annuelle sur laquelle ces pourcentages ont été faits.

Vous voyez ensuite la moyenne des heures prescrites par personne et par GIR pour un mois. Une personne qui est en GIR 1 aura en moyenne 71 heures ; une personne en GIR 2 aura 52 heures, une personne en GIR 3 aura 36 heures et une personne en GIR 4 une vingtaine d'heures.

Sur le *slide* 42, vous avez le détail des heures de façon plus fine que « aide à la vie courante » et « gestes au corps ». Le plus grand nombre d'heures prescrites sur le département est sur l'aide à la toilette. Ensuite, vient l'entretien du linge et du logement puisque, quasiment dans chaque plan d'aide, on a de l'aide-ménagère. Ensuite, c'est tout ce qui est préparation de repas.

Mme LETARD.- Je vois qu'on ne considère pas de la même façon la préparation et le réchauffage des repas.

Mme CARBAJAL.- Si. Réchauffage et préparation de repas sont dans les aides à la vie courante. Par contre, l'aide à la prise de repas n'est pas considérée de la même façon puisqu'on entre dans les gestes à la personne. Beaucoup de personnes ont besoin que quelqu'un vienne les aider à préparer le repas, mais un peu moins de personnes ont besoin qu'on les aide vraiment à tenir la fourchette et à prendre leur repas – je suis schématique.

Le *slide* suivant vous donne une idée du pourcentage des autres aides que l'on peut attribuer dans le cadre d'un plan d'aide. Pour 21 % des plans d'aide, on met de l'aide pour acheter des changes. Pour 19 % des plans, on met de l'aide pour la téléassistance.

Sur la téléassistance, il faut vraiment que l'on fasse un effort de promotion. En effet, on a au niveau du Département une délégation de service public qui offre cette téléassistance à un coût défiant toute concurrence et avec une qualité qu'on travaille avec le prestataire qui détient la délégation de service public. Seulement 19 % de personnes en disposent aujourd'hui dans leur plan. C'est peut-être justement parce que ce n'est que 7,35 € par mois que les personnes ne demandent pas à le mettre dans leur plan ; je ne sais pas, il faudra qu'on voie.

Mme LETARD.- L'information leur est donnée systématiquement ?

Mme CARBAJAL.- Oui.

Sur le *slide* 44, vous avez les fameux délais d'instruction en moyenne sur 2021. Vous voyez que, au niveau du département, dans le cadre des premières demandes, on est à un mois en retard par rapport au délai légal dont on vous parlait tout à l'heure. Pour les révisions, on est à une vingtaine de jours au-delà de ce délai légal de deux mois.

Comme on vous l'a expliqué tout à l'heure, c'est lié au contexte de crise qui n'était pas forcément terminée, sur lequel on a eu des moments RH un peu tendus comme partout au niveau national, mais c'est lié aussi à une reprise des demandes cette année. C'est lié au fait que, sur certains dispositifs, notamment l'agrément familial, ce sont les mêmes équipes qui évaluent l'APA domicile et l'agrément familial en famille d'accueil. On avait des délais à tenir à la fin de l'année 2021 et, forcément, on a dû prioriser les professionnels sur ces délais.

En tout cas, sur les délais, on a des marges de progression.

M. MANIER.- Sur les marges de progression, considérez-vous qu'il faudrait plus d'équipes ? On peut penser qu'il n'y a pas suffisamment d'équipes et que, si l'on n'augmente pas leur nombre, on aura du mal à rattraper pour être dans le délai légal.

Mme LETARD.- Cela rejoint la question que je posais sur le ratio et peut-être le ratio territorialisé puisqu'il y a des réalités un peu différentes d'un territoire à l'autre.

Pour compléter un peu ce que je demandais tout à l'heure et ce que vient de dire Didier, cela vaudrait la peine d'avoir un éclairage sur le nombre de personnes et de dossiers accompagnés même par territoire.

Mme CARBAJAL.- C'est noté. Je pense que c'est essentiellement lié à des effets RH. Est-ce que ce délai dont je viens de vous parler est lié à un manque d'effectifs ou est-ce lié aux absentéismes ? Il faudra le

regarder dans les détails et on vous fournira cela dans le cadre d'une autre séance. Vous pourrez également échanger avec nos équipes de territoire puisque vous allez les rencontrer. En tout cas, sur certains territoires, notamment sur l'Avesnois, un recrutement est en cours, il a été obtenu après une vacance de poste qui a été longue.

Ce ne sont pas forcément nos effectifs cibles qui sont à requestionner, même s'il faudra aussi que l'on requestionne les effectifs cibles, mais il y a aussi la question des ETP réellement présents liés à des absences. On vous donnera plus de vision là-dessus et les équipes pourront s'exprimer à ce sujet.

On agit aussi sur les modalités d'évaluation. On vous l'a dit, notre première modalité d'évaluation est la visite à domicile. Pendant le confinement, on n'a pas pu faire de visites à domicile et on a travaillé avec les évaluateurs, qui se sont adaptés très vite, sur des évaluations téléphoniques. Cette modalité d'évaluation est faite en lien avec le service d'aide à domicile qui passe tous les jours et avec les familles, etc. On s'est demandé avec les évaluateurs si, pour apporter une réponse un peu plus rapide, cela ne vaudrait pas la peine sur certaines situations de garder cette modalité d'évaluation.

On l'a gardée majoritairement pour les révisions. Dans le cadre d'une révision, pour aller plus vite – cela explique aussi que le délai soit un peu moindre –, l'évaluateur en première intention va plutôt rappeler la personne, rappeler son entourage, rappeler le service d'aide à domicile, voir ce qui est aussi contenu dans la demande.

Ce n'est pas une question RH puisque cela ne prend pas moins de temps, mais cela permet aussi à ces équipes de l'autonomie d'avoir des jours de télétravail. On s'est dit que cela vaudrait peut-être la peine de garder cette modalité d'évaluation. En tout cas, cela nous permet tout de même d'aller un peu plus vite sur les révisions. Que ce soient pour les évaluateurs ou les services d'aide à domicile qui sont un peu nos antennes de la façon dont on évalue, cela paraît correspondre à un vrai besoin. On réfléchit donc aussi à la façon d'évaluer autrement. L'évaluation par téléphone depuis le confinement fait partie de nos modalités d'évaluation.

Par contre, si, après tout cela, l'évaluateur a besoin de voir la personne, on planifie bien entendu une visite. L'un n'exclut pas l'autre. Si, après ces entretiens, l'évaluateur ne sait pas trop quel niveau attribuer, il peut demander la programmation d'une visite à domicile. En tout cas, dans la plupart des cas, ces modalités d'évaluation peuvent suffire dans le cadre de révisions puisque la personne a déjà été rencontrée au moins une fois.

Mme LETARD.- On est bien d'accord qu'il faut que cela reste majoritairement dans le cadre d'une révision.

Mme CARBAJAL.- On ne l'enclenche que sur les révisions en situation normale. On a fait forcément de l'évaluation par téléphone pendant le confinement et au moment où c'était compliqué pour tout le monde d'aller les uns chez les autres. Aujourd'hui, en fonctionnement régulier, on n'est que sur les révisions.

Mme LETARD.- En vous appuyant sur le réseau d'acteurs, comme vous l'avez dit.

Mme CHOUAIN.- Je vois les chiffres que vous avancez ; par exemple, sur mon territoire du Valenciennois, 92,43. Est-ce que ce sont des jours ?

Mme CARBAJAL.- Oui.

Mme CHOUAIN.- On est donc au-delà des deux mois.

Mme CARBAJAL.- C'est ce que je vous ai dit tout à l'heure, on est un mois au-dessus.

Mme CHOUAIN.- Comment explique-t-on ces délais un peu plus longs ?

Mme CARBAJAL.- On ne va pas pouvoir vous donner de ratio aujourd'hui, on ne l'a pas préparé. Comme je vous l'ai dit, on a des impacts RH liés à des absences qui ont été plus importantes cette année que les années précédentes. On va s'interroger bien évidemment sur les effectifs cibles ; on a également une activité sur l'agrément familial qui a été assez importante en fin d'année et notamment sur le Valenciennois et sur l'Avesnois puisque ce sont des territoires où il y a beaucoup de familles

d'accueil, ce qui a fait que, à partir d'octobre, on a dû prioriser l'intervention de nos professionnels sur cette activité, sur des révisions d'agrément pour les familles d'accueil.

2021 a été une année un peu exceptionnelle sur nos délais. On aurait dû vous présenter une année plus flatteuse.

Mme LETARD.- Merci, Madame CARBAJAL.

Pour rebondir sur ce disait Isabelle CHOUAIN, Madame CARBAJAL nous fournira tous les éléments qui nous permettront de mesurer tous les aspects évoqués par les uns et les autres et on les aura au fil du temps. De toute façon, on affinera de séquence en séquence et, lors de la séance prochaine, d'autres informations pourront nous être communiquées.

Mme CARBAJAL.- Le *slide* suivant reprend les montants moyens attribués dans le cadre de l'APA et le coefficient moyen de participation lié à l'APA constaté en 2019, en 2020 et en 2021 dans le département. Cela ne comprend pas le reste à charge lié au choix du service d'aide à domicile – que l'on a.

Vous voyez le montant global moyen attribué qui est en hausse constante depuis 2019, on a une trentaine d'euros en plus. Il faut savoir que, dans ce coût moyen, dans les modalités de prise en charge entre 2020 et 2021 par exemple, on a augmenté la prise en charge pour les prestataires de 1 €. La hausse entre 2020 et 2021, même si on n'a qu'un trimestre, s'explique aussi par cela. On constate que le nombre d'heures augmente, les montants sont expliqués par le nombre d'heures mais également par le prix sur lequel on se base pour attribuer ces heures. Entre 2020, 2021, on a donc 1 € de plus par heure en service d'aide à domicile. Assez logiquement, la part du Département augmente et la part de l'utilisateur également.

En *slide* 46, vous avez l'évolution budgétaire depuis 2019. Le budget primitif 2022 n'est pas encore adopté mais les montants proposés sont là. Cela passe la semaine prochaine, je pense que vous avez déjà les rapports à votre niveau. Sous réserve de vote du budget, on sera sur une évolution de 8 % sur l'APA par rapport au budget primitif 2021.

Ce que j'ai dit tout à l'heure sur la prise en charge des coûts vaut aussi quand on regarde les budgets primitifs. En effet, quand on regarde le budget dédié à l'APA, on regarde bien entendu le montant de l'allocation, mais aussi toutes les aides qui ont pu être versées directement aux structures. Je veux parler par exemple en 2021 des aides liées à l'accompagnement de la mise en place de l'avenant 43 ; entre 2020 et 2021, on a également les aides qui ont été allouées dans le cadre de la prise en charge des primes. Sur la ligne « APA services d'aide à domicile », l'évolution budgétaire recouvre ce que l'on donne aux usagers, mais également tous les dispositifs qui ont pu être mis en place par le Département pour soutenir le secteur. On n'est pas entré dans les détails aujourd'hui puisque vous aurez une séance plus particulière sur tout le budget et sur la façon dont on peut entrevoir aujourd'hui les perspectives, notamment financières.

En tout cas, les budgets sont en hausse depuis 2022 et notamment sur les services d'aide à domicile. C'est principalement expliqué par toutes les aides qui ont été mises en place pour soutenir le secteur.

La prestation est dynamique, on estime que l'évolution liée vraiment à la prestation est de 4,5 %, mais vous voyez qu'on a augmenté de 8 %, on a donc des hausses qui s'expliquent par autre chose.

Sur ce *slide* 47 – cela répond à une de vos questions –, on a le nombre de services d'aide à domicile par catégorie juridique et par année. On a 250 services d'aide à domicile. Depuis 2017, on perd des services d'aide à domicile associatifs et on gagne des services d'aide à domicile du secteur de l'entreprise. Dans le cadre du public, on reste à peu près stable.

Les associatifs perdent un peu de terrain, mais ils se regroupent parfois et on n'en compte plus qu'un là où il y en avait deux avant. En heures, ce n'est pas aussi flagrant. Là aussi, on vous laissera découvrir le détail de tout cela lors de la séance réservée aux services d'aide à domicile.

Mme LETARD.- Dans cette séquence, vous présenterez la part des associations ?

Mme CARBAJAL.- Oui. Je pense qu'il sera surtout important lors de cette séance de vous montrer le nombre d'heures, on n'est pas forcément sur les mêmes ampleurs. De toute façon, le secteur des entreprises gagne du terrain depuis qu'on a uniformisé la prise en charge financière du Département. Jusque 2017, on avait deux tarifs différents pour valoriser l'aide à domicile, les services d'aide à domicile autorisés étaient pris en charge grosso modo à hauteur de leur prix de revient et les services d'aide à domicile agréés étaient pris en charge selon un tarif national. En 2017, on a décidé d'autoriser tous les services d'aide à domicile et d'accompagner financièrement leurs aides via l'APA de la même façon. De fait, à ce moment-là, les entreprises ont pu reprendre des parts de marché, puisqu'on peut parler un peu comme cela pour l'APA.

M. CATHELAIN.- Pourrait-on avoir également la répartition des services d'aide à domicile (entreprises, associatifs ou publics) sur le territoire du Nord ? J'imagine que c'est plutôt au niveau des communes urbaines mais que, au niveau de la ruralité, il y a peut-être des zones blanches. C'est la question que je me pose.

Mme CARBAJAL.- On va pouvoir vous donner une visibilité sur le nombre de services d'aide à domicile qui interviennent actuellement au titre de l'APA par commune. Effectivement, dans les territoires métropolitains, on a beaucoup plus d'acteurs diffus. On a fait le choix au niveau du Département du Nord d'avoir une autorisation départementale, c'est-à-dire que chaque service d'aide à domicile est autorisé à intervenir n'importe où dans le Nord.

On a des services d'aide à domicile dont on peut vous donner le siège social, mais il est un peu plus compliqué de donner leur périmètre d'intervention parce que, de fait, ils peuvent aller partout. Même si le siège social d'un service est à Dunkerque, s'il recrute un salarié qui habite dans l'Avesnois, il va pouvoir prester des heures d'aide à domicile dans l'Avesnois.

On ne peut pas vous le donner sous la forme que vous demandez, mais on peut vous donner une idée du nombre de services d'aide à domicile qui interviennent. Eux-mêmes ont des stratégies d'intervention dont ils vous parleront, qui font que, de toute façon, même par rapport à ce que l'on disait tout à l'heure sur l'organisation que l'on veut territorialiser, beaucoup ont des logiques territoriales. On ne peut pas vous dire qu'on a 10 SAAD autorisés à intervenir sur Lille parce que les 250 le sont. On vous donnera une réalité de tout cela pour approcher une réponse à cette question.

Slide 48, vous avez les taux de consommation par GIR. Le ratio tourne autour de 80 % pour les GIR 1, 77 % pour les GIR 2, 75 % pour les GIR 3, 73 % pour les GIR 4. Là aussi, ce sont des chiffres de 2021.

Avant la crise sanitaire, les taux de consommation avoisinaient les 80 %. On pense que les services d'aide à domicile ont été aussi impactés sur leurs ressources RH pour intervenir et que ce taux de consommation moyen 2021 devrait réaugmenter à hauteur de 80 %. La variation de ces taux de consommation est principalement liée au fait que, d'entrée de jeu, des heures ont été décidées mais, pour X ou Y raison, la personne n'en a pas forcément besoin à ce moment-là, cela ne se met donc pas tout de suite en œuvre, cela peut être lié à des hospitalisations puisque, lorsqu'une personne est hospitalisée, on ne rémunère pas le passage du service d'aide à domicile. On est un peu en dessous de ce que l'on connaissait avant, mais, sur 80 % de consommation d'heures décidées, on est plutôt dans une moyenne qui nous semble cohérente par rapport aux aléas de la vie qui peuvent faire que tout le droit théorique n'est pas mis en œuvre.

En *slide 49*, vous avez les chiffres nationaux dont on dispose. Au niveau des moyens attribués, le Nord est légèrement au-dessus de la moyenne nationale d'attribution par bénéficiaire ; il est par contre en dessous quand on le compare à la population globale, c'est lié au fait que l'on est encore un département jeune, malgré le fait qu'on ait une dynamique importante sur le vieillissement.

Sur le nombre de bénéficiaires, on est un peu au-dessus. Cela s'explique bien entendu par les données de santé que j'ai évoquées très brièvement par ailleurs. Nous ne pensons pas – mais c'est l'objet de

votre évaluation – être au-dessus par rapport à des pratiques de nos équipes qui seraient plus gentilles qu’au niveau national puisque, au niveau des équipes, on est vraiment déjà sur le juste droit.

Voilà donc quelques éléments de comparaison par rapport à la France métropolitaine et le Pas-de-Calais qui est notre voisin et auquel on se compare assez souvent puisqu’on a des données de santé assez comparables entre le Nord et le Pas-de-Calais.

➤ Le profil de l’usager

Je peux maintenant vous donner quelques éléments sur les âges moyens d’entrée dans le dispositif de la population dans le Nord. On est à 80 ans pour l’APA domicile pour les hommes et à 82 ans pour les femmes. La durée moyenne de prise en charge en 2021 était de 3 ans et 9 mois dans l’APA ; c’est-à-dire que, à partir du moment où les personnes entrent dans l’APA, elles y restent un peu moins de 4 ans.

Ce sont principalement des femmes qui composent la population de l’APA à domicile.

La moyenne d’entrée en établissement est certainement de 80 ans plus le temps que les gens restent à l’APA. C’est majoritairement 85 ans.

Ensuite, *slide 52*, on vous a mis quelques données que l’on a en base puisque, lorsque nos évaluateurs passent à domicile, ils indiquent dans notre base de données un certain nombre d’éléments pour mieux comprendre la situation des personnes.

On est plutôt sur une population qui vit dans une maison individuelle – on a noté là « foyer logement », c’est l’ancienne appellation des résidences autonomie. 2,5 % des personnes qui sont à l’APA domicile sont en résidence autonomie. 2,09 % de personnes vivent dans un environnement rural isolé.

Plus spécifiquement sur cette notion d’isolement, 61 % des personnes vivent seules, souvent des veufs et des veuves. 27 % des personnes vivent avec une personne autonome, bien souvent les enfants. 7 % des personnes vivent avec une personne dépendante, c’est-à-dire qu’on a un couple vieillissant et les deux personnes sont dépendantes.

M. MANIER.- J’ai une question sur l’habitat. Il serait intéressant que l’on puisse avoir – c’est peut-être prévu par la suite – une décomposition entre maison individuelle et habitat collectif pour que l’on puisse analyser dans l’habitat collectif l’évolution du logement par rapport au vieillissement de la personne.

Mme LETARD.- Madame CARBAJAL, est-on en capacité de donner dans les prochaines séances quelques indications là-dessus ou est-ce compliqué pour vous ?

Mme CARBAJAL.- Il va falloir regarder comment on entre les informations. Là, on a peut-être d’autres catégories, je n’ai plus en tête le détail de ce qu’on entre en base de données. Si 66 % de personnes vivent dans une maison individuelle, on peut supposer que le reste est plutôt dans des habitats collectifs et on pourra donner une évolution, sachant que cette grille d’analyse n’est pas toujours remplie par nos évaluateurs. Si on vous donne une évolution, il faut que l’on s’assure de regarder le même panel de population.

M. MANIER.- Une piste serait de prendre langue avec notre service logement. À mon avis, ils ont des données sur les logements collectifs puisqu’on aide spécifiquement les bailleurs sociaux sur l’aménagement des locaux collectifs pour le vieillissement des populations.

Mme CARBAJAL.- Cela ne va pas forcément nous donner des personnes qui sont à l’APA. Effectivement, par les bailleurs sociaux, on a les catégories d’âge, etc. Ils font des aménagements de logement en prévention, même pour des personnes qui ne sont pas bénéficiaires de l’APA et c’est très bien. On pourra effectivement vous donner cela.

Mme LETARD.- On pourrait peut-être demander à nos bailleurs sociaux de nous renseigner sur l’évolution de l’adaptation du logement à la dépendance et aux personnes âgées. Cela peut être un élément de renseignement de notre politique en faveur de l’autonomie. Ce n’est pas directement sur

l'APA mais, dans ce que tu dis, la question sous-jacente est de savoir à quel rythme on est en train d'adapter massivement l'habitat collectif et l'habitat social à la perte d'autonomie. C'est un vrai sujet pour les bailleurs, qui va être hyper important dans les années qui viennent, auquel ils s'attellent et qu'il va falloir conjuguer avec la rénovation thermique des logements. Tant qu'à faire des travaux, ils pourront peut-être s'atteler aux deux en même temps.

Mme CARBAJAL.- C'est en tout cas comme cela qu'on intervient auprès des personnes qui demandent un aménagement de logement au niveau de l'APA. On regarde aussi avec les opérateurs des intercommunalités s'il n'y a pas des besoins qui dépassent la perte d'autonomie et vice-versa.

La reconnaissance des aidants indispensables est un des axes importants de notre stratégie de prévention.

Au niveau de l'APA, on a ce que l'on appelle la reconnaissance des aidants dits indispensables. Si ces aidants ne sont pas là, la personne ne peut pas être à son domicile. Ce n'est pas nécessairement l'enfant qui va faire des courses une fois par semaine, c'est vraiment une présence quotidienne. C'est normé par le Code. On aurait aimé reconnaître tous les aidants mais le Code met bien en place cette évaluation de l'aidant indispensable. Aujourd'hui, plus de 5 000 aidants indispensables sont identifiés par nos évaluateurs, soit une présence auprès de 15 % des bénéficiaires de l'APA à domicile.

Pourquoi faire cette distinction d'aidants indispensables ou non ? Dans le cadre de l'APA, dans le cadre de l'adaptation de la société au vieillissement, lorsque ces aidants indispensables sont hospitalisés ou qu'ils doivent s'absenter, la loi nous autorise à majorer le plan d'aide et à mettre en place une aide particulière pour que le maintien à domicile de la personne puisse être assuré.

J'en termine sur ces chiffres clés (*slide 54*) avec l'APA établissement. On n'a pas la moyenne mais cela confirme ce que l'on s'est dit. La majorité des personnes qui sont en établissement ont plus de 85 ans. On n'a pas la notion de l'âge auquel elles rentrent, mais, comme la durée moyenne en EHPAD est de deux ans et quatre mois, on peut se dire que la date d'entrée est majoritairement autour de 83-84 ans, entre 83 et 92 ans.

Je ne pense pas que l'on puisse vous donner plus d'éléments sur les moyennes puisque ce sont des données que l'on a par les établissements et je ne suis pas sûre que l'on puisse avoir des moyennes. On va tout de même regarder si on peut sortir plus d'éléments là-dessus.

Mme LETARD.- Merci beaucoup, Madame CARBAJAL.

Y a-t-il des questions ?

Mme PARMENTIER-LECOQ.- J'ai une question sur les personnes résidant en EHPAD. On n'a peut-être pas beaucoup d'informations là-dessus. Est-ce que l'on arrive à voir comment le dispositif de l'APA permet de répondre aux besoins des couples où une personne doit aller en EHPAD (par exemple, une personne Alzheimer) et où l'autre personne du couple peut ou doit rester à son domicile ?

J'ai l'impression que c'est là que l'on a souvent des situations difficiles en matière de financement, parce qu'il faut couvrir des montants parfois importants en EHPAD pour quelqu'un qui a un revenu moyen, qui peut être au-dessus de 2 800 € ou de 3 000 €, avec d'un côté le maintien de la personne à son domicile et le financement de l'EHPAD. Est-ce qu'on arrive à voir si notre dispositif arrive à répondre à ces situations ?

Mme CARBAJAL.- Le Code prévoit des dispositions particulières sur le calcul de la participation au niveau de l'APA du fait que le conjoint est à domicile ou placé en établissement, qui amoindrissent la participation éventuelle de la personne qui est restée à son domicile. On pourra peut-être regarder plus précisément sur les taux de participation que l'on constate pour ces situations. En tout cas, le Code prévoit de minorer la participation d'une personne dont le conjoint serait en établissement pour prendre en compte le double paiement de tout cela.

Pour ce qui est de la prise en charge en EHPAD, si le couple n'a pas de ressources suffisantes pour faire face à l'ensemble des dépenses, il peut demander la prise en charge au titre de l'aide sociale départementale. Dans ce cas, le fait que l'autre personne du couple soit en situation de dépendance est pris en compte dans la façon dont on va attribuer cette aide sociale départementale.

Je ne peux pas répondre à votre question sur le fait que cela réponde majoritairement aux besoins financiers, mais on a des dispositions légales qui nous permettent de prendre en compte de façon plus particulière ces situations au niveau des ressources et, je l'espère, d'aller plus loin dans l'accompagnement sur ces situations particulières. Cela demeure peut-être insuffisant, je ne saurais pas vous le dire, mais il y a des dispositions légales qui nous permettent de prendre en compte ces situations.

Mme LETARD.- Merci beaucoup, Madame CARBAJAL, Monsieur COUSTELIER, pour tous ces éléments qui, pour démarrer nos séquences, sont absolument essentiels et permettent à chacun et chacune d'entre nous d'avoir les informations les plus fines, les plus précises, les plus éclairées et surtout les éléments complémentaires qui nous seront apportés dans les séquences futures.

J'avoue que j'ai été assez étonnée de voir la part dans les EHPAD des personnes qui sont GIR 4. C'est ma surprise du jour, pour tout vous dire, je n'en reviens pas, justement en écho à ce que tu viens de dire sur l'impact du reste à charge pour les personnes en EHPAD.

Je serais très curieuse, si on peut trouver les éléments, de savoir si c'est lié à un isolement de la personne, de savoir quelle est la motivation de la personne qui fait le choix de l'EHPAD. Qu'est-ce qui motive ce départ et a-t-on des leçons à en tirer ? On n'est pas loin de 20 % en GIR 4, ce n'est pas anodin, c'est tout de même une part qui m'a interpellée. C'est une curiosité de ma part, mais, franchement, je serais contente de comprendre pourquoi.

Mme PARMENTIER-LECOQ.- Je voudrais intervenir sur ce que tu disais sur le GIR 4, Valérie. J'aimerais que l'on puisse avoir des exemples précis de la façon dont sont évaluées les personnes. Par exemple, comment une personne Alzheimer est-elle évaluée en GIR ? On voit bien que les évaluations sont très liées à l'état physique.

Mme CARBAJAL.- Vous aurez une séance avec nos équipes d'évaluation le 11 mars. On va leur demander de mettre l'accent sur cela. Ni moi, ni Éric, ne sommes évaluateurs, ce n'est pas dans nos pratiques professionnelles. C'est vrai que, par rapport à la grille que vous avez vue, qui est principalement fonctionnelle, ils nous ont toujours dit qu'il était compliqué de placer les personnes Alzheimer.

Sur les niveaux de dépendance en EHPAD, ce ne sont pas nos équipes qui les fixent, mais le médecin référent de l'EHPAD. Par rapport au GIR 4, on a peut-être aussi à s'interroger sur le fait que les médecins d'EHPAD regardent de la même façon que nous les GIR dans les EHPAD. C'est la même grille AGGIR, mais pas le même professionnel qui la remplit.

On va regarder plus attentivement cette question pour vous répondre.

Mme LETARD.- Merci.

Nous passons à la dernière partie sur l'organisation administrative et territoriale.

❖ Organisation administrative et territoriale

M. COUSTELIER.- L'idée est de vous donner des ordres d'idée et de répondre à vos questions.

Vous avez sous les yeux le nombre moyen de demandes d'APA reçues par les services tous les mois. En ordre d'idée, 130 dossiers de demande sont reçus par jour ouvré, un peu plus de 65 premières demandes, une quarantaine de révisions et 25 demandes en urgence via le canal APA.

Il y a une particularité, on a tenu à vous indiquer le chiffre. Sur les dernières années, la proportion de demandes via le caractère urgent a augmenté, notamment via les hôpitaux. On n'a pas toutes les explications, on a une partie de l'explication, mais sachez que c'est un sujet sur lequel nous travaillons aujourd'hui en partenariat avec les centres hospitaliers, en lien avec les autres prestataires, la CARSAT et les CPAM, pour donner plus de visibilité et orienter au mieux dans les meilleures conditions les personnes au niveau de l'enjeu sortie d'hospitalisation.

Ensuite, on illustre ce qu'est un dossier de demande d'APA. Il vient d'être revu suite à travaux au niveau national, via la CNSA. C'est aujourd'hui un dossier de demande unique, c'est un dossier qui concerne aussi bien une demande de prestation vis-à-vis du Département du Nord lorsqu'on relève plutôt de l'APA, que vis-à-vis des CARSAT lorsqu'on relève plutôt de l'aide sociale CARSAT extralégale sur des GIR 5 ou 6, plutôt en fragilité, et non pas forcément en niveau de dépendance. Ce dossier est en cours depuis début janvier dans le Département du Nord.

Je pense qu'il peut être important de voir comment fonctionne le circuit du dossier.

Sur l'APA domicile, les dossiers sont reçus par la direction de l'autonomie qui les numérise – nous sommes sur des process numérisés – et qui les transmet ensuite à l'évaluation sur les pôles territoriaux où sont regroupées les équipes depuis 2012, pour que ces évaluateurs puissent aller en première demande essentiellement faire une visite à domicile et faire des demandes de révision plutôt en première intention par téléphone et si besoin par une visite à domicile.

Lorsque les évaluateurs médicosociaux sont intervenus auprès des bénéficiaires, quel que soit le moyen, ils ont fait une proposition de plan d'aide qui est renvoyée via les services de la direction de l'autonomie aux usagers qui ont une dizaine de jours pour l'accepter. Lorsque ceux-ci nous retournent leur acceptation, les droits sont notifiés. Nous avons techniquement des instances de décision deux fois par semaine qui font que les droits sont ouverts au fur et à mesure de l'accord des bénéficiaires.

Dans le cadre du parcours particulier de l'APA établissement, la personne a déjà été accueillie dans l'établissement, elle est plutôt prise en charge par ces services qui transmettent au Département tous les éléments nécessaires avec l'évaluation du GIR, pour que les services de la direction de l'autonomie puissent notifier le bon droit et notamment la bonne participation. Les notifications sont ensuite renvoyées le plus simplement possible aussi bien à l'établissement qu'à l'usager. On compte sur l'apport, l'aide et l'appui des établissements pour aider à mettre en œuvre ce droit le plus simplement possible.

Sur les professionnels, on travaillera effectivement sur les ratios, c'est important. En gros, pour toutes les activités administratives en amont, la réception des courriers, la numérisation, l'enregistrement, les instructions, la planification des visites et, après-coup, les notifications, nous avons un peu moins de 40 agents administratifs qui travaillent essentiellement à la direction de l'autonomie. Nous avons les équipes d'évaluation et d'accompagnement sur les territoires dans les pôles autonomie des directions territoriales, avec cinq médecins autonomie et un peu moins de 50 évaluateurs médicosociaux professionnels qui vont concrètement au domicile.

Sur tout ce qui concerne le suivi de la prestation, les paiements, notamment le paiement des services d'aide à domicile, nous avons 32 agents administratifs.

Mme CHOUAIN.- Vous parlez de 38 agents pour les courriers, la numérisation, etc. et, ensuite, vous parlez de 32 agents. Est-ce que ce sont les mêmes agents ou des agents supplémentaires ?

M. COUSTELIER.- Ce sont des agents supplémentaires, en fonction des activités. Certains ont des activités plutôt en amont, des activités dans l'instruction et la mise en œuvre du droit et, ensuite, d'autres ont des activités plutôt en suivi régulier, modification du plan d'aide, ajout de plan d'aide, paiements, etc. qui concernent 32 agents administratifs.

Mme CARBAJAL.- Là, il n'y a pas les professionnels dédiés à l'accueil puisqu'on mutualise l'accueil sur l'ensemble des prestations et on n'a pas voulu faire de quote-part liée à l'APA.

Les médecins autonomie ne font pas d'APA, ils ne font que les évaluations urgentes en lien avec les hôpitaux, ils sont plus sur le travail avec les partenaires médicaux que sur de l'évaluation individuelle, même s'ils en font un peu, mais ce n'est pas le plus gros de leur temps. On a souhaité vous indiquer qu'on avait des médecins qui intervenaient, mais plus en matière d'harmonisation. Ce sont des professionnels dont les trois quarts du temps sont consacrés à la gestion de l'APA. Il n'y a donc pas les professionnels d'accueil, ni tous les professionnels que l'on a aussi pour harmoniser les pratiques, puisqu'on a des chargés de mission mais qui n'interviennent pas que sur l'APA.

On vous a fait un zoom sur les personnes dont les trois quarts du temps sont occupés par l'APA.

M. COUSTELIER.- L'évaluation multidimensionnelle se fait essentiellement à l'occasion de la visite à domicile, mais aujourd'hui l'évaluation partenariale se fait par téléphone. Quand on dit « partenariale », ce ne sont pas que les prestataires ou les organisations, ce sont aussi toutes les familles. Avec ces deux modes d'intervention, on voit comment, avec nos professionnels, on met en œuvre cette politique publique d'accompagnement et de prise en charge des personnes âgées notamment à domicile qui tourne certes autour de la prestation centrale de l'APA, mais qui est plus ample et diverse. On aura l'occasion d'en parler lors des prochaines séances : l'aménagement du logement, les cartes mobilité inclusion, etc.

Enfin, dernier *slide*, vous aviez souhaité avoir des informations sur le recours administratif préalable obligatoire. Concernant toutes les décisions d'APA, il est très résiduel et ne concerne pas plus de 0,15 % des notifications, aussi bien d'accord que de rejet.

Sachez aussi pour information que, sur 2021, par rapport à toutes les demandes et via ce type de formulaire, il y a moins de 10 % de rejets, bien souvent parce que l'on est sur des GIR 5 ou 6 et, du coup, avec ce dossier unique, il y aura la possibilité de transmettre directement les informations aux CARSAT sans que celles-ci se retournent vers les usagers pour redemander un dossier ou sans que nous ayons à dire aux usagers d'aller chercher un dossier à la CARSAT.

Ensuite, ce sont souvent des annulations par les usagers à l'occasion d'hospitalisations qui durent ou parfois de rejet du caractère urgent et, plus résiduellement, sur des dossiers incomplets ou des demandes qui sont irrecevables, notamment par rapport à l'âge.

Mme LETARD.- Merci beaucoup.

Est-ce qu'il y a des questions sur cette dernière partie de la présentation ?

Mme GREAUME.- J'ai entendu qu'il y avait un grand retard entre le dépôt du dossier et la mise en place de l'APA. C'est un critère, c'est bien de le donner. Cela dit, quand on voit les petits carrés orange où on détaille la procédure, est-ce qu'il y a possibilité de savoir combien de jours il faut pour chaque petit carré ? Cela nous permettra de savoir où cela bloque et comment faire pour améliorer les choses.

Mme LETARD.- Madame CARBAJAL, est-ce que, dans la séquence prochaine, les équipes auront l'occasion de venir préciser ces éléments ?

Mme CARBAJAL.- Oui. On connaît les délais. Les délais qu'on vous a présentés tout à l'heure s'appliquent à partir du moment où le dossier est complet, c'est-à-dire que, dans ce délai, on n'a pas d'éléments liés au fait qu'une personne ne nous a pas renvoyé telle ou telle pièce. Par contre, on va pouvoir dissocier le délai dans lequel on planifie la visite à domicile ou l'évaluation et le délai entre le moment où on a planifié la VAD elle-même. La proposition de plan, dans la quasi-majorité des cas, est faite à l'issue de l'évaluation, c'est envoyé dans la foulée le lendemain, ce n'est pas là-dessus qu'on

perd du délai. Le principal délai de ces deux mois est sur notre capacité à planifier l'évaluation, donc sur la disponibilité de nos équipes.

On va l'objectiver avec ces différents délais intermédiaires.

Mme LETARD.- C'est très clair, Madame CARBAJAL.

Mme GREAUME.- Le but n'est pas de critiquer, mais d'essayer de s'arranger au mieux pour raccourcir les délais trop longs pour les familles. Je vous remercie beaucoup pour la réponse donnée.

Mme LETARD.- Merci.

La question de Michèle nous permet de repréciser quel sera l'objet de la séance n° 2 dont l'objet principal sera l'organisation de l'information et de l'accueil en territoire, mais aussi l'évaluation administrative sociale et médicosociale de la perte d'autonomie, ainsi que l'organisation de la coordination des interventions autour de la personne.

Au travers de ces différentes rubriques, on va pouvoir effectivement intégrer sans difficulté les éléments de précision qui viennent d'être demandés par les uns et les autres et cela viendra alimenter ces différents items que l'on verra dans notre séquence du 11 mars qui aura lieu de 9 heures à 12 heures.

Cette séquence n° 2 sera suivie l'après-midi de la visite d'établissements dans la métropole lilloise. On vous communiquera les modalités pratiques très prochainement.

Je vous rappelle que les documents seront envoyés à l'ensemble des membres de la mission et disponibles sur les espaces partagés qui y ont été consacrés.

Par ailleurs, je discutais tout à l'heure en aparté avec Didier d'un rapport de la Cour des comptes qui a été produit. Un certain nombre de documents existent, soit des missions d'information nationales, soit des rapports de la Cour des Comptes ou d'autres organismes. On essaiera de mettre aussi les liens sur notre outil de partage pour vous faciliter un peu la vie si vous êtes intéressés par tel ou tel rapport, pour vous permettre de les consulter. Ainsi, tout le monde aura l'ensemble des informations et on sera en situation de les partager avec vous.

Encore merci pour ce gros travail que vous avez mené pour nous permettre d'être prêt pour entamer nos auditions de l'ensemble des acteurs de la prise en charge de l'APA. Je remercie l'ensemble des membres de la mission d'information.

On a terminé cette partie de la réunion. Je vais demander à Béatrice DESCAMPS, Christine DECODTS, Isabelle CHOUAIN et Céline SCAVENNEC que l'on évoque ensemble la préparation des questionnaires pour les séquences 2 et 3. Cela nous permet de bien partager la préparation des sujets – on va intégrer dans nos questionnaires ceux qui ont été évoqués par les uns et les autres – et de faire un peu le point sur les séquences qui vont se succéder.

Merci à toutes et à tous. Bon retour bon courage et bon appétit.

(La séance est levée à 12 heures 08.)

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU NORD
Mission spéciale d'information et d'évaluation
relative à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Séance 2 - 11 mars 2022

Étaient présents :

Présidente de la mission spéciale d'information et d'évaluation de l'APA

Valérie LETARD

Pour le groupe Union Pour le Nord

Béatrice DESCAMPS (Rapporteuse associée), Loïc CATHELAIN, Sylvie DELRUE, Charlotte PARMENTIER-LECOQ, Marie TONNERRE-DESMET

Pour le groupe Socialistes, Républicains et Citoyens

Christine DECODTS (Rapporteuse associée), Didier MANIER

Pour le Groupe Communiste et Républicain, Pour l'Humain d'abord !

Isabelle CHOUAIN (Rapporteuse associée).

Pour le groupe Ecologiste, EELV, Génération.s

Céline SCAVENNEC (Rapporteuse associée)

Ordre du jour

- Validation du compte rendu de la séance précédente2
- Report de la séance du 21 mars 20222
- Présentation de la séance de ce jour3
- ❖ L'accueil en territoire3
- ❖ Organisation de l'évaluation9
- ❖ Organisation de l'évaluation, modèle de financement de l'APA et sortie d'hospitalisation 24

(La séance est ouverte sous la présidence de Mme LETARD.)

Mme LETARD.- Nous allons ouvrir cette séance.

Avant de démarrer cette nouvelle séance de notre mission d'information, je vous propose d'abord de faire l'appel des membres de la mission.

(Appel)

Merci à toutes et à tous d'avoir pris sur votre temps pour être présent, puisque je sais que cette mission est assez chronophage, dense et concentrée dans le temps pour un sujet assez lourd et vaste à traiter.

Je précise que, à chaque séance, nous proposerons un lien de connexion pour permettre au plus grand nombre d'être connecté afin de participer à cette réunion. C'est vrai que ce n'est pas évident parce qu'une partie des participants est ici et l'autre partie est à distance. Lorsqu'on aura des débats et des tables rondes avec un certain nombre de partenaires, je vous encourage à venir en présentiel parce que vous savez mieux que moi combien l'interaction est plus efficace. En visio, où l'on prend la parole un par un, c'est toujours beaucoup moins productif en termes d'échanges et de regards croisés que la présence physique. Cela dit, je comprends que chacun a ses contraintes et on laissera toujours le lien. Quand on a des auditions successives, le fait que vous soyez en visio pose moins de problèmes, mais, quand on a des tables rondes, c'est beaucoup plus intéressant quand les participants sont présents.

- Validation du compte rendu de la séance précédente

Mme LETARD.- Vous avez reçu le compte rendu de la séance précédente. Avez-vous des remarques ? *(Aucune).*

Dans ce cas, on considère que le compte rendu est adopté.

Pour les comptes rendus des prochaines séances, étant donné la densité et la proximité des différentes séances (les 11, 18, 24 mars et 1^{er} avril), je pense que vous serez tolérants avec les équipes qui sont derrière moi et qui vont avoir un gros travail de retranscription des comptes rendus. C'est un travail fastidieux, ils vont nous remettre cela le plus rapidement possible mais, si vous ne les avez pas dans les délais impartis, vous saurez pourquoi et je pense que vous comprendrez.

- Report de la séance du 21 mars 2022

Mme LETARD.- Vous avez tous été saisis du changement de date de la séance plénière. De ce fait, la séance du 21 mars est reportée et cela nous fait décaler toutes nos auditions suivantes d'une date. De plus, pour ne pas bâcler nos auditions, je pense que nous avons besoin de deux dates supplémentaires. Du coup, entre le report, deux dates supplémentaires et pour avoir un rapport sur lequel on a le temps de faire les choses dans les règles de l'art, je vous fais la proposition suivante, sachant qu'il faut que ce soit une décision collégiale.

Normalement, on devait remettre notre rapport mi-juin. Pour que l'on ait un peu de délai et, à ce moment-là, on le signalerait en plénière pour que ce soit fait dans les règles de l'art, je propose que l'on saisisse la plénière de septembre pour présenter les conclusions du rapport. Cela nous laissera un peu de souplesse pour la rédaction du rapport. De plus, on aura tout de même l'occasion entre-temps d'avoir le nouvel exécutif national. Je trouve que, quitte à auditionner des responsables nationaux, quels qu'ils soient d'ailleurs, on aura la nouvelle stratégie en matière de politique de prise en charge de la dépendance et il me semble que c'est tout de même plus opportun. Si on doit faire des auditions, on n'est plus à un mois près, autant qu'on soit dans le bon timing.

Si personne n'y voit d'inconvénient, que ce soit pour les équipes techniques et administratives qui nous accompagnent, que ce soit pour la cohérence même des conclusions de notre rapport et pour ne pas bâcler le travail, je vous propose donc que l'on reporte la remise du rapport pour une présentation à la séance plénière du 26 septembre.

Sur ces propositions, souhaitez-vous intervenir ? Est-ce que cela vous convient ? Êtes-vous d'accord pour mettre cela à l'information de la prochaine séance plénière ? (*Personne ne s'y oppose.*)

Je pense que cette décision satisfera tout le monde et je vous en remercie.

- **Présentation de la séance de ce jour**

Mme LETARD.- Nous voilà maintenant arrivés à notre sujet à l'ordre du jour. Je commence par vous dire comment notre matinée sera structurée.

Dans une première partie, Madame CARBAJAL, responsable de la Direction de l'autonomie, nous dressera le panorama des chiffres de l'accueil et de l'information en territoire et des supports d'information et de communication disponibles.

Ensuite, Madame CARBAJAL sera accompagnée de trois personnes qui vont nous présenter l'évaluation médicosociale des personnes âgées, sujet qui est évidemment au cœur du dispositif de l'APA.

- Marie-Elisabeth DUWELZ, responsable du pôle autonomie de Cambrai.
- Lilia BOUDIAF, médecin au pôle autonomie de Lille.
- Anne DECOOPMAN qui représente le pôle autonomie des Flandres.

Ensuite, vers 11 heures, nous recevrons les délégations des différents secteurs, public, privé à but lucratif, privé à but non lucratif, UDCCAS et URIOPSS, pour évoquer avec eux la question de l'APA en établissement.

Sans plus attendre, Madame CARBAJAL, nous allons vous entendre sur le nouvel aspect du travail qui est devant vous.

❖ **L'accueil en territoire**

Mme CARBAJAL.- Sur l'accueil, je vais essayer d'aller assez vite mais on pourra bien entendu y revenir autant que vous le souhaitez ou sur des questions écrites.

J'ai un support qu'on vous transmettra avec tous les liens, notamment la petite vidéo qui explique ce qu'est un relais autonomie. Dans le PowerPoint que vous aurez, vous pourrez de chez vous accéder à tous les liens pour découvrir les vidéos ou les documents de communication. J'en ai amené quelques-uns en papier qui peuvent éventuellement circuler.

Le relais autonomie, c'est une démarche qui a été lancée en 2017. Je rappelle que, sur les questions d'accueil et de relation à l'utilisateur, nous sommes sur une stratégie commune personnes âgées et personnes en situation de handicap. Nous avons fait le constat en 2017 que les personnes âgées et les personnes en situation de handicap étaient accueillies mais sans réel pilotage, qu'elles étaient accueillies dans les accueils généralistes des villes ou parfois des centres sociaux.

Le Département a donc décidé d'avoir une sorte de label, qu'on a appelé « relais autonomie », pour que ces acteurs d'accueils généralistes puissent adhérer au label, pour que l'on puisse davantage les animer, leur donner des éléments sur ce que fait le Département en matière d'autonomie.

Nous avons démarré en 2019 avec 39 partenaires. Aujourd'hui, nous avons 56 relais autonomie. Au point de vue nature de ces relais autonomie, ce sont à la fois des Villes, des CLIC qui sont des partenaires privilégiés du Département en matière d'accueil et d'information des personnes âgées et qui assurent maintenant la mission de relais autonomie, ce sont également des centres sociaux et évidemment nos UTPAS qui, progressivement, entrent dans le dispositif relais autonomie.

Ces relais autonomie proposent un accueil physique de qualité et de proximité, une information individualisée et adaptée puisqu'ils ont accès à nos bases de données et donc à nos outils métiers qui leur permettent notamment de voir où en est une demande d'APA, qui leur permettent également de nous informer nous Département de la nature de l'accueil et des questions posées. Nous sommes donc dans un système connecté avec ces 56 acteurs.

Ils proposent également une orientation vers un service approprié. Les relais autonomie offrent un accueil certes dédié aux questions de l'autonomie, c'est un label qui permet de le faire avec davantage d'outils, mais ce ne sont pas des spécialistes. Ils vont pouvoir, lorsqu'il y a des besoins, orienter vers d'autres partenaires davantage spécialisés sur la problématique des personnes qu'ils rencontrent et parfois orienter vers un de leurs services.

Je prends le cas d'un CLIC, qui a des missions d'accompagnement auprès des personnes âgées. Si la personne qu'il reçoit en accueil nécessite un accompagnement et une coordination individuelle, il va pouvoir l'orienter vers son propre service. L'idée est que les Villes, les UTPAS, etc. puissent orienter vers d'autres services spécialisés.

Cet accueil dédié se situe au milieu entre l'accueil généraliste des Villes qui demeure, sachant que toutes les villes ne nous ont pas rejoints sur le label, et les accueils et accompagnements spécialisés. On est sur cette idée de construire cet accueil de façon multi partenariale avec les relais autonomie puisque ce sont des publics qui vont taper à toutes les portes, notamment aux portes des communes qui restent de toute façon les interlocutrices de proximité pour beaucoup d'entre eux.

Les missions des relais autonomie

De fait, nous avons bâti une convention d'engagements réciproques qui définit le niveau de services attendu, réciproques puisque cela définit également ce que le Département et la MDPH apportent à ces acteurs, notamment des coordinations très régulières avec ces acteurs. Tous les territoires animent ces réseaux d'acteurs de façon trimestrielle avec les responsables de structure et également avec les professionnels de l'accueil.

Quand vous aurez le PowerPoint, vous pourrez cliquer et obtenir le document pour avoir ce que nous avons mis dans cette convention d'engagements réciproques, mais également la convention d'accès aux données personnelles puisque nos relais autonomie ont vraiment accès à notre base métiers, il était donc nécessaire de sécuriser cet accès avec cette convention d'accès aux données.

Vous nous aviez demandé de repérer où étaient ces relais autonomie, au nombre de 56 aujourd'hui.

Vous voyez en détail sur la carte les endroits où ils se trouvent. Les petites légendes vous indiquent la nature de la structure qui porte la mission relais autonomie sur chacun de nos territoires.

On vous a mis le lien vers la carte tout public, vous pourrez zoomer suivant les territoires pour voir qui est qui. C'est vers cette carte interactive que l'on renvoie nos publics. Comme on développe le réseau, on a à peine imprimé le support papier que c'est déjà daté. On a donc préféré pour l'instant, le temps qu'on stabilise le réseau, avoir une communication numérique des relais autonomie, cette carte est disponible sur le site du Nord.

Vous avez là le nombre de sites. Je le disais, nous avons 56 structures relais autonomie, mais, certaines structures ayant plusieurs sites d'accueil, nous avons 64 lieux d'accueil autonomie au travers du département qui sont plus particulièrement partenaires avec nous. Vous avez le détail par direction territoriale.

Nous avons l'objectif que l'ensemble de nos UTPAS soient relais autonomie d'ici la fin de l'année. La réorganisation en cours sur la DGA Sol met un petit coup de frein sur cet objectif, mais on compte bien reprendre les travaux avec les UTPAS non encore engagées à l'automne.

Quand je parlais d'engagements réciproques, je pensais notamment à la formation des agents d'accueil de relais autonomie. C'est une formation assez lourde, mais l'accueil de nos publics le mérite bien. On a quatre jours de formation pour l'ensemble des agents d'accueil des relais autonomie, dont une journée sur la thématique des seniors et deux jours plus spécifiquement sur les personnes en situation de handicap puisque les dispositifs sont un peu plus nombreux et plus compliqués à intégrer pour les professionnels de l'accueil. À ce jour, nous avons formé plus de 230 agents d'accueil, lesquels sont régulièrement associés à des réunions et à des rencontres sur des points qu'ils souhaitent aborder au niveau de chaque territoire.

Un des autres engagements du Département dans le cadre des relais autonomie était également de travailler avec ces relais autonomie à l'accès numérique pour nos publics seniors et pour nos publics en situation de handicap.

Nous avons livré ce bel outil à chacun des relais autonomie qui en avaient la possibilité. C'est une table numérique qui va permettre, notamment aux personnes en fauteuil – puisque cette table est adaptée et ergonomique –, de faire ses démarches de façon numérique tout en étant accompagnées par un professionnel de l'accueil. Nous en avons commandé 75, 61 sont installées et les 14 autres sont en cours d'installation. C'est quelque chose qu'on a commencé en 2020, on vous a indiqué l'utilisation moyenne de ces tables numériques constatée depuis leur installation. C'est un outil assez nouveau, on continue la livraison des tables que nous avons commandées.

Ce tableau (nombre de dossiers APA commandés par les partenaires) est assez illisible, mais il vous montre que nous mettons à disposition notamment le dossier APA que vous aviez eu la dernière fois. Toute structure peut commander auprès du Département des dossiers d'APA et d'autres documents dont on parlera après. Ce sont des éléments que l'on met à disposition de façon gratuite sans qu'il y ait plus de partenariat que cela. Tous nos documents de communication et tous nos dossiers peuvent être commandés auprès du Département. Sur l'APA spécifiquement, nous distribuons environ 20 000 dossiers par an depuis 2019.

Les données sur l'accueil

Je vous le disais, nous menons un effort constant pour accompagner les professionnels au niveau de l'accueil. Nous avons mis en place la possibilité de prendre des rendez-vous davantage personnalisés quand le premier accueil ne suffit pas.

Vous avez sur ce graphique les motifs pour lesquels les personnes âgées se rendent en relais autonomie. Le motif le plus souvent invoqué est la prise de renseignements de premier niveau, mais également l'aide à la complétude du dossier d'APA.

Concernant l'accueil physique, vous avez les chiffres par territoire sur les quatre dernières années. Bien entendu, le Covid est passé par là. Comme je vous l'avais déjà dit la dernière fois, on était sur une montée en puissance de ce dispositif quand la crise sanitaire est arrivée et on doit réactiver le réseau puisque, d'un territoire à l'autre, on a ces statistiques.

Je vous alerte sur le fait que, malgré nos efforts, on sait que certaines structures ne renseignent pas l'outil, on a donc un travail à faire avec ces structures puisque nos données sont bien évidemment incomplètes, notamment avec Douai et Roubaix-Tourcoing. On sait qu'ils accueillent davantage, mais, aujourd'hui, les professionnels ne remplissent pas forcément l'outil qu'on met à leur disposition. Là-dessus, on a un travail de conviction à mener avec ces structures pour que l'on puisse avoir des données davantage stabilisées. Par souci de transparence, on vous donne les chiffres que l'on a, mais avec l'alerte que je viens de faire sur le fait qu'ils ne sont pas exhaustifs sur certains territoires.

Intervenante.- Avec la Covid, certains refusent de se déplacer. Il y a encore ce critère. Les CLIC nous interpellent sur ce sujet.

Mme CARBAJAL.- Vous avez ensuite les chiffres par mode d'accueil. On constate que l'accueil téléphonique demeure le mode d'accueil le plus utilisé par les personnes âgées.

Vous avez nos statistiques d'accueil sur les relais autonomie, mais pas seulement – je vais faire modifier le titre –, puisque nous y avons inclus les données d'accueil téléphonique au niveau de notre plateforme. Entre 2019 et 2020, il y a un gros décroché sur l'accueil téléphonique. On constate que, majoritairement, les personnes préfèrent nous appeler ou appeler nos partenaires relais autonomie plutôt que de se déplacer et je pense que cette habitude a été renforcée par la crainte liée au Covid.

Ce *slide* rappelle notre stratégie d'accueil, pour souligner que nous sommes sur une stratégie d'accueil multicanal.

Par rapport aux questions plus précises que vous aviez posées, je vous présente la façon dont on pilote notre stratégie. Les accueils généralistes demeurent, les accueils spécialistes demeurent également. Nous n'avons pas de convention particulière avec ces accueils, si ce n'est qu'avec les Villes, nous avons des conventions de partenariat, notamment sur la lutte contre l'isolement, qui nous permettent de créer des liens avec ces villes, d'expliquer davantage quels sont nos dispositifs, quelles sont les compétences du Département et les compétences de la MDPH pour ces structures. Nous avons une animation territoriale de ces accueils, qui n'est pas régulière aujourd'hui, mais, quand on a un changement de mode de faire ou de nouvelles prestations à mettre en œuvre, chacun en territoire réunit ses partenaires, explique ce que l'on fait, etc. Comme je vous l'ai dit, toute structure d'accueil peut demander les différents supports de communication que bâtit le Département.

Là-dessus, bien entendu, nous n'avons pas de chiffres à vous donner puisque déjà, sur les accueils avec lesquels nous avons un partenariat, il faut que l'on y retourne pour avoir des chiffres stabilisés et on n'a pas eu le temps dans le délai imparti de savoir combien ils accueillent de personnes âgées. Nous savons qu'ils en accueillent, sans doute beaucoup, mais nous n'avons pas de données consolidées à vous offrir sur cette question.

Il y avait également une question sur la coordination avec les caisses de retraite. Avec les caisses de retraite, nous avons un protocole qui date de 2017, qui s'appelle le protocole « bien vieillir », sur lequel on a des liens à créer, notamment sur l'accueil, notamment sur la connaissance des dispositifs des caisses de retraite et vice versa. Comme vous le savez, la CARSAT et la MSA ont fermé leurs accueils en propre et investissent plutôt aujourd'hui les dispositifs Maisons France Services. Nous avons huit Maisons France Services qui sont également relais autonomie. Dans ces lieux d'accueil, les professionnels sont à la fois compétents pour répondre sur un premier accueil concernant les caisses de retraite, mais également sur les dispositifs départementaux et l'enjeu sur les relais autonomie est d'articuler davantage nos lieux d'accueil relais autonomie – c'est ce dispositif.

Même si on avait envisagé au départ d'avoir une stratégie d'accueil commune avec la CARSAT dans ce protocole, la mise en œuvre et la montée en puissance des Maisons France Services nous font plutôt aller vers le fait que c'est finalement la stratégie Maisons France Services qu'il faut investir sur les accueils partagés, sur des publics qui peuvent avoir besoin d'informations.

Mme DUWELZ. - En milieu rural, on a fait des statistiques au niveau du bus itinérant. 70 % de l'activité sont consacrés à instruire les dossiers de retraite. Cela démontre bien que la variété de l'offre de service en bus itinérant ou en Maison France Services est un atout. Ceci étant, concrètement en territoire, au niveau des collaborations, on sent bien que les structures du type CARSAT se sont davantage engagées sur la prévention. Pour tout ce qui est accompagnement, préparation à la retraite, cette mission était donnée auparavant aux CLIC, elle est maintenant confiée aux centres sociaux et, sur les territoires, on sent bien un désengagement en termes d'accompagnement au niveau des situations et c'est un constat généralisé.

Il y a un an, j'ai fait un mail à la CARSAT. Avant, je voyais la responsable. Je n'ai même pas de réponse.

Le dossier unique permettra peut-être de recréer des liens et d'avoir une vision beaucoup plus en coordination, mais cela reste tout de même compliqué, un peu moins à la MSA puisqu'on participe à des groupes de travail en lien avec la prévention du bien vieillir, mais cela reste tout de même compliqué.

Mme CARBAJAL.- Sur ce dossier unique, il y a l'enjeu de l'accueil, mais également l'enjeu de croiser nos évaluations et de porter le même regard sur les situations. Là-dessus, c'est vrai que nous avons un peu de difficultés à mobiliser nos partenaires qui sont mobilisés sans doute par ailleurs par autre chose, mais il est vrai que le dossier unique nous redonne une dynamique de travail avec la CARSAT que nous avons perdue ces deux dernières années. Soyons optimistes, cela devrait se débloquer. Je partage les constats de Marie-Elisabeth.

Vous vous demandiez aussi quelles étaient les difficultés rencontrées. Comme je vous l'ai dit, nous avons une appropriation des missions qui est encore différenciée ; dans l'outil, ce n'est pas encore parfait. C'est toute la difficulté mais aussi l'intérêt de travailler en multipartenarial sur les conventions d'engagement. C'est une difficulté mais, en même temps, une richesse que d'avoir plusieurs acteurs qui mènent les mêmes missions.

Nous avons aussi un enjeu sur les relais autonomie à faire connaître davantage ces dispositifs. Comme je l'ai dit, nous étions en montée en puissance en 2019, nous avons prévu dès 2020 un plan de communication un peu plus ambitieux que ce qu'il était au démarrage. Nous avons dû revoir nos priorités et nous espérons avoir ce plan de communication dès 2022 pour faire connaître davantage l'existence de ce réseau de partenaires un peu plus spécialisés.

Vous nous demandiez également quels étaient les atouts de cette stratégie d'accueil. Pour moi, le fait de construire cela de façon multipartenariale est un atout puisque, derrière, chacun a son offre de services, son réseau de partenaires et, plus on agrège cela, plus on a une chance d'orienter vers la bonne personne sur chaque territoire. Il y a également l'atout de la proximité ; avoir des acteurs ancrés sur leur territoire permet de donner des réponses plus individualisées et, à mon avis, les réunions de coordination territoriale menées – je n'en ai pas encore fait – sont très riches en matière d'apports croisés de ce que l'on peut apporter à ces populations.

Mme DUWELZ.- C'est vrai que cela prend de plus en plus de temps, y compris dans le cadre de l'évaluation multidimensionnelle.

La concertation et le travail partenarial sont importants. Je pense aux services d'aide à domicile, c'est un sacré enjeu. Il y a également un travail important avec les CLIC qui prennent en charge les personnes. Suivant les territoires, on peut dire qu'ils mènent des missions complémentaires non prévues dans le cahier des charges. Ils sont au contact de la population – je pense à des demandes de protection – et c'est un atout. Ce n'est pas forcément possible partout en fonction des moyens et des réalités. La coordination prend du temps.

Mme CARBAJAL.- Avez-vous des questions sur cette première partie de la présentation ?

Mme PARMENTIER-LECOQ.- Avez-vous une idée de la connaissance qu'a la population de l'existence des relais autonomie ? Est-ce qu'ils vont naturellement vers les relais autonomie ? Est-ce que les mairies ou les prescripteurs en parlent ?

Mme LETARD.- Effectivement, vu du terrain et vu des usagers, comment se fait l'articulation ? Est-ce que, justement, avec le relais des maires et des communes, le maillage, la concertation et les échanges territoriaux sont importants ? Est-ce que la communication se passe bien ? Est-ce que le maillage avec les collectivités, les outils et les relais autonomie permet que les usagers soient tout de suite envoyés vers le bon interlocuteur et que le plus grand nombre d'usagers ait connaissance de la clef d'entrée ?

Mme DUWELZ.- Au niveau relais autonomie, il y a deux missions : l'APA et la MDPH. Au niveau de l'APA, cela dépend des territoires. Dans la mesure où le CLIC peut aller à domicile, il peut y avoir une information téléphonique suivie d'une visite à domicile.

Pour les personnes âgées, il n'y a pas de souci parce que les CLIC sont identifiés et travaillent en partenariat avec le maire. Par exemple sur Cambrai, ils rencontrent régulièrement les maires.

Ceci étant, par rapport aux élus, suivant l'ouverture des droits, on a des CCAS, mais, dans les petites communes, ce n'est pas la même offre. Sachez que, sur Cambrai, 52 communes sur 116 ont signé la convention de partenariat de lutte contre l'isolement. C'est le coordonnateur du service qui fait le tour des mairies. Il y a un appel téléphonique au départ parce qu'on ne peut pas communiquer les listes

des bénéficiaires, que ce soit sur l'APA ou les prestations MDPH. L'UT passe un coup de téléphone aux personnes repérées via une liste de la MDPH, cela permet de faire des liens avec les maires et de réorienter si les gens acceptent d'être sur la liste des personnes plus vulnérables.

Certaines mairies ont eu de véritables permanences. Dans mon équipe, des évaluateurs sont élus. Ils prennent contact au niveau des personnes âgées.

Pour les petites communes, c'est plus compliqué, cela dépend forcément des moyens de chaque commune et cela varie.

On vient « d'attaquer » une deuxième unité territoriale et on sent bien que, parfois, les mairies sont un peu démunies, mais connaissent aussi les UTPAS.

Mme LETARD.- L'idée est que le mode d'emploi soit accessible partout, que l'on sache comment s'articulent et se connectent les différents acteurs pour être sûrs qu'il n'y ait pas d'usagers qui se retrouvent en panne, y compris sur des territoires plus petits.

Mme DUWELZ.- Pour moi, l'atout, ce sont les CLIC qui existent depuis 2002. C'est vraiment le cœur de métier. La coordination se fait avec le pôle autonomie et avec les mairies. Les mairies interpellent les CCAS, elles interpellent également les CLIC et, quand il y a une situation complexe, c'est tout ce travail de coordination qui permet d'avancer en complémentarité.

Intervenante.- Tous les partenaires se mettent en lien avec les CLIC pour permettre cette coordination.

M. CATHELAIN.- Pour parler de mon territoire et de ce que je constate, je suis également vice-président de mon CCAS, je trouve que les CLIC manquent un peu de visibilité. De ce que l'on m'a rapporté, toutes les personnes qui ont eu affaire aux CLIC sont très satisfaites des informations qui leur ont été transmises, mais, à la base, tout le monde n'identifie pas le CLIC, ne sait pas ce que c'est et, souvent, la première porte – en tout cas chez moi à Marcq-en-Barœul – est le CCAS. On vient voir le CCAS et, après, on relaie et on oriente les personnes vers le CLIC.

Les gens ne savent pas ce qu'est un CLIC, ne savent pas ce que cela veut dire. Il y a peut-être quelque chose affaire au niveau du nom. C'est difficile à identifier, « CLIC » ne veut rien dire en soi. Il y a un manque de visibilité certain.

Mme SCAVENNEC.- Je confirme ce que disait Monsieur CATHELAIN sur les CLIC. De ce que j'en ai entendu, les CLIC donnent satisfaction à tout le monde, mais ils manquent de visibilité.

J'ai du mal à comprendre les évolutions des périmètres territoriaux des CLIC. Ce n'est pas très clair. Pour ce qui concerne la commune de Mons-en-Barœul, c'est le CLIC Eollis qui est basé à Phalempin – c'est quand même un peu loin –, sachant que, il y a quelques années, il a intégré des communes de l'ouest de Douai.

Sur le site Internet, cela n'apparaît nulle part. Quand on est de Mons-en-Barœul et qu'on cherche un relais autonomie, on ne sait pas à qui on doit s'adresser.

Je suis étonnée de voir l'information qui est faite sur Internet. Vous avez parlé de 54 relais autonomie. Sur le site, j'en compte 47 et non 54.

Par ailleurs, on ne précise pas quelles sont les communes concernées, l'utilisateur n'est donc pas plus informé pour autant. Quand le relais autonomie est celui de la communauté de communes de tel endroit, c'est assez évident, mais, quand c'est le CLIC Eollis de Phalempin, on ne sait pas qui relève de ce relais autonomie.

Par ailleurs, je suis étonnée qu'il n'y ait que neuf communes. On sait bien que les CCAS sont partout la porte d'entrée. Est-ce parce que les communes n'ont pas sollicité le label « relais autonomie » ? Est-ce que cela les contraint, est-ce que cela pose problème, est-ce qu'elles n'y voient aucun intérêt, aucun avantage ? J'aimerais comprendre pourquoi, alors même que toutes les communes mènent ce travail, elles ne sont pas identifiées comme telles ?

Mme CARBAJAL.- La première question répond finalement à la deuxième.

Sur le périmètre d'intervention des relais autonomie, nous n'avons pas souhaité mettre de périmètre géographique. On donne des lieux d'accueil physique et les personnes vont dans le relais qui les arrange, le plus proche de chez elles. C'est de l'accueil de premier niveau et il n'y a pas de compétences territoriales.

Les CLIC dans leur mission d'accompagnement ont une compétence territoriale, mais, pour leur mission d'accueil, on joue sur le lieu d'implantation, on indique là où est le relais autonomie, mais il n'y a pas de ressort géographique. C'est en partie ce qui a un peu freiné les communes, c'est un premier élément d'explication.

Le deuxième est que, sur le public âgé, il n'y a pas de difficulté, mais je pense que le public en situation de handicap a pu faire un peu peur aux communes parce que ce sont des dispositifs un peu plus compliqués à maîtriser, à comprendre et à appréhender.

La troisième explication est que, même si l'on a de l'investissement de nos équipes, de l'investissement de matériels, de l'investissement d'outillage, nous ne rémunérons pas la mission d'accueil relais autonomie.

Nous avons essayé de convaincre les communes d'y aller en disant qu'elles feraient cet accueil mais avec de nouveaux outils. Nous n'avons réussi à n'en convaincre que neuf aujourd'hui, une dixième tape à la porte. On s'est dit que, par la preuve, on arriverait à convaincre davantage. Ce sont les éléments d'explication que je peux donner au fait que l'on n'ait que neuf communes.

Ensuite, l'idée est de multiplier cet accueil dédié, tout en se disant : est-ce que l'on n'a pas plus intérêt à avoir des accueils généralistes qui sont au courant de ce que l'on fait et de ne garder que quelques points vraiment dédiés sur le territoire, sur lesquels on a un niveau de plus ? C'est l'évaluation de ce dispositif qui nous dira comment on le fait évoluer ou non par rapport à l'idée de base. Nous sommes le seul Département à ma connaissance à travailler de cette façon les questions d'accueil des publics autonomie. Nous avons d'ailleurs dû présenter nos démarches à plusieurs reprises au niveau du national qui se demande également s'il ne faut pas un label pour les personnes âgées. Nous sommes un peu précurseurs sur notre façon de penser cela.

En tout cas, il faudra évaluer ce dispositif. Nous n'en avons pas encore eu l'occasion puisqu'il est assez récent et nous avons été un peu percutés par d'autres sujets pour vraiment le développer. On espère que, en 2023-2024, on pourra prendre le temps d'évaluer et voir s'il ne faut pas prendre de nouvelles orientations.

Mme LETARD.- Merci.

Je vous propose de passer à la partie suivante.

Mme CARBAJAL.- Dans le PowerPoint, vous trouverez tous les supports d'information que je ne commente pas.

❖ Organisation de l'évaluation

Dr BOUDIAF.- Merci de nous permettre aujourd'hui de vous présenter une des missions du pôle autonomie relative à l'évaluation médicosociale autour de l'APA.

Nous allons vous parler de l'organisation principale des évaluations et des acteurs impliqués, notamment des grands principes de l'aide financière personnalisée à l'autonomie.

Mme DECOOPMAN.- Un des principes mis en avant est de permettre le maintien à domicile notamment de la personne de plus de 60 ans, en respectant essentiellement son projet de vie. Pour cela, on utilise une approche multidimensionnelle et systémique, qui permet d'impliquer une coordination de territoires, pour aboutir à une évaluation individualisée et à la mise en place d'un plan d'aide personnalisé.

Le centre de l'APA, c'est le maintien à domicile de façon individualisée.

Dr BOUDIAF.- Une autre branche de l'APA permet de répondre à certaines situations dont le besoin d'accompagnement à domicile est urgent via l'APA d'urgence.

Mme DECOOPMAN.- Au niveau des activités administratives, les dossiers sont envoyés à Lille, c'est la première phase au niveau enregistrement, maîtrise de l'activité et du pilotage. Une fois que les dossiers sont complétés, le central oriente les demandes vers les évaluateurs médicosociaux.

Ensuite, on est tenu réglementairement par un délai de deux mois à compter de la complétude jusqu'à l'évaluation. C'est soumis à certains aléas liés parfois au manque de personnel, que ce soit en central ou en territoire.

L'évaluation médicosociale est multidimensionnelle, d'où l'importance d'aller en visite à domicile. Il est noté « pluridisciplinaire si besoin », dans le cas des situations complexes. Les évaluateurs médicosociaux font la visite à domicile seuls. Avant, la CARSAT et la MSA y travaillaient ; j'ai connu le fait qu'ils allaient en visite avec les évaluateurs médicosociaux et il y avait une complémentarité sociale. Là, avec cette évaluation, les évaluateurs médicosociaux doivent monter en compétences.

Mme CARBAJAL.- Nous avons eu une question écrite sur les ratios. C'est un peu compliqué à travailler, on vous donne de premiers éléments et on continue à travailler pour répondre plus précisément à la question qui nous a été posée la dernière fois et que vous avez confirmée par écrit.

Entre 2012 et 2021, le nombre de demandes d'APA a augmenté de 26 %, alors que nos postes d'EMS n'ont augmenté que de 19 %, tout en ayant d'autres missions que l'évaluation APA. C'est pourquoi on n'arrive pas à faire les ratios demandés ; nous avons les ETP et les postes, mais, pour connaître plus finement le temps d'activité dédié à l'APA, cela nécessite d'un peu plus de temps pour vous donner des chiffres qui veulent dire quelque chose.

On vous donne ces premiers repères, on les affina. En 2012, un évaluateur médicosocial faisait 37 évaluations par mois. En 2021, il en fait 40. Cependant, cet évaluateur fait d'autres activités et autrement. C'est pourquoi je vous donne les limites de cette comparaison.

Mme DUWELZ.- Notamment au niveau de l'accueil familial, par exemple sur Cambrai, cela représente 27 % de l'offre départementale au niveau des personnes accueillies. Ils font les agréments accueil familial, le contrôle des accueillants familiaux, ils font aussi les évaluations avec le seul coordinateur du pôle que nous avons. Avec l'évaluation multidimensionnelle, c'est vrai que leur mission a évolué au niveau des aides techniques logement, puisqu'on leur demande aussi cela. Il faut donc tenir compte de tout ce travail, du partenariat au niveau de l'animation de l'habitat inclusif, puisque, même si l'idéal est le maintien à domicile, les personnes peuvent aller dans les résidences autonomie ou des résidences seniors. Il y a donc tout ce travail qui intervient et qui permet aussi de travailler la coordination avec nos partenaires. La connaissance de l'offre du territoire permet aussi d'orienter.

Mme CARBAJAL.- Ce sont les premiers repères que l'on vous donne et nous essaierons de donner des choses plus fines sur les questions plus précises de ratio ETP/activités APA.

Mme LETARD.- Vous pourrez nous détailler les missions complémentaires que Marie-Elisabeth vient de nous exprimer pour que nous ayons une vision de ce que fait un évaluateur.

Mme CARBAJAL.- On en a mis quelques-unes, dont l'accueil familial. Ensuite, il y a l'enjeu. Evaluer et décider de l'APA est une chose pour laquelle on a sans doute un nombre suffisant d'ETP. Après, il y a toute la mission connexe que l'on va avoir du mal à quantifier, l'accompagnement, le fait d'être disponible pour la personne qui a des questions sur le droit qu'on vient de délivrer, d'être disponible pour éventuellement l'orienter et mettre en œuvre. Ce n'est pas parce qu'on a une notification, une décision d'APA que, derrière, cela s'enclenche tout seul. Il y a donc toutes ces activités ; plus on ajoute des dispositifs liés à la connaissance de nos professionnels, plus il y a ce travail de coordination et d'horlogerie que l'on aura du mal à quantifier, mais vers lequel nos professionnels tendent. Entre ce qui est *stricto sensu* de l'évaluation, la délivrance de droits et le fait que ce soit mis en œuvre par la personne de façon bien appropriée, c'est cette activité que l'on ne peut pas normer, qui est en plus très différente d'une personne à l'autre et d'un professionnel à l'autre, que l'on souhaiterait développer davantage et pour lequel il est vrai que l'on est un peu court.

Mme LETARD.- Vous l'avez vu, on a relâché un peu l'état par rapport à la restitution de notre travail global, même s'il est vrai que, plus on a des informations et des éléments précis en amont, mieux c'est pour réaliser le travail de synthèse qu'on aura à faire. Les contributions écrites sont vraiment faites pour cela, on sait bien que l'on ne peut pas en quelques minutes résumer des sujets aussi complexes et des sujets qui croisent autant d'éléments.

Sur tous ces aspects que vous venez d'évoquer, on voit aussi l'impact et l'importance que vous pourrez aussi évoquer dans vos contributions écrites entre les ressources humaines dont vous disposez, le contenu des missions et des sujets qu'il faut appréhender pour justement apporter une offre globale telle que vous le dites et mettre cela en parallèle au temps de délivrance d'autorisation ou de prise en charge.

Le métier évolue, la façon d'appréhender le sujet évolue. Comment peut-on analyser le ratio ? Est-il satisfaisant ou pas ? C'est aussi l'occasion pour vous de nous dire comment vous voyez les choses.

Mme TONNERRE.- J'ai une question concernant ces évaluateurs. Quel profil ont-ils ? Il y a une évaluation médicosociale.

Hier, j'étais à Maubeuge et, dans le cadre de l'ASE et des reconnaissances MDPH, les travailleurs sociaux nous expliquaient que, pour constituer le dossier MDPH, leur difficulté est qu'il fallait une évaluation sur plusieurs sujets au niveau médical et que, le temps de regrouper l'ensemble des attestations des médecins ou des professionnels de santé, dans le désert médical que l'on connaît aujourd'hui dans certains secteurs, quand ils avaient obtenu la première attestation d'un médecin et la dernière attestation nécessaire par exemple de l'orthophoniste, l'attestation du médecin n'était plus valable.

On se demandait s'il ne faudrait pas mettre en place des évaluateurs. C'est pourquoi je me permets de vous poser la question sur le profil des évaluateurs APA.

Mme CARBAJAL.- Les collègues vont revenir sur la formation des professionnels APA, je ne vais pas m'appesantir sur ce sujet. Je vais répondre à la question sur la MDPH et le problème que vous évoquez notamment sur la constitution des éléments.

S'agissant des éléments demandés au niveau du dossier MDPH, c'est réglementaire. On travaille avec la CNSA pour simplifier au maximum ces démarches. Néanmoins, les bilans demandés sur certains dispositifs sont réglementaires. Même si nos équipes pluridisciplinaires à la MDPH peuvent parfois surseoir à certains certificats demandés, on est dans la logique de Cerfa et, à l'heure actuelle, sur des pièces notamment médicales et paramédicales qui sont très fastidieuses à obtenir, pour lesquelles on a une injonction au niveau de la complétude notamment des éléments médicaux et paramédicaux sur la MDPH.

Sur l'APA, le certificat médical n'est pas obligatoire, on s'évite cette complexité que l'on rencontre à la MDPH. J'espère que, quand ils vont cerfatiser et nationaliser cette demande d'APA, ils ne demanderont pas des documents actuellement non obligatoires. De ce fait, la constitution de la demande d'APA se fait de façon beaucoup plus fluide et beaucoup plus simple qu'une constitution de demande auprès de la MDPH. Encore une fois, ce sont des éléments réglementaires et, là-dessus, même si on le redit à nos acteurs nationaux, sachez que, jusqu'à présent, nous n'avons pas été entendus.

Mme LETARD.- Madame CARBAJAL, il serait peut-être bien que, dans votre contribution, vous nous fassiez part de toutes ces difficultés liées à des exigences réglementaires qui pourraient être portées à connaissance au niveau au-dessus en vue d'une simplification des démarches, tout en sécurisant bien évidemment l'évaluation et toutes les exigences médicales que l'on doit avoir. Faites-nous aussi le panégyrique de tout ce que vous identifiez comme étant des contraintes réglementaires qui pourraient trouver un assouplissement.

Mme CARBAJAL.- Sur l'APA, à l'heure actuelle, c'est plutôt « *light* » au niveau de la constitution. Mon alerte est qu'il faut que cela le demeure.

Mme LETARD.- C'est important de le signifier. N'hésitez pas à le redire.

Dr BOUDIAF.- Au niveau de l'APA dite classique, de manière générale, la qualification est faite de manière centrale avec quatre visites à domicile par jour et par EMS dans l'organisation générale des territoires.

Une autre branche est l'APA demandée en urgence. C'est une autre organisation. Le principe est qu'on la sollicite quand, sans l'instauration d'aide au domicile, le maintien ou le retour à domicile est compromis.

Il y a deux types de provenance des demandes d'APA d'urgence. Il y a les demandes d'APA d'urgence des centres hospitaliers ; la demande est centralisée et une évaluation administrative suffit pour donner un accord sous 48 heures à l'utilisateur et au demandeur. Il y a l'APA d'urgence sollicitée du domicile où l'évaluation administrative est identique, rapide et où un accord médical est systématiquement envoyé – nous sommes quatre médecins territoriaux dans les différents pôles autonomie – et on s'engage à donner une réponse dans les 48 heures.

L'APA d'urgence classique à l'heure actuelle est accordée uniquement pour les aides à la personne : toilette, habillage et repas. C'est un forfait valable pour deux mois, ce n'est pas deux mois stricts, mais plus ou moins deux mois en fonction des délais d'évaluation d'une demande d'APA classique qui doit être faite en parallèle pour une continuité des soins, permettre le passage d'un évaluateur médicosocial à domicile pour une adaptation du plan d'aide et pour évaluer les autres types de besoins à domicile, notamment les aides techniques et les aides à la vie courante.

Mme DECOOPMAN.- Je vais essayer de vous présenter de la façon la plus simplifiée possible la complémentarité entre les deux évaluations, l'évaluation administrative centralisée pour laquelle vous avez déjà eu quelques informations et l'évaluation médicosociale qui est complètement territorialisée.

Au niveau du central de Lille, vous avez un premier service, qui s'appelle le SIAPA, le service d'instruction des APA, qui a pour mission de vérifier la complétude des dossiers, l'enregistrement de la demande. Une fois que le dossier est complet, le relais est passé au niveau du service de planification, également centralisé sur Lille. Le personnel a pour mission d'organiser la planification des visites à domicile. Elle se fait directement sur les agendas des EMS, des infirmiers, par le biais de logiciels. Suite à cette planification, un courrier écrit est envoyé à l'utilisateur – on y reviendra après puisque le fait que ce soit par courrier est un frein. On prévoit cette évaluation sur une demi-journée complète. Ils sont prévenus du passage d'un évaluateur médicosocial à leur domicile entre 8 h 30 et 12 heures ou 13 h 30 et 16 h 30.

Les amplitudes horaires sont assez conséquentes, c'est aussi une difficulté pour la personne âgée et notamment pour la famille qui doit être présente. Il est difficile d'avoir un créneau plus précis parce qu'on ne sait pas le temps qu'on va passer sur une évaluation. Plus on est précis, plus il y a une attente et, si on déroge de cet horaire, c'est compliqué. C'est donc un frein notamment au niveau des usagers.

Mme LETARD.- Est-ce que cela entraîne des renoncements aux rendez-vous, des retards dans les évaluations ? Est-ce qu'on sait le quantifier ?

Mme DECOOPMAN.- Parfois, des évaluations sont annulées par la famille qui ne peut pas se rendre disponible. Des présences sont parfois indispensables, notamment lorsqu'on est confronté à des situations de troubles cognitifs majeurs, il faut qu'un partenaire soit présent au domicile. On peut faire l'évaluation directement avec l'utilisateur puisqu'on est socialement infirmiers, mais il faut avoir un relais. L'accompagnement à domicile n'est absolument pas dissociable de la famille et du partenaire qui l'accompagne. Cela dit, d'autres outils sont mis en place pour qu'ils puissent être présents – on y reviendra.

Bien sûr, on peut reporter, mais, dans ce cas, on diffère dans le temps. Or, quand on arrive sur de l'APA, il y a souvent un caractère plus ou moins urgent, on arrive au bout de ce que la personne peut mettre en place pour maintenir son autonomie. Un mois, c'est important.

Dr BOUDIAF.- Concernant l'APA d'urgence, il y a une étape d'évaluation administrative centralisée qui ne passe pas par la planification, la vérification administrative suffit pour donner ensuite l'accord pour

les centres hospitaliers uniquement. Le seul document indispensable à l'APA d'urgence est l'élément médical requis, la note sociale.

Mme DECOOPMAN.- Une fois que toute cette gestion centrale est mise en place, on arrive sur la partie des évaluateurs médicosociaux qui sont territorialisés. Nos planifications sont faites, nous avons quatre visites par jour, deux le matin et deux l'après-midi. Avant, nous en avions cinq, mais d'autres missions se sont ajoutées sur ces évaluations et, de ce fait, il est impossible d'avoir cinq visites par jour.

Au niveau de l'infirmier, il y a un premier travail de préparation des visites – puisque l'on essaie de recueillir l'ensemble des éléments portés au dossier, sur la composition familiale – sur une éventuelle mesure de protection mise en place, sur un aidant identifié. Parfois – mais ce n'est pas obligatoire –, un certificat médical est joint, il est utile pour nous puisqu'il permet d'avoir un premier regard sur l'autonomie de la personne, sur les points sur lesquels on devra être attentifs, sachant que, parfois, il n'est plus complètement conforme à la réalité parce qu'on a un délai et la perte d'autonomie peut être parfois rapide. Cela dit, c'est toujours intéressant quand on peut avoir ce certificat médical.

Cependant, heureusement qu'il n'est pas obligatoire parce qu'il y a des secteurs pour lesquels il n'y a plus de médecin traitant et, s'il était obligatoire, il n'y aurait pas d'APA possible. Cela arrive. Je fais beaucoup les Flandres maritimes et, dans certains secteurs comme Grand-Fort-Philippe, énormément de personnes n'ont plus de médecin traitant.

Dr BOUDIAF.- Ces éléments médicaux nous permettent d'évaluer la situation au domicile et de mesurer l'impact fonctionnel au quotidien de la perte d'autonomie, mais également la perspective d'évolution. On n'évalue pas la même situation d'un cancer métastatique par exemple que d'une pathologie plutôt stable dans le temps.

Effectivement, rendre ce certificat médical obligatoire serait un frein.

Mme DECOOPMAN.- Pour reprendre le déroulé au niveau des infirmiers, des EMS, une fois que l'on a préparé nos visites, on se rend au domicile où on va pouvoir effectuer l'évaluation de l'autonomie de la personne. On parle bien d'une approche multidimensionnelle, qu'on développera par la suite, et systémique, puisque l'utilisateur n'est pas en dehors d'un système. On le prend en compte dans notre évaluation. Cela permet d'identifier les besoins, de recueillir les attentes et les demandes de l'utilisateur, de sa famille et des partenaires.

Suite à cette visite, une proposition de plan d'aide qui a été négociée avec l'utilisateur au domicile lui est envoyée par courrier. On utilise de plus en plus l'outil informatique. En fait, les enfants ont parfois 70 ans, puisqu'on a affaire à des gens de plus de 90 ans et leurs enfants peuvent avoir aussi une ouverture d'APA. C'est important de l'entendre, cela donne un petit peu le climat de nos visites. En tout cas, les enfants fonctionnent beaucoup par mail et ils apprécient qu'on puisse communiquer de cette façon, cela leur permet de gérer les dossiers de leurs parents le soir ou le week-end, c'est un outil qui peut être intéressant. Cela nous permet aussi d'envoyer des documents dématérialisés. On est donc de plus en plus amené à utiliser cet outil et cela simplifie vraiment la communication.

Une fois que le plan est envoyé, ils ont 10 jours pour nous donner leur accord. Ils renvoient ce document par mail ou par courrier où ils confirment le plan d'aide qui a été négocié au domicile avec l'utilisateur. Ils peuvent émettre des remarques ou demander qu'il soit réévalué. Parfois, il y a un désaccord, mais on en a très peu – j'ai en tête 0,5 % ou 1 %. C'est essentiellement quand on a un GIRage à 5, puisqu'on est limite entre un dispositif APA ou caisse de retraite et il est compliqué pour les gens de comprendre cette logique. Dans ce cas, on a souvent des recours et on réexplique la procédure qui devrait peut-être être simplifiée avec le dossier unique.

Une fois que ce document est retourné en central sur Lille, il passe en commission. On a deux commissions par semaine, c'est donc très rapide. La prise en charge du plan d'APA démarre à partir du moment où il y a un passage en commission.

Mme CARBAJAL.- C'est une instance technique, ce n'est plus une commission d'élus, la loi d'adaptation du vieillissement a supprimé cette commission. On parle encore de commission dans

notre jargon puisqu'on a gardé le système informatique avec un passage deux fois par semaine, mais ce n'est plus une commission en tant que telle.

Mme DECOOPMAN.- On a mis en évidence sur ce *slide* l'interdépendance entre les services centralisés et les évaluateurs médicosociaux. En effet, on a besoin, même pendant nos visites, de contacter les services tout simplement pour réajuster des ressources quand il y a un veuvage – si un couple est enregistré, notre plan ne sera plus bon et il faut être au plus précis du coût financier –, mais aussi pour des ouvertures de lignes de CMI – si on identifie la nécessité de mettre en place une CMI stationnement invalidité ou priorité, on a besoin d'avoir une réactivité au niveau des services.

Il y a des numéros d'appel d'urgence pour les différents services qui nous permettent, en visite à domicile, d'interpeller le service.

Mme LETARD.- C'est réactif ?

Mme DECOOPMAN.- Dans les 5 minutes, ils nous recalent le logiciel, ce qui nous permet de terminer correctement notre visite et nos informations. Des adaptations se mettent en place et elles sont vraiment utiles, elles nous permettent d'être au plus près du besoin.

J'ai repéré une petite difficulté dans ma pratique : les EMS sont référents d'un territoire et pas de situations ; on n'a donc pas de file active identifiée à ce jour. Au niveau du traitement des dossiers, une priorité est donnée par ordre d'arrivée des dossiers, par rapport à l'organisation des plannings pour nous éviter de courir sur des villes, surtout en rural, et pour qu'on centralise les visites. De ce fait, il est compliqué de mettre en place une file active au niveau des suivis. Il se peut que le premier plan soit fait par une infirmière, repris par un collègue pour une révision. Dans ma pratique, c'est un frein, d'une part par rapport à la perception et à la connaissance, mais aussi par rapport à la relation de confiance. La visite est un temps très privilégié où les gens ouvrent leur porte, au sens propre comme au sens figuré, et cela se respecte également dans le suivi.

Des procédures se mettent en place, notamment par le biais des systèmes de mail. On arrive tout doucement à avoir des files actives un peu plus suivies par les EMS, mais ce n'est pas encore complètement identifié dans les procédures. Je pense que nous allons sûrement faire évoluer nos pratiques pour avoir plus de proximité.

Mme DUWELZ.- D'où l'importance de la coordination en interne.

Je ne suis pas évaluatrice mais, si je vais en visite demain, je peux faire un commentaire interne. Un autre évaluateur peut lire ces informations et il y a une concertation. C'est un atout que j'ai repéré sur mon territoire. Tous les mardis matin, tous les évaluateurs sont ensemble, ce qui permet d'avoir des coordinations entre eux. Sur les autres territoires, ce sont souvent des jours où ils ne sont pas forcément ensemble, ils sont ensemble en réunion de service ou suivant d'autres modalités de travail pour l'accueil familial, etc. C'est ce qui permet aussi parfois de régler des situations.

Il faut dire que les personnes âgées ne sont pas toujours agréables. Par exemple, je pense à une situation en particulier. Avant, ils se concertaient pour aller chez telle personne et, finalement, au bout d'un moment, au bout du quatrième évaluateur, un évaluateur a réussi et, après, on n'a plus jamais été ennuyé. D'où l'importance de la coordination.

Dr BOUDIAF.- J'ajoute une précision concernant l'APA d'urgence, c'est un dispositif qui ne peut être sollicité que lorsque l'utilisateur n'est pas encore dans l'APA ; sinon, cela passe par une demande de révision et les délais diffèrent en fonction des territoires. L'évaluation se fait de manière téléphonique pour les APA d'urgence du domicile par le médecin territorial.

Mme CARBAJAL.- Concernant les délais, de la complétude du dossier à la date d'ouverture du droit, on a trois types de délais entre le dossier complet et la date de décision :

- Le délai, qui est le plus long, est celui sur lequel on prend le rendez-vous. C'est vraiment dépendant de la capacité à faire de nos collègues évaluateurs.

- Le deuxième délai est entre le moment où on a pris le rendez-vous et la visite. On essaie de ne pas planifier beaucoup plus loin, on donne l'information à trois semaines. Si on planifie sur deux ou trois mois, la personne risque d'oublier.
- Le dernier délai est le délai entre la visite à domicile et le fait que l'on décide, avec le retour de l'accord ou la demande de modifications de la personne.

Il faut savoir que les équipes d'évaluation font leur plan d'aide directement pendant la visite quand il n'y a pas de problème de connexion internet. Si la proposition de plan est finalisée au sortir de la visite, le courrier part le lendemain. Il n'y a plus de délai intermédiaire lié à de la transmission grâce au fait que nos collègues ont le notebook et travaillent en direct dans notre outil métier. On ne perd plus de temps en communication. De ce côté, on est plutôt à la pointe par rapport à ce que je peux connaître dans d'autres départements, ce qui induit aussi une agilité numérique pour nos collègues dont ce n'est pas forcément la formation.

Avant la complétude du dossier, les demandes sont reçues, numérisées et enregistrées à J+5. Entre le moment où on reçoit le dossier et le moment où on dit que le dossier est complet ou que l'on demande d'autres pièces, on a à peu près cinq jours de délais.

Mme LETARD.- Dans ce que vous avez dit sur l'outil numérique qui permet de réduire les délais, est-ce intégré dans le troisième paquet. Est-ce que les délais affichés sont de cette nature parce qu'il y a l'outil ou vont-ils progresser encore ?

Mme CARBAJAL.- Ils ont fortement baissé. Ils étaient nettement supérieurs dans la mesure où un retraitement administratif de la proposition de plan était nécessaire. Là, tout est automatique. Lorsque l'EMS sort de sa visite avec le plan d'aide proposé finalisé, le lendemain, sans retraitement administratif de notre part, l'édition part, sort à l'imprimerie et est envoyée directement.

Là, il y a le troisième délai de 10 jours de réponse de la personne et un petit délai entre le moment où l'on reçoit sa réponse et le moment où on a les commissions, les moments dans la semaine où on sort les décisions.

Intervenante.- C'est parfois beaucoup plus rapide puisque, comme on peut utiliser l'outil dématérialisé, on peut donner une copie par mail du plan négocié à domicile et, parfois, cela va très vite si les enfants réagissent rapidement.

Mme LETARD.- D'après ce que je comprends, avec l'appropriation de l'outil, cela pourrait encore diminuer.

Mme CARBAJAL.- On réfléchit à travailler autrement sur le retour de l'accord. Par défaut, on attend le retour de l'accord. Or, on a très peu de désaccords parce que les professionnels à domicile passent du temps à expliquer le plan d'aide, la nature du plan et, finalement, la personne ne comprend pas pourquoi, alors qu'elle a déjà donné son accord à l'oral au professionnel qu'elle a devant elle, elle doit encore renvoyer un papier.

Comme il y a très peu de désaccords sur les plans, on va sûrement passer à une autre procédure : on envoie la proposition de plan parce que, légalement, il faut l'envoyer, mais, par défaut, à deux semaines, on inscrit le retour de décision. Sur le troisième délai, c'est encore en réflexion, il faut vraiment qu'on borde le tout, parce que, parfois, ce temps peut nous permettre de réadapter des choses, mais on travaille au fait de réduire ce troisième délai comme je viens de le dire : on envoie la proposition ; à deux semaines, par défaut, on l'inscrit ; si on reçoit la demande de faire différemment, on retraits, mais, dans l'immense majorité des cas, on reçoit un accord.

Mme DECOOPMAN.- C'est pour des situations classiques, mais, pour les situations complexes, parfois, on n'a pas de plan à la sortie du domicile parce qu'il faut un temps de réflexion de notre part et il faut activer des partenariats. On a de plus en plus de situations complexes.

Mme LETARD.- Vous évoquez les limites de l'exercice.

Mme DUWELZ.- Il faut savoir aussi que, déjà en visite à domicile, surtout pour les primo demandes, on constate que, vu la précarité financière des personnes âgées, les gens ont accepté le plan d'aide lors

de la visite, ils recalculent après et ils rappellent l'EMS. Ce sera quand même un point de vigilance par rapport à l'octroi définitif. On n'avait pas cela avant, je vois cette évolution de gens qui modifient le plan. Si on donne un accord, cela peut fonctionner d'une manière générale, mais il y aura peut-être à réfléchir à ces cas particuliers.

Quand les gens renvoient le plan d'aide à 10 jours, les trois quarts l'acceptent, mais, parfois, le délai de 10 jours a permis de réfléchir et ils décident de modifier un peu le plan. Le plan est établi par rapport aux besoins, mais les gens y reviennent pour des raisons financières.

Dans les rapports d'activité des CLIC, on est de plus en plus interpellé par ces situations dont le nombre augmente. Je n'avais pas cela avant. C'est l'avantage d'être là depuis un petit moment, je fais faire des rapports d'activité dans mon service et j'ai une vision de l'évolution. On a des réunions avec les évaluateurs et c'est une nouveauté, un point d'alerte que je voulais vous faire.

Dr BOUDIAF.- On reviendra sur toutes ces causes qui complexifient l'évaluation. Au moment de la visite, toute l'évaluation n'est pas forcément faite parce qu'il y a une complémentarité notamment avec le domaine sanitaire et la coordination en amont, pendant et en aval de la visite.

Mme DECOOPMAN.- On va répondre à une question posée tout à l'heure sur le profil des EMS, des évaluateurs médicosociaux, qui sont essentiellement des personnels infirmiers. On a deux assistantes sociales et un rédacteur. Il y en avait peut-être un peu plus il y a quelque temps mais, ce sont maintenant majoritairement des infirmiers. L'intérêt d'avoir des infirmiers sur ces postes est qu'on a besoin d'avoir un regard médical, une connaissance des pathologies, cela nous permet d'avoir une anticipation sur les impotences fonctionnelles, mais aussi d'avoir une projection sur l'évolution de la pathologie et ce qui va altérer l'autonomie. Ce regard est donc indispensable.

Ce regard n'est aussi absolument pas à dissocier d'une approche sociale. C'est là où le poste est assez spécifique puisque, si vous n'avez que votre approche médicale, vous passez à côté du plan d'aide. Il faut vraiment avoir ce double regard. C'est en ce sens que l'on a une évaluation multidimensionnelle, mais également une évaluation systémique, on ne peut pas s'arrêter aux pathologies. Si vous avez une amputation, selon que vous êtes dans un petit logement très bien adapté en centre-ville avec la famille à côté ou dans un corps de ferme avec les toilettes à l'extérieur, vous n'aurez pas la même problématique. Si on s'arrête à l'amputation, on n'est pas bon. En ce sens, c'est un poste assez spécifique pour les infirmiers puisqu'il nécessite aussi d'avoir une approche sociale ou médicosociale.

Par rapport aux organisations, on a la chance dans nos équipes de pôle autonomie d'avoir essentiellement des infirmiers, mais aussi d'avoir un médecin que l'on interpelle quand on a des situations complexes qui demandent d'avoir un regard médical, des situations qui ont besoin d'un recadrage puisqu'on est confronté aussi à des évaluations plus complexes, un regard médical aussi sur ce que nous avons pu percevoir au niveau des pathologies qui ont besoin d'être confirmées par notre médecin référent.

On a aussi un coordinateur, un assistant social de formation, qui prendra le relais de nos évaluations lorsqu'on aura repéré une problématique sociale. Cela peut être une demande de mise sous protection faite par la famille. Ce coordinateur va accompagner ces démarches, articuler la prise en charge des situations complexes notamment avec les MAIA. Dès qu'il y a besoin un accompagnement social plus précis, le coordinateur intervient.

On travaille seul en évaluation, mais, en réalité, pas seul du tout de par les professionnels du pôle autonomie et aussi du secteur.

Pour les évaluations, quand ce sont des primo demandes, on fait systématiquement une visite à domicile. Cela a été un peu modifié avec le Covid puisque cela s'est fait essentiellement par téléphone, mais vous comprenez bien que, par rapport à ce qu'on vous explique et l'importance d'avoir cette approche systémique à 360 degrés, on a besoin d'aller au domicile et d'avoir ces interactions.

Les primo demandes sont donc faites essentiellement à domicile parce que c'est l'entrée dans le dispositif de la perte d'autonomie. C'est un processus qui doit s'accompagner, qui nécessite forcément de dépeindre les possibilités à un public qui n'est pas forcément dans cette dynamique le territoire.

Cela ne peut pas se faire par téléphone. C'est extrêmement complexe, on a affaire à toutes les catégories socioprofessionnelles. On doit absolument s'adapter et mettre en place un discours qui soit entendu, plus ou moins simplifié.

Vous parlez tout à l'heure des difficultés de repérage des CLIC. Imaginez ce qu'il en est pour les usagers qui sont projetés dans un environnement qui n'est absolument pas maîtrisé. Pour cela, il faut du domicile.

Dr BOUDIAF.- Sur le plan médical, j'ai peut-être plus de situations puisqu'on m'interpelle quand la situation est très complexe dans le cadre de l'APA. Il s'agit aussi de requestionner par exemple le maintien à domicile dans certains profils gériatriques notamment des personnes qui relèveraient d'une unité de vie Alzheimer.

Il y a aussi ce côté où l'APA ne couvre pas tous les besoins notamment les besoins sanitaires. Certains actes de la vie quotidienne relèvent d'un encadrement soignant. Là aussi, on fait la part des choses et on coordonne notre complémentarité avec les secteurs sanitaires, les services de soins infirmiers, l'hospitalisation à domicile pour certaines situations notamment de fin de vie. Notre regard est parfois complémentaire.

Intervenante.- Quand vous dites que vous coordonnez, est-ce à dire que des contacts sont pris, des réunions faites pour évaluer ensemble ?

Dr BOUDIAF.- Tout à fait. Dans certaines situations, il y a beaucoup de partenaires et la coordination ne se fait pas forcément.

On parlait de déserts médicaux. Parfois, ils sont bien entourés mais pas du tout coordonnés, ce qui complique la situation.

Mme LETARD.- Par rapport à la capacité à organiser un plan d'aide, est-ce que la réalité de certains territoires peut-être moins denses, plus ruraux, est un problème qui vient interférer dans la délivrance d'un plan d'aide et quelles conséquences pourrait-on en tirer ?

Mme DECOOPMAN.- Cela demande beaucoup d'adaptabilité parce que certains territoires sont plus ou moins couverts par des services d'aide à domicile ou par des unités d'accueil de jour. Il y a une dynamique très différente, il y a aussi une culture de territoire qui n'est pas la même. Vous n'allez pas faire un plan d'aide identique à Dunkerque, à Hazebrouck ou dans l'Avesnois ; ce ne sont pas du tout les mêmes demandes, ni les mêmes problématiques, ni les mêmes cultures et il faut absolument que l'on puisse s'approprier ces cultures et que l'on puisse s'adapter.

Je suis sur les Flandres, je suis volante. Si je suis à Grand-Fort ou à Sainte-Marie-Capelle, je ne vais pas faire le même plan parce que ce n'est pas la même dynamique partenariale ni la même culture. C'est extrêmement important. C'est pourquoi il est important d'être territorialisé parce qu'on a besoin de connaître précisément notre secteur et les partenaires. Or, on sait que, en six mois, un réseau partenarial est modifié et, quand on bouge d'un secteur à l'autre, on n'a pas le temps de s'approprier ce partenariat en perpétuelle évolution.

Mme DUWELZ.- Je vais compléter en disant l'importance du partenariat et les difficultés que l'on rencontre. Par exemple, sur le Cambrésis, on a des problèmes avec les services de soins infirmiers à domicile – cela dépend de l'ARS. J'ai un EMS dans une structure qui négocie et c'est donnant donnant.

Par exemple, si je suis en GIR 1 et que l'on m'a fait mon plan d'aide en déterminant mon besoin à 2 000 €, les évaluateurs vont voir pour que l'APA couvre mes besoins essentiels et vont essayer de négocier, en fonction de la pathologie, l'orientation vers un SSIAD pour la toilette ; si bien que la toilette ne sera plus faite par un SAAD dans le cadre de l'APA.

Avec le vieillissement, on commence à être confronté à ce type de problématique. Il y a aussi un problème de nombre de places dans les SSIAD. Actuellement, au SSIAD de Caudry, 50 % du personnel est parti. On a des relais en fonction des pathologies qui nécessitent un travail, une aide complémentaire, que l'on n'a plus.

Mme DECOOPMAN.- Nous avons des domiciles où, par défaut de places en SSIAD ou de possibilités de prise en charge totale, les gens ont une toilette un jour sur deux ou sur trois.

Mme LETARD.- Y a-t-il une remontée d'informations de cette nature ? Pourrait-on avoir une banque de données territoriale qui permettrait justement d'évaluer là où il y a des difficultés, les conséquences que cela peut avoir et de voir comment on peut agir ensuite avec un certain nombre d'acteurs et de partenaires pour rectifier le tir là où, par exemple, on a 50 % de postes non pourvus dans des SSIAD, ce qui a des conséquences massives sur le territoire ? Est-ce qu'on a des éléments là-dessus et est-ce qu'il y a une réflexion à ce niveau qui permettrait, non pas forcément que le Département intervienne en direct, mais qu'on ait des leviers qui puissent s'organiser derrière ?

Mme CARBAJAL.- On a des éléments via les ARS qui gèrent les places de SSIAD. C'est beaucoup plus compliqué sur les actes de soins libéraux. Sur les actes de toilette, etc., le SSIAD peut intervenir, c'est régulé par l'ARS, on arrive à avoir des éléments.

Sur l'intervention notamment des infirmiers libéraux, on n'en a pas à l'instant T. On peut avoir des études commanditées à un niveau national et au niveau des agences régionales de santé. Cela dit, on a déjà effectué des comparaisons avec les éléments qu'on avait ; sur le soin, c'est assez compliqué mais on arrive tout de même à récupérer des choses.

À une époque, une étude nationale avait été faite et on avait financé une thèse là-dessus. On se rend compte que le recours à l'APA est inversement proportionnel au taux notamment d'infirmiers libéraux et au taux d'implantation des SSIAD.

Par contre, là où l'ARS a une capacité de régulation sur les SSIAD, elle ne l'a pas sur qui s'installe et où en termes de libéral. Notamment, sur le pourtour méditerranéen, le recours à l'APA n'est pas aussi important que dans nos territoires où l'offre de soins en libéral est moins développée.

Je pense que la thèse qui avait été réalisée est toujours d'actualité, il pourrait être assez intéressant de vous la montrer. Elle était allée assez loin dans le croisement des données. Même si on peut avoir les données, cela nécessite un gros travail de retraitement, mais on peut déjà partir sur ce constat qui avait été fait il y a cinq ou six ans. La réalité n'a pas bougé et je pense que, sur le soin, sur notre territoire, elle s'est plutôt dégradée.

Mme DECOOPMAN.- Quand on évalue que c'est un SSIAD qui doit intervenir, c'est parce qu'il y a une raison bien précise par rapport à la pathologie et l'état de santé. Le problème est que, comme on n'a pas de places suffisantes en SSIAD, c'est extrêmement compliqué et ce sont les SAAD qui interviennent. Or, les SAAD sont des auxiliaires de vie, pas des aides-soignantes, elles interviennent pour un accompagnement classique, une toilette classique. Du coup, elles doivent intervenir en solo, alors que des SSIAD interviennent en tandem, sur des situations extrêmement complexes, qui les mettent en difficulté, qui ne leur permettent pas non plus d'avoir une qualité. C'est notre quotidien, mais c'est surtout leur quotidien. De ce fait, elles se mettent en danger et elles mettent aussi la personne en danger.

Si on demande un SSIAD, c'est qu'on a besoin d'un regard soignant, qui est complémentaire.

Mme LETARD.- Est-ce que vous sauriez nous donner une photographie du manque de places que vous pouvez constater dans les différents territoires du département ?

Dr BOUDIAF.- Je n'ai pas forcément chiffré, mais ce sont des situations que l'on rencontre de plus en plus. Je rejoins ma collègue, on met en difficulté des auxiliaires de vie au point de vue de leurs responsabilités professionnelles puisque l'acte en question doit être encadré ; je parle des fins de vie, notamment des escarres.

Il y a aussi une problématique financière. Parfois, les SSIAD ont une place et, comme il y a des soins infirmiers en parallèle (pour les diabétiques, les insulines, les anti-coagulants), ce sont des budgets qui entrent dans le service de soins infirmiers. Ils doivent payer les infirmiers libéraux, c'est pourquoi ils refusent parfois l'entrée de l'utilisateur.

Mme DUWELZ.- C'est un vrai problème. De plus, au niveau du périmètre des SSIAD, c'est suivant les communes. J'ai interpellé le médecin du pôle. Il y a déjà quelques années, j'ai alerté, puisqu'on avait des points au niveau de la direction territoriale avec le représentant de la directrice de l'ARS, ce n'est pas pour autant qu'on est arrivé à avoir plus de places. Je vais essayer de négocier pour que le périmètre change parce qu'on a un SSIAD proche de Cambrai qui aurait peut-être des places disponibles.

Les quotas sont insuffisants par rapport aux besoins, surtout avec le vieillissement. Je sais que c'est compliqué avec l'ARS.

Mme PARMENTIER-LECOQC.- Avez-vous des interactions avec les centres de soins infirmiers qui ne sont pas des SSIAD ?

Par ailleurs, pouvez-vous réexpliquer ce que vous venez de dire sur les SSIAD qui reportent vers des soins infirmiers ?

Dr BOUDIAF.- Les structures SSIAD dans le cadre de l'ARS ont une enveloppe budgétaire d'environ 30 ou 40 € par jour. Si la toilette est prise en charge par le SSIAD, ce qui représente déjà un budget assez conséquent, et si, en plus, l'utilisateur nécessite des soins infirmiers non pris en charge par le SSIAD mais par les infirmiers libéraux (type dextro, insuline), ce sont des actes qui, selon la réglementation, doivent être pris en charge par le service de soins infirmiers. Du coup, ils refusent de prendre en charge l'utilisateur pour la toilette parce que le budget est dépassé. C'est une question financière et cela peut être un frein.

Mme LETARD.- Dans ce cas, on renvoie vers l'APA ?

Dr BOUDIAF.- On freine. Il y a le regard médical et paramédical puisque la toilette, la fin de vie sous oxygène, les escarres nécessitent un encadrement. Les auxiliaires de vie ne sont pas des soignantes et la qualité n'y sera pas.

C'est toute la problématique. On essaie parfois de coordonner, de mettre moins dans l'un et plus dans l'autre pour tenter effectivement un accompagnement de qualité, mais ce sont les réalités de territoires qui freinent parfois.

Mme LETARD.- Il nous faudrait des éléments chiffrés, peut-être un éclairage et des préconisations. Si vous avez des propositions à formuler avec votre expérience et votre regard là-dessus, cela permettrait de voir comment orienter ces préconisations et comment influencer auprès d'autres acteurs. Comme vous l'avez dit, on se situe bien dans un environnement avec l'ARS et d'autres partenaires, il s'agit de voir comment cheminer dans une mobilisation sur une question qui est centrale. Dans votre explication, on sent bien qu'il y a un vrai sujet.

Mme CARBAJAL.- Pour donner un peu de perspectives, là-dessus, on a tout de même à un niveau embryonnaire des services d'aide à domicile qui combinent la fonction infirmière du SSIAD et la fonction aide à domicile, ce qu'on a appelé les SPASAD. Cela permet une coordination médicale un peu plus importante. Cela a été embryonnaire à un moment. La loi envisage tout de même que le secteur de l'aide à domicile se structure beaucoup plus largement de cette façon.

En termes de perspectives, on a devant nous, en matière de structuration des acteurs de terrain, l'enjeu de conjuguer ces deux missions dans l'offre de service qui est faite. Cela ne répondra sans doute pas à tous les enjeux qui viennent d'être évoqués, mais, en tout cas, une direction est donnée sur la structuration de ce secteur.

On a plutôt l'impression que c'est le Département qui va devoir tout prendre en charge, mais ce n'est pas encore tout à fait bouclé. En tout cas, en matière de perspectives, c'est plutôt vers cela qu'on semble tendre. On a attendu pendant longtemps le plan grand âge et on espère l'avoir sur la prochaine mandature.

En tout cas, dans les différents décrets qui sont déjà sortis, on tendrait vers cette structuration du secteur de l'aide à domicile qu'il faut généraliser parce que, selon les retours que l'on a des quelques SPASAD qui se sont lancés sur le département, c'est un accompagnement bien plus complet qui évite

cet aspect de négociation puisque le service a à sa main deux types de professionnels et qu'il peut mieux articuler l'intervention des uns et des autres.

Mme LETARD.- Je vous propose de poursuivre la présentation.

Mme DECOOPMAN.- Je vais passer un peu plus rapidement sur ce *slide* « autres présences », puisqu'on en a déjà parlé.

En visite à domicile, on essaie toujours d'avoir une personne référente de la famille. Dans la majorité des situations, on arrive à avoir un membre de la famille ou le responsable d'un service d'aide à domicile, tout dépend du lien de confiance établi avec la personne et l'organisation familiale.

Des mises en place de communication peuvent être différentes. Il m'est arrivé de faire une évaluation pour une personne sur Grand-Fort avec un seul fils unique qui était à Nice et on l'a faite par visio. Des solutions se mettent en place et font évoluer nos visites à domicile, c'est intéressant.

Avec le confinement, des évaluations ont été faites par téléphone. Elles sont encore mises en place quand on a besoin de faire des révisions. Comme une première approche a été faite, on peut être amené à faire les révisions par téléphone. Dans certains secteurs, s'il fallait se rendre à domicile, ce serait impossible au vu du nombre de dossiers qui nous arrivent. La limite de ces évaluations par téléphone est la limite de l'état de santé de la personne, la surdité, les troubles cognitifs, etc. ; il peut y avoir la peur de répondre à un numéro qu'ils ne connaissent pas ; il y a une vulnérabilité et ils sont très angoissés par rapport à cela.

De ce fait, on doit se reporter sur les enfants qui ne sont pas toujours disponibles dans la journée parce qu'en activité professionnelle. Il faut donc que l'on s'adapte en dehors des temps habituels de travail. Le problème de ces évaluations est qu'on ne se centre plus sur la personne, on se décentre et on prend en compte uniquement le regard des enfants. Or, les attentes des enfants ne sont pas forcément les attentes de la personne âgée.

Un exemple très simple : on a des demandes d'aménagement de douches par des enfants, alors qu'on a des générations qui veulent des toilettes lavabo. Vous allez mettre une douche, cela va rassurer la famille mais la personne âgée n'utilisera jamais sa douche. C'est un aspect technique, mais tout est à décliner en ce sens. Les aspirations des enfants ne sont pas forcément les aspirations de la personne âgée.

Il y a des situations où il n'y a pas du tout de proches. Il y a de plus en plus d'isolement de la personne âgée.

Mme LETARD.- Sait-on quantifier la part des isolés au sens strict du terme ?

Intervenante.- J'ai entendu 61 %.

Mme LETARD.- Je parle d'isolement par rapport à la famille,   un réseau de solidarité de proximité, des personnes isolées au sens strict du terme. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a plus de famille.

Mme CARBAJAL.- Cela ne veut pas dire qu'il n'y a plus de famille et qu'elle n'est pas là, mais, dans la façon dont on a entré ces informations dans notre outil, cela veut dire qu'il n'y a personne à proximité et qu'on considère la personne âgée isolée. Cela ne veut pas dire que la famille n'est pas présente pour faire ce qu'elle peut en étant par exemple à Nice.

Mme DECOOPMAN.- Je poursuis.

Les partenaires ont été ciblés, ils sont très nombreux : CLIC, etc.

Mme DUWELZ.- Comment les choix des usagers sont-ils pris en considération ? C'est au libre choix des usagers, les évaluateurs sont soumis à un principe de neutralité. Les gens choisissent le service qu'ils souhaitent, on respecte leur choix, que ce soit prestataire ou mandataire. L  où l'évaluateur a une plus-value, c'est lorsque, face au chômage, des enfants veulent prendre en charge des toilettes, etc. et on pousse dans cette situation à aller vers un prestataire.

Les freins sont par rapport aux troubles cognitifs ou la surdité. C'est pourquoi, pour les révisions, à Cambrai, on fait des visites, on ne les fait pas par téléphone. On s'est rendu compte que les gens

réclamaient des visites. Lors du Covid, lorsqu'on a fait des évaluations téléphoniques, cela restait subjectif.

Parfois, lors des visites, il y a aussi un rôle de conseil. Je ne vais pas épiloguer, on l'a déjà évoqué.

Mme DECOOPMAN.- Cela nous semble important de prendre plus de temps sur l'évaluation multidimensionnelle, puisque c'est le cœur du dispositif APA.

La première étape est la phase d'accueil. Quand on sort de notre voiture, on a besoin de voir déjà dans quel contexte on va intervenir, au niveau géographique mais aussi au niveau de la maison, de l'appartement, tout cela nous donne de premiers éléments d'évaluation.

La seconde phase qui est extrêmement importante et qui doit être soignée, c'est la phase d'accueil. Quand on pénètre dans la maison, on rentre dans l'intimité, on a absolument besoin de réussir ce contrat de confiance qui va se mener et, si on ne prend pas le temps de soigner cela, tout le reste de notre évaluation sera altéré.

Quand on entre en relation avec la personne âgée, une des principales caractéristiques est de pouvoir la rassurer. Le courrier évoque un évaluateur médicosocial et cela fait extrêmement peur. Quand on précise que l'on est infirmier, on enlève déjà énormément de tensions. C'est tout bête mais, pour une personne âgée fragilisée, cela a son importance.

Il faut donc pouvoir la rassurer et la remettre au centre de tout. J'ai pour habitude de leur dire que c'est eux les chefs, c'est leur domicile, c'est eux qui vont décider du plan d'apport et qu'en aucun cas, on ne leur imposera. Cette première phase dans l'évaluation multidimensionnelle est extrêmement importante. C'est en ce sens qu'il faut que, derrière, on arrive à avoir nos files actives. Quand on a créé cette confiance, on ne peut pas se permettre de la livrer à d'autres évaluateurs. Il faut bien sûr que l'on ait un travail d'équipe, que l'on a d'ailleurs, mais, lorsqu'une approche a été faite, il faut que l'on puisse répondre de façon professionnelle à ces situations.

Une fois que cette première approche est faite, notre logiciel Iodas nous permet de passer différents items en compte. On s'intéresse d'abord à l'organisation familiale, à l'organisation de voisinage afin de voir quels sont les leviers et les freins. En effet, quand on arrive sur de l'évaluation APA, on arrive à un moment bien particulier de la vie avec de la perte d'autonomie, mais il y a aussi tous les secrets de famille, tous les enjeux financiers puisqu'il va falloir contribuer aux paiements, avec peut-être une institutionnalisation derrière. Enormément de tensions se jouent là. Il peut y avoir des fratries qui ne sont pas toujours identifiées. De multiples choses se jouent à ce moment-là et on a besoin d'identifier toutes ces interactions qui sont indispensables dans l'approche.

On s'intéresse après à l'environnement ou au logement. Les évaluations sont aussi la possibilité de mettre en place des améliorations du logement pour maintenir les personnes à domicile. Cela peut être l'aménagement d'une salle de bain, un agrandissement, etc., mais cela peut être aussi du matériel médicalisé. On s'appuie sur notre équipe d'ergothérapeutes qui peut intervenir dans un second temps pour faire des propositions ou, plus rapidement, pour apprendre à utiliser le matériel qui a été mis en place au domicile.

Il y a tout cet aspect d'approche de l'environnement où l'on est aussi en amont sur la prévention des chutes. On a des personnes qui sont encore très adeptes de leur tapis, ce qui est notre grande bête noire dans les évaluations, mais il faut composer avec tout cela.

Après, on s'intéresse un peu plus à l'environnement médical, social, à savoir s'il y a des infirmiers, un médecin, un kiné, etc. Une visite du logement se fait, cela nous permet d'évaluer leur autonomie, leur mobilisation et toute cette organisation.

Ensuite, on a la grille AGGIR que vous avez peut-être vue la dernière fois. C'est une grille avec différents critères, qui nous permet d'avoir un GIRage entre le 1 et le 6, avec des items très précis. Cette grille a le mérite d'exister mais elle ne permet pas d'évaluer de façon objective certaines pathologies, notamment quand on a affaire à des pathologies psychiatriques qui nécessitent de la stimulation. Les gens savent faire, mais ont besoin d'être stimulés, cela ne fait pas basculer nos GIRages.

Si on est très strict avec cette grille, il y a toute une frange de pathologies qu'on n'entrera pas dans notre plan d'APA, alors que cela relève vraiment d'un accompagnement spécifique. Là, on a affaire à des sensibilités d'infirmiers qui vont jouer aussi dans ces évaluations. Cette grille AGGIR a le mérite d'exister, mais elle a une vraie limite.

Dr BOUDIAF.- Elle évalue les actes de la vie quotidienne, la capacité de la personne à faire seule. Parfois, l'évaluateur sous-estime l'accompagnement et sous-évalue la perte d'autonomie. En soi, elle évalue l'impact des maladies, du vieillissement dans les actes de la vie quotidienne, elle ne vient en rien sur l'étiologie et les causes de la perte d'autonomie.

Ce qui impacte fortement les scores de la grille AGGIR, ce sont les actes directs à la personne (toilette, habillage, transfert, déplacement) et la sphère cognitive, l'orientation et la communication qui influent fortement sur le score de la grille AGGIR.

Pour rappel, pour accéder à l'APA, il faut être coté entre GIR 1 et GIR 4. GIR 1, c'est totalement dépendant pour les actes de la vie quotidienne. GIR 6, c'est autonome pour les actes de la vie quotidienne.

Mme DECOOPMAN.- Quand on est en GIR 1, on est à la limite du maintien à domicile. Il faut une vraie organisation familiale ou des revenus très élevés qui permettent d'employer du personnel quasiment 24 heures/24. Certains GIR1 ne sont pas sur du 24 heures/24, ils ont trois passages par jour pour raisons financières. C'est extrêmement difficile à vivre, mais c'est une réalité.

Mme LETARD.- Est-ce une réalité qui s'amplifie ?

Mme DECOOPMAN.- Oui, puisque les enfants ne sont plus à proximité de par les parcours professionnels, on n'a donc plus ce soutien familial qu'on pouvait avoir avant. On a aussi une vraie raison financière. Aller en EHPAD coûte cher et ils n'ont pas les moyens.

Mme LETARD.- On parlait du libre choix de la personne. Pour le coup, le libre choix est limité par la réalité financière. Des personnes restent à domicile non pas par choix, mais par contraintes financières. Est-ce qu'on est en capacité d'en mesurer l'étendue ?

Dr BOUDIAF.- Je pense que oui.

J'ai exercé sur le Valenciennois et l'Avesnois où la précarité est extrêmement importante. Je travaille maintenant sur Lille depuis septembre où la précarité est également de plus en plus importante, mais on a aussi des situations financières très aisées et ils demandent l'APA pour avoir un regard spécialisé. Ce sont des personnes qui sont perdues et qui sont en attente d'un accompagnement plus que d'un financement.

Mme LETARD.- Les choix de prise en charge sont aussi dictés par ces réalités, mais pas seulement. C'est ce que j'entends.

Mme CARBAJAL.- Sur les EHPAD notamment, il y a tout de même un travail de communication à faire puisque, outre les scandales, ils n'ont pas forcément une bonne réputation pour la personne elle-même et pour son entourage.

Mme LETARD.- Il y a un sujet qu'on ne va pas traiter maintenant, mais je pose la question parce que ce n'est pas très clair dans ma tête. Quand on est à la charnière entre le GIR 4, 5 et 6, entre la prévention et ce qui relève des recours, comment cela s'articule entre les deux volets ? Vous parlez du dossier unique tout à l'heure. Sur ce sujet de l'articulation entre la partie prévention et l'action que vous menez dans le cadre de vos compétences et de vos missions, si vous avez des messages à délivrer dans votre contribution, n'hésitez pas.

Mme DECOOPMAN.- Je ne sais pas le temps qu'il nous reste, mais il y a énormément de choses à dire.

Mme LETARD.- Vous avez compris qu'on allait décaler la remise du rapport. Si on sent qu'il y a besoin de refaire un petit tour de piste avec vous parce que, au fur et à mesure de l'avancée de nos travaux, on aura des besoins complémentaires, on ne s'interdit pas de revenir vers vous, pour que personne ne

soit frustré et pour qu'on ait la possibilité d'approfondir de votre côté et du nôtre un certain nombre de points pratico-pratiques où on a besoin du regard des territoires et des acteurs que vous êtes.

Au début, cela nous éclaire et, à la fin, on aura un autre regard, une autre compréhension des sujets et cela vaut la peine qu'avant de rendre nos conclusions, on puisse s'en parler.

On fera aussi peut-être des visites.

Dr BOUDIAF.- Je poursuis.

Je ne reviens pas sur l'évaluation globale. On est aussi dans la prévention puisqu'on prévient l'aggravation de la perte d'autonomie en instaurant des aides techniques et des moyens humains. Par contre, il y a une masse d'informations donnée à l'utilisateur qui est hyper importante et on a besoin de le transcrire par écrit. L'outil Iodas n'est pas forcément adapté à l'évaluation multidimensionnelle.

C'est l'intérêt de travailler cette synthèse écrite qui reprend toute l'évaluation de l'infirmier au domicile et les préconisations établies pour l'utilisateur et sa famille, pour l'évaluateur médicosocial notamment à la reprise du dossier quand il y a une révision ou une aggravation, mais également pour le ou les partenaires qui interviennent dans la situation pour qu'ils ajustent leur accompagnement et pour qu'ils se coordonnent au mieux.

Mme DUWELZ.- Ensuite, je résume la question des moyens face au vieillissement. Sur le Cambrésis et l'Avesnois, il y a presque 28 % de personnes de plus de 60 ans. La commune de Cambrai en elle-même a 30 ou 40 % de personnes de plus de 60 ans. Cela va donc être un sacré enjeu.

C'est aussi un enjeu de formation. L'évaluation multidimensionnelle nécessite de plus en plus de temps de formation. Dans mon équipe, on me dit qu'on passe son temps en formation pour voir les outils techniques, etc. C'est dans l'intérêt des personnes.

C'est aussi suivant les territoires. On sait que, sur Valenciennes, Avesnes, Cambrai, il y a beaucoup d'accueils familiaux puisqu'on a une capacité de 228 places d'accueil familial.

Mme LETARD.- Cela vous demande une sacrée disponibilité en matière de suivi et d'évaluation.

Mme DUWELZ.- Tout à fait. Les évaluateurs assurent les agréments avec un coordonnateur. Je rappelle que, sur Cambrai, 164 000 habitants, il y a un coordonnateur pour traiter tout cela. Je rappelle aussi que la fiche de poste ne prévoit pas d'accompagnements beaucoup plus individualisés. Se posera donc aussi la question du rôle des UTPAS et des moyens à ce niveau. Mon coordonnateur ne fait pas d'accompagnement et, contrairement à d'autres territoires, elle est vraiment sur la prévention et sur du collectif. Sur l'année 2021, elle a assuré 66 visites. C'est elle qui fait des visites au niveau des maires, ce n'est pas moi.

Dr BOUDIAF.- Là aussi, il y a une disparité de territoires. Les pôles autonomie sont facilement identifiés et on nous interpelle. On a de plus en plus de situations complexes.

Je reviens sur la question des moyens tant d'effectifs centraux et territoriaux que de moyens logistiques et techniques, également en besoin de formations. On sent que les pathologies du sujet âgé évoluent. La grille AGGIR n'est pas pratiquée et traduite de la même façon, on voulait absolument vous pointer ce besoin important. La question des moyens se posera forcément de plus en plus au regard de l'augmentation de la population âgée – en 2050, une personne sur trois aura plus de 60 ans –, de la paupérisation, de l'isolement.

Mme LETARD.- Dans votre contribution, on attend de vous cette approche globale et territoriale, en reprenant les différents points que vous évoquez, avec la projection que vous vous faites des besoins d'évolution en termes d'organisation, de moyens humains et financiers. On n'est pas dans une réalité stable, tant dans la prise en charge, que sur la question de la formation, de l'attractivité des métiers et donc des parcours professionnels auxquels je crois beaucoup. La question de la formation me paraît essentielle, ainsi que la question de la capacité à avoir une formation qui permette peut-être à des professionnels, y compris dans les services d'aide à domicile, d'avoir des perspectives professionnelles ouvertes.

Sur les champs du médicosocial, handicap, dépendance et même tous les métiers de la petite enfance, il s'agit de réfléchir comment, même à l'échelle de notre propre réflexion départementale ou régionale en lien avec la Région, on peut faire évoluer des socles communs et des VAE pour donner de la perspective professionnelle.

Si un jeune se dit qu'il va accompagner toute sa vie des personnes très dépendantes, est-ce qu'il va avoir envie de s'engager dans ce métier ? Si, demain, il peut bifurquer vers d'autres avec une VAE et une formation complémentaire, ces questions me paraissent aussi essentielles.

Il faut en tout cas que vous nous pointiez comment, de votre point de vue, vous voyez ces questions afin que nous ayons une photographie territoriale et globale. C'est, pour nous important de voir comment vous vous projetez, quelles sont vos inquiétudes et vos préconisations.

Dr BOUDIAF.- Actuellement, aucune formation institutionnelle n'est proposée et ce sont les anciens évaluateurs qui accompagnent les nouveaux arrivants, alors qu'ils n'ont pas tous le même parcours. Certains infirmiers viennent de la chirurgie, de la psychiatrie, de la gérontologie. C'est un vrai apprentissage avec le soutien du médecin du pôle qui peut proposer des accompagnements.

Mme DUWELZ.- Quand on parle de formation, sur Cambrai par exemple, on a évalué il y a deux ans le besoin de recrutement de services d'aide à domicile à 150 personnes. Vous voyez l'impact sur la mise en œuvre des plans d'aide, etc. Ce sont de vraies difficultés.

Concernant les services d'aide à domicile, on propose un accompagnement individuel et collectif aux professionnels de ces services. Je pense que les difficultés financières des SAAD font que, parfois, la formation ne passe pas. Il est dommage, quand on propose quelque chose de bien au niveau départemental, que les gens ne s'en emparent pas. Ces formations plus collectives permettent de monter tous ensemble en compétences.

Ceci étant, le Département favorise tous les dispositifs de tutorat, ce n'est pas pour autant que les gens s'emparent des outils. Là aussi, il y a peut-être une dynamique à créer au niveau des SAAD.

Mme CARBAJAL.- J'espère que nos collègues auront l'occasion de rééchanger avec vous lors d'une autre séance sur les plans qu'on n'a pas pu aborder. Vous aurez le document qu'elles ont préparé et les collègues de tous les pôles autonomie ont fait une contribution écrite qui vous sera envoyée.

Je remercie les porte-parole d'avoir fait cette synthèse et cet effort de présentation.

Mme LETARD.- Madame CARBAJAL et Mesdames, vous remercieriez évidemment tous vos collègues qui vous ont accompagnées dans ce travail. On vous remercie très sincèrement pour cet apport de terrain et votre expérience parce que vous avez tout à nous apprendre.

Nous sommes au début de notre travail. On se donnera le temps d'approfondir tout cela, on reviendra et, dans la préparation de l'échange qu'on aura peut-être dans une partie plus avancée et plus aboutie de notre travail, on pourra cibler davantage. On vous enverra les points que l'on a envie d'approfondir avec vous.

En tout cas, encore une fois, merci beaucoup pour votre investissement, pour ce que vous nous avez apporté aujourd'hui et on aura l'occasion de se retrouver.

Bon courage et bravo pour ce que vous faites sur le terrain.

Nous allons faire entrer maintenant nos intervenants suivants.

❖ Organisation de l'évaluation, modèle de financement de l'APA et sortie d'hospitalisation

Mme LETARD.- Bonjour à toutes et à tous, merci d'avoir répondu à notre invitation.

Désolée du retard, mais ce qu'on nous a exposé dans la première partie de la réunion était aussi très important, passionnant et, même si on décale un peu dans le temps, on fera la même chose avec vous

si nécessaire. Vous l'avez bien compris, vous êtes nombreux, vous allez être limités dans le temps, on vous a demandé de vous organiser entre vous pour essayer d'avoir une parole articulée, complémentaire.

Surtout, pour que vous ne soyez pas frustrés, vous avez la possibilité – et on vous encourage vivement à le faire – de nous adresser des contributions écrites complémentaires qui nous permettront d'avoir des éléments précis sur vos interrogations, sur les problématiques que vous souhaitez évoquer. Cela permettra que chacun ait vraiment la possibilité d'évoquer de la façon la plus exhaustive possible ses préoccupations sur cette mission d'information qui est très vaste.

Avant tout, bienvenue, merci de vous être rendus disponibles. Je vois en visio la présidente de l'URIOPSS, Madame GLOWACKI, je la salue.

Je vous propose de vous présenter pour que l'on sache qui se trouve en face de nous et on fera un tour de table également pour se présenter.

Avant de démarrer, je ferai peut-être un petit point pour resituer un peu la mission pour planter le décor et, très vite, je vous laisserai parler parce que c'est ce qui nous importe le plus.

(Tour de table, présentation des représentants de la FHF, de l'UDCCAS, de l'UNIOPSS, de la FEHAP, du SYNERPA et de l'URIOPSS.)

Mme LETARD.- Vous connaissez parfaitement l'objet de la mission d'information qui nous réunit.

Je vous informe que, alors que nous avons prévu de rendre notre rapport en juin pour une présentation en juillet, nous nous donnons un peu de temps puisque nous devons faire un peu plus d'auditions et de visites que prévu. Pour tout vous dire, ce ne serait pas mal aussi de pouvoir bénéficier d'un peu de temps pour auditionner les responsables du niveau du dessus qui auront à traiter de la question de l'autonomie dans le gouvernement qui s'installera après les élections. Non seulement, on est contraint dans le temps et on n'a pas envie de bâcler ce rapport, mais en plus, avoir un peu de temps pour questionner les instances nationales sur les nouvelles orientations qui pourraient découler quel que soit le résultat des courses nous paraît aussi un élément indispensable de notre réflexion.

La mission s'inscrit dans une volonté d'approcher autant l'aspect qualitatif que les problématiques financières de prise en charge, de parcours de l'utilisateur. Il s'agit en fait de balayer largement la problématique de l'APA qui est la problématique centrale qui nous intéresse, mais bien évidemment remise dans un contexte général parce que l'APA n'a pas de sens si l'on ne regarde pas l'appréhension globale du sujet. C'est en tout cas notre cœur de dispositif. Nous voulons voir comment aujourd'hui, chacun dans vos responsabilités, dans le segment qui vous occupe, vous appréhendez cette question.

Vous avez eu un questionnaire guide qui vous permet d'avoir une idée précise de ce qui peut nous aider à renseigner le rapport que nous aurons à remettre, qui s'inscrit dans une perspective de vieillissement de la population que vous connaissez et maîtrisez mieux que nous. Tant dans l'évolution des pratiques professionnelles que dans la perspective d'une population à prendre en charge qui va évoluer, dans un cadre budgétaire qui est forcément multi partenarial, de plus en plus contraint et complexe à mettre en œuvre, nous avons besoin d'avoir votre éclairage, vos inquiétudes, vos préconisations.

Tout ne ressort évidemment pas d'une solution que le Département pourra apporter à lui seul, mais nous avons besoin de savoir aussi dans quel environnement global se situent le Département et sa mission par rapport à l'APA.

Ce sont toutes ces questions que nous souhaitons approfondir avec vous aujourd'hui sur la base du guide qui vous a été fourni et qui vous permet de cibler directement les points sur lesquels on peut concrètement être amenés ensuite à apporter une synthèse et des propositions à notre exécutif et à notre Président du Département.

Au nom de mes collègues, encore merci de bien vouloir vous livrer à cet exercice.

Vous avez la parole.

FHF. - J'entends tout ce que vous dites et on va essayer de ne pas tomber dans le côté « je pleure sur le manque d'effectifs », parce qu'on est tous au fait de ce problème qui, avec en plus tout ce qui vient de se passer, est vraiment sur la table.

Je gère deux établissements et je pense que la FHF représente le plus gros taux d'établissements pour personnes âgées.

Quand j'écoute, je me rends compte que trois raisons poussent les gens à entrer dans un établissement. La première, c'est l'isolement qui fait qu'ils viennent chercher du lien social, cela doit représenter 10 % des gens qui entrent chez nous. La deuxième raison, ce sont des gens qui sont dans un secteur où il y a eu des cambriolages, qui ont peur, qui ne veulent pas rester seuls, cela représente un petit pourcentage. Ensuite, beaucoup de gens rentrent parce qu'ils ne peuvent plus rester au domicile, parce qu'ils se retrouvent en situation de grande dépendance, c'est la majeure partie des entrées qui sont faites chez nous. Je pense que c'est vraiment l'image que l'on a des établissements d'accueil pour personnes âgées, avec toutes les difficultés que cela représente pour nous d'améliorer l'image.

Je voulais rapprocher cela au montant que l'on perçoit pour prendre en charge la dépendance. Globalement, 80 % des personnes chez moi sont en grande dépendance. L'enveloppe budgétaire, ce que l'on me paie pour la dépendance par le biais du forfait dépendance, représente entre 10 et 15 % de mon budget. Je résumerai un peu mon intervention à cette phrase, il y a un profond décalage entre l'image que l'on peut avoir et le montant qui nous est attribué.

Cette réunion est basée sur l'APA. Je serais tenté de dire que, dans nos établissements, l'APA en tant que telle n'existe plus, la prestation autonomie individualisée n'existe pas dans mon établissement. On touche un forfait en fonction de l'endroit où on se trouve géographiquement dans le département. Si on est sur la métropole, on touche plus pour la dépendance que si on est dans l'Avesnois ou dans les Flandres. Cela a été basé sur une dotation historique. C'est la raison pour laquelle, puisqu'historiquement Lille était mieux doté, quand on a fait les calculs, on a permis que le forfait soins de Lille pour ne pas que les gens perdent d'argent soit un peu plus élevé.

C'est un premier constat. Je ne suis pas payé en fonction de l'état de dépendance de mes résidents pour la bonne et simple raison que l'évaluation de l'état de dépendance de mes résidents se fait tous les cinq ans. Or, il change tous les ans et il change énormément entre les personnes qu'on accueillait qu'il y a 15 ans qui restaient quatre à cinq ans chez nous et celles qui aujourd'hui sont là plutôt deux ans et demi. Le maintien à domicile a fait des efforts, s'est organisé et s'est structuré, il répond à la demande première des personnes d'être maintenues au domicile mais, de fait, l'état de dépendance des personnes qui entrent chez moi est plus élevé.

Le deuxième constat est que la dépendance dans le calcul de la grille AGGIR, un vieux système de l'époque de la DOMINIC et des conventions tripartites, fait qu'on évalue relativement bien la perte d'autonomie physique, mais qu'on n'évalue pas du tout ou très peu la perte d'autonomie au niveau de la capacité cognitive. À ce titre, pour un résident qui est complètement perdu, avec lequel il faudra passer énormément de temps pour espérer l'emmener prendre sa douche parce qu'il ne comprend pas pourquoi on veut le laver, l'hygiène n'ayant plus de sens dans sa tête, avec lequel on va passer énormément de temps pour le canaliser pour ne pas le retrouver sur le passage piéton avec tout ce que cela représente pour nous de risques et de peur, énormément de temps pour qu'il ne se fâche pas avec le résident d'à côté ou ne squatte pas son espace de vie, on ne sera pratiquement pas financé pour cette partie.

C'est une autre problématique que l'on souhaitait soulever. Petit à petit, on a glissé de plus en plus vers des personnes avec des troubles cognitifs et notre dépendance n'est pas réévaluée.

C'est le premier propos de la FHF. Je propose, si vous en êtes d'accord, que chacun fasse son préliminaire et que l'on puisse rebondir ensuite sur les questions.

Mme LETARD. - Effectivement, on peut vous écouter par organisme et, ensuite, vous approfondirez les points qui vous semblent utiles.

UDCCAS.- On souscrit tout à fait à ce qui vient d'être dit. Ce sujet est particulièrement technique et je ne connais pas le niveau de connaissance de chacun d'entre vous sur la réforme de l'APA en établissement dans le cadre de la loi ASV.

Les questions que nous avons reçues, qui sont extrêmement intéressantes, sont très techniques et on voudrait déjà s'assurer que tout le monde a le même niveau de connaissance sur l'impact de la loi ASV sur la réforme tarifaire des EHPAD. On propose donc de la réexpliquer de manière très succincte.

La loi ASV instaure un modèle de tarification par la mise en place d'un forfait global relatif à la dépendance. Son montant résulte d'une équation tarifaire qui tient compte de l'évaluation du niveau de dépendance des résidents qui est réalisée lors de la coupe AGGIR. Cela définit le GIR moyen pondéré de l'établissement et, dans cette équation, on tient compte aussi du nombre de places en hébergement permanent et d'un point GIR fixé chaque année par le Président du Département. C'est cette équation qui autonomise le niveau de ressources octroyé pour la dépendance à l'établissement.

La situation des résidents d'un établissement évolue. Un résident ayant fait une chute nécessitera plus d'accompagnement, de même qu'un syndrome dépressif, et ce niveau de dépendance (GMP) évolue tout le temps. Or, dans l'équation tarifaire, il est pris en compte au mieux une fois tous les quatre ans, mais cela peut être sept ans. Dans cette équation, cet élément ne colle pas à la réalité des besoins en temps réel. Il serait donc nécessaire de l'évaluer de façon plus régulière, au moins une fois par an.

Deuxième élément de cette équation, le point GIR est fixé au niveau du Département pour l'ensemble du département, mais c'est vrai qu'au niveau national, ce point GIR n'est pas le même. À niveau de dépendance égal, un établissement ne sera pas forcément doté de la même façon d'un département à l'autre.

L'idée est de dire que la prise en compte du taux de dépendance dans l'établissement est évolutive. L'APA est une aide personnalisée, elle tient compte d'une personne et de sa dépendance à l'instant T, mais elle a vocation à être évolutive. Or, sur les finances des EHPAD, il y a une stagnation qui ne tient pas compte des besoins des seniors et de l'établissement. Cela a aussi un impact sur les finances de l'établissement puisque, derrière, il y a une masse salariale, des activités de prévention de la perte d'autonomie puisqu'on n'a pas que des personnes alitées.

Si on revient sur l'évaluation de l'APA, cela ne prend pas du tout en compte les pathologies psychiques, les personnes qui ont Alzheimer. Ces dernières par exemple sont à un GIR 4, mais elles ne sont pas du tout à même de rester chez elles. C'est ce qui peut d'ailleurs expliquer les 24 % de personnes en GIR 4 en EHPAD, cela peut être des personnes qui souffrent de troubles cognitifs mais qui sont quand même en GIR élevé parce que leur niveau de dépendance n'est pas évalué.

Cette grille AGGIR n'évalue pas non plus les besoins en prévention de la personne, les besoins de stimulation, de relations, de soins relationnels, d'activités. Or, l'accompagnement est nécessaire, mais, dans cette équation tarifaire, ce n'est pas forcément pris en compte.

Mme LETARD.- Ce que vous dites corrobore ce que nous ont dit les intervenants précédents qui ont relevé les mêmes écueils sur la grille.

UDCCAS.- Cela a un impact sur la masse salariale, mais aussi sur la qualité du travail des personnes et sur l'attractivité des métiers. C'est un point très important. Les EHPAD souffrent d'un manque de valorisation de leur travail et il y a de gros problèmes d'effectifs et de grosses difficultés de recrutement. Même si les structures sont parfois engagées aux côtés du Département sur tout ce qui est retour des allocataires du RSA à un emploi pérenne via une formation en EHPAD, il y a un gros problème d'attractivité des métiers et d'embauches.

De plus, le personnel est également exposé à une charge émotionnelle importante du fait du public accompagné et cela nécessite un taux d'encadrement important pour les accompagner, les soutenir, pour prévoir les formations. Or, tous ces éléments de conditions de travail, de normes d'effectifs ne sont pas forcément intégrés dans cette équation tarifaire très mathématique.

UNIOPSS.- Je suis complètement d'accord avec ce qui a été dit précédemment.

Je reste sur la prévention et l'effectif RH. Certains établissements mettent en place des formations liées à la prévention, comme Humanitude ou Montessori, qui permettent de préserver l'autonomie des personnes et ces personnes voient leur GIR stagner. On ne va pas vers des GIR 1 à 3, mais on reste dans le 4. Cela impacte directement les financements puisque les financements sont basés sur le GMP. Si le GMP stagne, les établissements n'auront pas de dotations supplémentaires. De ce fait, certains établissements qui sont confrontés à des décès de GIR 1 ou 2 les remplacent systématiquement par des personnes en GIR 1 ou 2 pour avoir une stabilité des dotations, ce qui les contraint à trier un peu les entrées pour accueillir des personnes fortement dépendantes.

FEHAP.- Je rejoins mes collègues. Je vais essayer d'apporter des éléments complémentaires.

Effectivement, la dotation dans les établissements mériterait d'être revue de façon plus régulière. On se base toujours sur les effectifs de l'année antérieure mais, malheureusement, dans les établissements, suite à la crise Covid, on se rend compte que les personnes qui entrent aujourd'hui sont beaucoup plus dépendantes, avec des moyennes de séjour qui ont fortement baissé par rapport à la population qu'on a pu admettre par le passé et cela entraîne des évolutions du niveau de dépendance. En début d'année, vous pouvez avoir une mixité au niveau de la dépendance et de l'autonomie et, au mois de juin, avoir énormément de personnes très dépendantes dans l'établissement, sans que les effectifs n'aient évolué pour autant alors que l'accompagnement des résidents s'est accru pour les personnes qui travaillent au quotidien.

Il y a la non-distinction au niveau de l'évaluation de la grille AGGIR qui ne prend pas en compte les troubles cognitifs, ce qui est vraiment une difficulté. Pour en avoir parlé avec un médecin coordonnateur, pour un même niveau de GIR, vous pouvez avoir une personne très dépendante ou une personne autonome avec des troubles cognitifs très importants, mais l'accompagnement n'est pas le même. À mon sens, il y aurait besoin d'une distinction pour les personnes qui ont des troubles cognitifs. On le voit, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, en fonction de l'âge et de l'état de l'évolution de la maladie, peuvent nécessiter des niveaux d'accompagnement complètement différents au sein d'un même établissement.

Ensuite, troisième point, on a un déficit de médecins coordonnateurs dans les établissements, alors que ce sont en général les premiers indiqués pour réaliser la grille AGGIR, pour évaluer le niveau de dépendance des résidents. Aujourd'hui, on a une vraie difficulté dans nos établissements à trouver des médecins coordonnateurs qui soient intéressés par cette fonction et qui soient en mesure d'évaluer au plus juste le niveau de dépendance des résidents.

Je rejoins aussi la question sur les actions de prévention qui ne sont pas valorisées... Aujourd'hui, on les valorise, puisque c'est très important, cela fait partie de notre cœur de mission, mais elles ne sont pas prises en compte. Je mets un petit bémol puisque, dernièrement, deux établissements ont eu par l'ARS le financement de formations Montessori prises en charge à 100 %, mais d'autres sont sur une démarche d'accompagnement Humanitude et cela se fait sur les fonds d'association parce qu'on a la volonté de faire plus auprès des résidents et je pense que cette volonté est partagée par tous les acteurs de notre secteur d'activité.

En tout cas, aujourd'hui, il n'y a pas de valorisation ou de reconnaissance de ces actions de prévention menées dans les établissements.

Par ailleurs, toujours dans le domaine de la prévention, il serait très important de développer les équipes pluridisciplinaires dans les établissements. Les fonctions de psychomotriciens et d'ergothérapeutes sont très importantes, sur les missions qu'ils peuvent être amenés à développer en établissement, mais ce sont des personnes qui vont énormément accompagner les résidents et venir en renfort des équipes de terrain habituelles que sont les aides-soignantes, les auxiliaires de vie et les infirmiers, qui vont venir sur des missions complémentaires qui ne relèvent pas du soin pur, mais qui sont dans l'accompagnement des résidents sur des approches non médicamenteuses. Ce sont des fonctions que l'on retrouve très rarement dans les établissements, au même titre que les psychologues. Or, tout cet environnement concourt aussi à la préservation de l'autonomie de nos personnes âgées.

Mme GLOWACKI (URIOPSS).- À l'écoute de tout ce qui est dit, j'aurai un propos un peu plus politique et stratégique.

Par rapport aux attendus de la mission, on a à se mettre d'accord sur une dimension assez partagée de la vision que nous avons actuellement des besoins quantitatifs et qualitatifs. On voit bien que tout ce qui s'est dit là renvoie à la question qualitative des besoins, c'est-à-dire à la façon de prendre en compte les compétences cognitives, les altérations psychologiques, etc. qui aujourd'hui ne sont pas prises en compte.

On voit bien qu'on a une nécessité de se recentrer sur la réalité des besoins. Quand on aura fait cela, on aura sans doute à définir ensemble l'ambition que l'on veut pour les personnes âgées dans le département du Nord, pour les personnes en perte d'autonomie.

J'ai entendu – et c'est d'ailleurs dit par toutes les personnes de terrain – que l'ambition est que le meilleur service soit rendu à la personne. Il s'agit de voir sur quoi cela bute.

Aujourd'hui, on a une vraie question d'attractivité des métiers. Les métiers dits de l'humain, plus particulièrement dans les hébergements et sans doute plus particulièrement au niveau des personnes âgées, sont des métiers qui épuisent.

Quelles sont les ressources que l'on veut accorder ? Tant qu'on sera sur une dynamique de financement qui concentre tous les moyens sur l'acte soignant et non pas sur le fait de prendre soin des professionnels... Prendre soin des professionnels, c'est réhabiliter le collectif et l'échange. On a besoin de moyens à ce niveau pour faire tenir les professionnels. Pour moi, c'est vraiment le volet de l'ambition.

Le troisième point est de savoir ce que l'on veut créer comme dynamique. Après tout, on est tous d'accord, on est d'accord sur des besoins de formation, etc. Allons-nous être en capacité de développer une dynamique plus fluide dans les parcours des personnes ?

On voit bien l'effraction dans un parcours de vie qu'est l'orientation en hébergement. Comment allons-nous essayer de travailler sur la porosité des frontières entre l'hébergement et le domicile ? Si on arrivait à donner aux structures d'hébergement plus de possibilités en matière de prévention sur le terrain dans les territoires, on créerait une sorte d'approvisionnement qui permettrait ensuite de construire des parcours.

Je pense que nous sommes en attente d'une dynamique qui permette une fluidité des parcours et dans l'ajustement des besoins. On l'a beaucoup dit, la question de l'évaluation médicosociale n'est pas suffisamment réajustée et, à un moment, elle crée des décalages entre la réalité des personnes accueillies et ce qui a été évalué antérieurement.

On a donc besoin d'agilité, on a besoin de fluidité et on a sans doute besoin de mutualisation. Il y a des savoir-faire dans les équipes d'hébergement que l'on peut tout à fait mutualiser avec les équipes de domicile et les équipes d'évaluation.

Notre plaidoyer serait donc autour de ces trois enjeux : l'enjeu de l'agilité, l'enjeu de la fluidité et l'enjeu de la mutualisation.

Mme LETARD.- Merci pour cette mise en perspective des priorités que vous souhaitez poser aujourd'hui dans le cadre de nos discussions.

Je vous propose de poursuivre les prises de parole de départ pour poser les éléments et, ensuite, on fera un balayage pour connaître les préconisations plus concrètes que vous pourriez faire, pour essayer de les catégoriser et de les hiérarchiser en fonction des cibles visées et des différents aspects qui sont nombreux dans le questionnement qu'on peut avoir sur l'APA et son environnement.

Même si nous sommes ici en tant qu'institution départementale, on se situe dans un contexte plus global et on peut être aussi le porte-voix de choses qui doivent remonter à l'échelon supérieur. On fait notre propre introspection qualitative, budgétaire, mais aussi sur l'environnement général. En effet, si on ne traite l'APA qu'au sens strict du terme, on ne fera que déplacer ce sujet qui est bien plus large

et il faut vraiment voir comment ce sujet de l'APA se situe. Vous allez pouvoir nous donner des éléments d'information et des indications précises.

SYNERPA.- On partage les mêmes avis que nos collègues. On voit bien à quel point la question de la fréquence des évaluations est une vraie question. J'ai un établissement où je suis à 7 ans, on est sur une convention de 2013.

Effectivement, sur la grille AGGIR, nous avons majoritairement des personnes âgées avec des troubles cognitifs, cela représente aujourd'hui plus de 60 % d'accueil dans nos maisons. Or, cet accompagnement n'est pas que quantitatif, mais également qualitatif.

On doit travailler sur la prévention, sur nos architectures, sur nos équipes. On a de vrais besoins.

Par rapport aux parcours de soins, je trouve que l'on doit avoir plus de liens avec les établissements psychogériatriques, avec la psychiatrie, avec le monde du handicap puisque l'on accueille de plus en plus de personnes handicapées vieillissantes.

J'ajoute le rôle du psychologue qui est important autant pour les salariés en cas de détresse que pour les résidents, voire pour les familles qui sont parfois perdues de voir leurs parents placés ou qui sont épuisées parce qu'elles les ont maintenus au domicile jusqu'au bout et que, lorsqu'elles arrivent, elles sont à cran.

L'accompagnement des familles demande également des moyens. La famille a un rôle très important pour nous, établissement. On prend une charge une personne âgée en entier avec sa famille et on doit être des partenaires, une équipe pour la personne âgée.

Mme LETARD.- Aujourd'hui, les actes de prévention ne sont pas encouragés par le mode de relation et d'accompagnement financier, parce que cela passe aussi par cela. Aujourd'hui, dans vos structures vous considérez que ce n'est pas pris en compte et cela ne permet pas de changer votre mode d'agir en établissement.

FHF.- Puisque vous nous invitez à mettre les choses en perspective, je voudrais ajouter que, sur le financement global d'un EHPAD moyen d'environ 80 lits, on a un financement à hauteur de 70 à 80 % par le résident ou à tout le moins sa famille. Effectivement, la question de l'accueil plus global d'un résident et de sa famille est éminemment importante, d'où la prise en compte des exigences de la famille. Je souhaitais rebondir là-dessus pour indiquer qu'aujourd'hui, l'EHPAD est financé quasiment à 80 % par les résidents et leur famille.

Sur la question du GIR 4, vous vous demandez pourquoi 24 % en moyenne des personnes en EHPAD relèvent du GIR 4, alors que l'on pourrait supposer que le domicile aurait vocation à les accompagner. À l'aune des retours que m'ont fait mes collègues directeurs d'EHPAD, globalement, les gens qui arrivent chez nous en GIR 4 sont essentiellement des personnes dont les parents, les familles et les enfants sont éloignés, ce sont finalement des gens assez isolés qui viennent chercher à l'EHPAD un lien social.

Je crois que, en tout cas pour l'EHPAD, l'enjeu est là : comment l'EHPAD est-il en capacité aujourd'hui de travailler sur la question de l'attractivité des métiers notamment pour travailler sur ce lien social que viennent aussi chercher les personnes qui souhaiteraient peut-être vivre chez elles, mais qui se rendent compte qu'elles sont isolées dans une approche de partenariat avec les services du domicile.

Je crois que l'on gagnerait à travailler beaucoup plus ensemble, ce qui permettrait aussi, pour les personnes dont l'entrée en EHPAD s'impose, une transition plus douce ; d'où la question aujourd'hui de l'EHPAD hors les murs, sujet sur lequel les EHPAD doivent travailler.

Mme LETARD.- C'est la question du profil de la résidence autonomie ou de ce type de structures qui allient l'utilisation d'un réseau d'acteurs médicaux ou médicosociaux extérieurs avec le fonctionnement d'un établissement qui assure en même temps un lien, une sécurité, une mutualisation de services mais aussi une relation avec la vie de la cité et avec les acteurs extérieurs, qui apparaît être aujourd'hui un outil vers lequel les gens ont une appétence parce que ce n'est pas le tout établissement ainsi qu'on l'entend aujourd'hui.

Dans votre réflexion, faut-il se réinterroger sur l'EHPAD tel qu'il fonctionne aujourd'hui ? Est-ce que cela veut dire aussi qu'il faut réfléchir à d'autres formes qui existent aujourd'hui ou mailler la prise en charge ou les outils du territoire différemment, faire évoluer un certain nombre d'établissements et regarder comment on peut demain envisager une autre organisation et un autre maillage ?

Une fois que vous avez fait ce constat, pour comprendre ce que cela veut dire pour vous, comment le définiriez-vous ?

FHF.- Du point de vue des EHPAD en tout cas, sur ce sujet, je crois que c'est le modèle qu'il faut changer en profondeur. Si les personnes qui font appel à l'EHPAD aujourd'hui viennent chercher de la sécurité en soins, je pense qu'aujourd'hui, si on écoute bien, elles viennent chercher de l'animation, du bien manger, du lien. Or, aujourd'hui, la photographie du type de profils des salariés qu'on a en EHPAD ne répond pas complètement à cela.

Aujourd'hui, dans un EHPAD moyen d'environ 80 personnes, la plupart du temps, on a un animateur. C'est tout à fait insuffisant pour proposer ce service. Certains ont créé des équipes hôtelières, mais cela n'existe pas forcément encore beaucoup. Les équipes de restauration sont tout à fait mobilisées et je pense qu'il y a un réel travail à faire sur le sujet. Parfois, les personnes que l'on accueille en EHPAD peuvent se laisser aller, mangent moins bien chez elles. Il y a les services de portage à domicile mais, lorsque les gens arrivent, on sent qu'ils se sont un peu laissés aller. Demain, l'EHPAD doit pouvoir apporter cette expertise métier qui, à mon sens, doit se déplacer un peu au côté du soin.

Le soin est d'ailleurs un sujet sur lequel on doit développer nos expertises. Les personnes âgées viennent chercher à l'EHPAD aujourd'hui des expertises sur la fin de vie, les problématiques de plaies, de cicatrisation. Sur nos expertises en soins, on a des choses à apporter et c'est ce que l'on peut apporter aussi en sortant de l'EHPAD, hors les murs et au domicile des personnes.

Je pense que l'EHPAD doit répondre davantage demain, on le dit depuis longtemps mais on n'a pas les effectifs. D'autre part, il doit se tourner aussi vers de nouveaux métiers, de nouvelles écoles de formation, vers les métiers de l'hôtellerie, de la restauration, de l'animation beaucoup plus qu'on ne le fait aujourd'hui. À mon sens, il y a un vrai sujet.

Mme LETARD.- Ce sont des lieux de vie et pas seulement des lieux de soins.

FHF.- Il faut le faire pour de vrai, parce que cela fait 10 ans qu'on demande aux EHPAD de devenir des lieux de vie, mais 50 % du personnel sont des infirmiers ou des aides-soignantes. Or, il faut aussi développer ce volet et se donner les moyens de proposer une prestation digne de ce qu'on veut faire.

Mme LETARD.- Ce que vous dites correspond aussi au public accueilli. Le pourcentage du public que vous recevez globalement dans les établissements justifie ce que vous évoquez. Ce sont des personnes qui vont rester un certain temps malgré tout, qui n'ont pas forcément toujours des dépendances extrêmement fortes, mais qui ont des attentes en termes de vie sociale et en termes d'accompagnement qui ne sont pas que du soin.

FHF.- Ce que vous dites est tout à fait vrai.

Pour moi, en tant que directeur d'EHPAD, une de mes premières difficultés est que je ne sais pas quelles prestations je dois fournir parce que je ne sais pas comment les gens vont vieillir.

Quelqu'un qui touche 800 € de retraite, qui est veuf, qui a 82 ans, n'a-t-il pas intérêt à venir chez moi, à bénéficier de l'aide sociale du Département et à vivre comme à l'hôtel, si je suis capable de faire de l'hôtel ? En revanche, comme je vais le faire cohabiter avec des personnes dépendantes qui, pour être excessif, vont se lever 10 fois pendant le repas et « piquer » dans son assiette, il ne va pas forcément venir.

L'une de nos grandes difficultés est de savoir si on doit être extrêmement médicalisé, si on doit faire de l'hôtellerie. Finalement, on fait un mélange de la totalité de la prestation qui rend peu de gens heureux et c'est une vraie difficulté.

Aujourd'hui, on entre en EHPAD à 65 ans, parce que c'est la réglementation, ou 67 ans selon les départements, cela ne correspond plus aux besoins. À l'inverse, les gens qui auront fait 20 ans de RMI

dans une HLM peuvent se poser la question de savoir s'ils ne seront pas mieux chez moi qui vais leur mettre de l'animation, un système hôtelier et des repas. La question se pose, mais là, on n'est plus du tout dans le critère de la dépendance.

On doit faire cohabiter une quantité de personnes qui, pour moi, devraient être dans des endroits différents, avec du maintien à domicile, avec des résidences services, etc. On est un « fourre-tout » et c'est une vraie difficulté pour nous.

UDCCAS.- Je voudrais rebondir sur la résidence autonomie. Finalement, la résidence autonomie est conçue pour la majorité des gens comme l'entre-deux entre le domicile et l'EHPAD. Pour résumer très succinctement, c'est un endroit où on a un studio ou un appartement, des services, un lieu collectif, de l'animation, un repas, etc.

Nous représentons 40 résidences autonomie dans le Nord. Il y a de plus en plus de personnes qui ne sont plus en capacité de rester en résidence autonomie, mais qui ne veulent pas aller vers l'EHPAD considéré comme un mouvoir par 90 % des Français.

On parle de l'EHPAD hors les murs. La question est de savoir comment un EHPAD va travailler dans 10 ans. Cette considération est à prendre en compte aussi au-delà de l'EHPAD hors les murs.

Il faut savoir aussi que les résidences autonomie ont toujours un statut à part. La résidence autonomie a un financement départemental. Par exemple pour le Covid, toutes les préconisations nationales ont oublié complètement les résidences autonomie ; heureusement d'ailleurs que le Département était là pour y penser. C'est très compliqué, c'est un statut qui n'est pas hybride, mais qui peut être considéré quasiment comme hybride vu la déconsidération nationale. Les résidences autonomie répondent aux normes ESMS mais ce sont des logements individuels qui restent du domicile.

Mme LETARD.- Indiquez-le précisément dans votre contribution.

UDCCAS.- On est tous d'accord pour dire que l'on vieillit, qu'on va peut-être aller un jour en EHPAD, on n'a pas envie que ce soit dans des conditions horribles. On a tous envie de rêver de l'EHPAD de demain...

FEHAP.- Il existe des établissements dans lesquels cela va très bien, tous les EHPAD ne sont pas horribles.

UDCCAS.- C'est la perception qu'on en a.

Mme LETARD.- Dans ce que vous dites, je retiens deux choses. Il s'agit de voir comment reconstruire un maillage et une architecture de l'offre qui permettent de répondre à chaque étape de façon utile et complémentaire. Il ne faut pas de trou dans la raquette parce qu'une chaîne dans laquelle il manque un maillon fonctionne mal ou pas du tout.

Deuxièmement, au sein de ce dispositif global de prise en charge de la perte d'autonomie, comment les EHPAD sont-ils pris en compte aujourd'hui et pourquoi rencontrent-ils les difficultés que vous évoquez ? Sur le soin, on le voit bien, mais sur tout ce qui touche à la prévention ou l'environnement du soin, il y a un sujet. Comment le régler ? Quelles préconisations pouvez-vous faire de ce point de vue ?

Sur la question des EHPAD, je retiens deux choses. Pour les résidences autonomie, il y a un problème d'appréhension et d'identification de vos problèmes. Concernant les EHPAD et les établissements qui sont au cœur de notre préoccupation du jour, comment définir le centre de notre réflexion qui est l'APA ? Vous nous avez déjà donné quelques éléments sur la façon dont l'APA est délivrée aux établissements et les problèmes que cela pose. La question est aussi de voir comment la façon dont la contribution aux établissements est calculée vous permet ou non d'avoir des établissements qui correspondent vraiment à l'attente que l'on peut tous avoir collectivement de son fonctionnement, de son organisation, de son efficacité et des moyens que l'on vous donne pour être au rendez-vous des différents aspects et pas seulement du soin.

Rappelons aussi que c'est juste 15 % de la contribution financière d'une place, il ne faut pas l'oublier non plus.

UDCCAS.- On parle de qualité, de valorisation des métiers, de prise en charge de l'animation, on ne fait pas que du soin, etc. tout le monde est d'accord avec cela. Du coup, on parle d'une nécessité de plus de flexibilité, de souplesse, d'adaptation, y compris pour nous dans nos travaux quotidiens, de réactivité, de prise en charge. On met cela en parallèle avec les CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens), auxquels chaque EHPAD est normalement soumis, mais rares sont ceux-ci qui ont signé un CPOM.

Mme LETARD.- Combien ont signé un CPOM ?

Intervenante.- Chez nous 3 sur 18.

UDCCAS.- Un CPOM induit un EPRD, un établissement des recettes et des dépenses. Si on résume simplement, cela veut dire qu'on calcule le GIR GMP, on sait combien on va recevoir, cela nous donne une dotation et on doit faire avec pour l'année, sachant que c'est sur cinq ans.

FEHAP.- Aujourd'hui, il n'y a quasiment aucune marge de négociation sur les CPOM. Pour en avoir négocié plusieurs, aujourd'hui, on nous annonce des dotations basées sur les coefficients annoncés. Entre deux, il n'y a pas de dialogue de gestion, alors qu'il est institué au cœur de ces contrats qu'il doit y avoir des dialogues de gestion pour réévaluer les engagements qui ont été pris par les différentes parties. Or, aujourd'hui, cela n'existe pas, je n'ai pas connaissance d'établissements qui ont pu bénéficier d'un dialogue de gestion.

UDCCAS.- En fait, les tutelles, ARS et Département, arrivent auprès de l'établissement en disant : « voilà ce que vous allez recevoir et voilà comment on va faire ». On essaye de faire rentrer tout cela dans les cases, mais sans aucune flexibilité, sans aucune adaptation du GMP et aucun dialogue avec les organismes de tutelle par manque de moyens et de temps.

Il y a un vrai besoin. Au-delà d'imaginer l'EHPAD de demain et de la prise en charge globale de la personne dans son parcours, il y a une nécessité de flexibilité budgétaire aussi pour les établissements, de simplification et de dialogue de gestion.

FEHAP.- Pour l'EHPAD de demain, il faut peut-être déjà capitaliser sur l'existant. On essaye tous de se projeter dans de nouveaux modèles mais on voit bien ce qui manque aujourd'hui sur le terrain. C'est ce que dit le rapport Libault. On préconise d'augmenter le taux d'encadrement dans les établissements, de passer à un taux d'encadrement de 0,80, ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui puisque des besoins ne sont pas pourvus et cela engendre toutes les problématiques que l'on connaît.

Avant de se projeter dans un nouveau modèle, il faut peut-être déjà solidifier le modèle existant avant de se demander ce que l'on fera dans cinq ans. Je veux bien qu'on aille à domicile, mais, sur la base des moyens existants, cela va être compliqué de détacher du personnel qui n'a déjà pas le temps de faire son travail au quotidien.

Mme PARMENTIER-LECOQ.- On partage vos constats à 200 %. On a beaucoup travaillé là-dessus à l'Assemblée nationale. On est tout à fait d'accord pour dire qu'il faut une réforme nationale et départementale, c'est l'idée de cette mission.

Ce qui m'a un peu surprise sur le terrain, dans un EHPAD où je suis administratrice, c'est qu'ils soulignent beaucoup le poids des impayés dans la structure financière de l'EHPAD, ce que je n'avais pas perçu auparavant.

Vous nous signifiez qu'une part importante du budget est relative au financement des familles ou des résidents eux-mêmes. Pouvez-vous nous dire ce qu'il en est de cette part d'impayés ? On me dit que même les procédures judiciaires ne permettent pas de récupérer l'ensemble des dus.

FHF.- En réalité, c'est très technique. Effectivement, le système de l'obligation alimentaire, en fonction du moment où est fixée l'aide sociale, est un système qui permet que, sur les structures, on ait des trous où on n'est pas payé. Le système de l'aide sociale est un peu long, les familles sont parfois dispersées et les paiements des obligations alimentaires n'apparaissent qu'à partir du moment où on a le dossier d'aide sociale qui met parfois trois ou quatre mois pour arriver. Entre-temps, on a un trou et des impayés.

Sur mes structures, ce n'est pas l'élément le plus problématique. C'est toujours compliqué quand on n'a pas beaucoup de fonds de s'apercevoir qu'on en perd un peu, mais ce n'est pas notre première préoccupation. C'est technique, il y a certainement moyen de faire mieux.

FEHAP.- C'est une question de volume. À l'échelle d'un établissement, cela peut parfois être une part très faible mais, à l'échelle d'un organisme qui regroupe 30 établissements, cela peut engendrer des sommes phénoménales.

Il y a nécessité pour les associations d'avoir un niveau de technicité sur ces thématiques d'impayés. Il faut avoir un service financier en mesure de gérer ces impayés. Aujourd'hui, le seul recours que vous avez par rapport aux impayés, c'est le juge aux affaires familiales qui doit être saisi en première instance pour déjà arrêter les créances.

Il y a effectivement le principe de l'obligation alimentaire et aussi le principe que l'on ne peut pas revenir sur le passif. En fait, la décision du juge ne va s'arrêter qu'à partir du moment où on va lui signifier une problématique de paiement. Si vous attendez six mois, les six mois sont pour l'association et le juge va considérer le montant de la dette à partir du moment où on l'a saisi. Il faut donc avoir des équipes très réactives sur le suivi des paiements et le fait de devoir saisir un avocat. Aujourd'hui, pour passer devant un juge des affaires familiales, il faut un avocat. Ce sont des frais complémentaires qui viennent peser sur la structure pour s'assurer qu'il y ait le moins d'impayés possible, mais c'est une réalité aujourd'hui.

Au niveau de l'aide sociale, on a de plus en plus de demandeurs. Par ailleurs, des personnes peuvent entrer en ayant les moyens de financer leur hébergement, mais, comme elles restent le plus longtemps possible dans nos établissements, à un moment donné, elles peuvent ne plus être en capacité de payer et elles doivent faire une demande d'aide sociale.

Mme PARMENTIER-LECOQ.- Il serait bien d'avoir des chiffres là-dessus, des proportions.

Mme SCAVENNEC.- Je voulais parler du montant des contributions de la personne et des familles et de la transparence des montants. Êtes-vous en mesure de donner à une personne et à sa famille avant qu'elle entre dans votre établissement le montant exact de la prise en charge de sa dépendance à laquelle elle va devoir contribuer ? Est-ce qu'il y a une bonne information ?

FEHAP.- Cela dépend des établissements. Pour les établissements habilités à 100 % à l'aide sociale, les tarifs sont réglementés. De toute façon, on a une obligation de transparence, les tarifs doivent être affichés dans l'établissement et ils sont présentés lors de l'admission.

Aujourd'hui, on n'est pas capable de dire à une personne que, en fonction de ses revenus, tel membre de la famille devra participer à telle hauteur. On pourra dire à un résident la somme que cela va coûter par mois, mais on ne sait pas ce que les gens gagnent et ce qu'ils paieront.

FHF.- Sur la dépendance pure, on peut le dire.

FEHAP.- L'hébergement pèse pour beaucoup.

UDCCAS.- Pour revenir sur la tarification, ce système d'organisation en trois sections est complexe à la fois pour les établissements en termes de gestion, mais également en termes de lisibilité pour le résident et sa famille.

Le soin est parfois pris en charge à 100 %. Le tarif dépendance n'est pas compliqué. Il y a le tarif hébergement qui change ; si on est à l'aide sociale, ce sera un certain tarif ; il peut y avoir un deuxième tarif qui a pu augmenter en fonction de l'année n-1 en fonction d'un certain pourcentage fixé pour ceux qui restent dans l'établissement et qui étaient présents l'année précédente ; il peut y avoir un troisième tarif hébergement fixé pour les nouveaux entrants en année n. Il peut y avoir trois tarifs d'hébergement plus le tarif dépendance.

Pour le tarif dépendance, dans les établissements publics, peu de personnes dépassent 2 400 € de ressources, il n'y a donc pas le ticket modérateur en plus du GIR 5 ou 6, en tout cas dans les structures des CCAS. Ce n'est pas le GIR 5 ou 6 qui impacte le plus le reste à charge, cela fait 5 ou 6 €.

En revanche, sur le tarif hébergement, c'est plus compliqué. C'est parfois un frein qui fait que les personnes n'entrent pas.

Dès qu'il y a un dossier d'aide sociale, les familles veulent savoir combien cela va leur coûter. Certains résidents n'ont pas envie d'ennuyer leur famille avec cela. Là, on peut avoir trois tarifs. Je pense qu'une calculette est mise en place sur le site du Département et, au niveau national, je pense aussi qu'il y a un portail, mais ce n'est pas très clair.

En tout cas, cette structuration en sections avec des tarifs différents n'est pas toujours très lisible dans la précision.

SYNERPA.- On nous a fait remonter que les courriers de notification à destination des familles n'étaient pas lisibles pour les familles et qu'elles devaient être accompagnées pour comprendre ce qu'elles devaient payer.

Mme SCAVENNEC.- On m'a fait remonter que les délais d'instruction d'aide sociale étaient parfois très longs. Avant d'avoir les décisions finales, c'est compliqué.

FEHAP.- On ne sait pas si la décision sera négative ou positive et, si l'aide est refusée, le résident ou la famille doit rembourser tout ce qui aurait pu être pris en charge.

Mme LETARD.- J'ai une question qui ne concerne pas l'APA, mais qui a un impact sur le reste à charge des familles plus globalement, c'est la partie de l'investissement et des dépenses qui passent dans le forfait hébergement, qu'il faut ensuite aller chercher auprès des usagers. Est-ce que, là-dessus, vous êtes capables de vous projeter sur les dernières années et en perspective ? Est-ce que vous jugez que l'intervention publique sur cette partie investissement permettrait de réduire et de dégonfler un peu le reste à charge des ménages ?

Il y a deux aspects dans la réflexion globale et je ne parle pas du Département uniquement. Qu'est-ce qui impacte les usagers et qu'est-ce qui impacte les établissements dans leur fonctionnement ? Il y a deux sujets. Il y a l'accompagnement humain dont on est train de discuter et qui relève de la prise en charge et il y a l'investissement.

Sur l'investissement, pour ceux qui sont dans le dispositif depuis longtemps, comment les choses ont-elles évolué au fil du temps ? Est-ce que, avant, il y avait une intervention publique, au sens large du terme, plus forte qui permettait de maintenir un reste à charge plus raisonnable ? Est-ce que cela a évolué et dans quel sens ? Est-ce que, pour vous, c'est un sujet important à traiter dans la réflexion globale que l'on devra avoir sur la politique de prise en charge de l'autonomie ? Comment faut-il se pencher sur l'APA cœur du dispositif, compétence obligatoire, mais aussi plus globalement dans la politique générale à défendre demain ? Je ne parle pas que du Département ; les Départements interviennent aussi sur l'investissement, mais, avant, le niveau national et la CNSA intervenaient fortement aussi sur l'investissement.

Ce sont juste des questions que je pose. Comment cela évolue-t-il ? Il y a longtemps que je ne me suis pas penchée sur la question. Comment cela impacte-t-il vos équations en tant qu'établissement ? Comment vous projetez-vous ?

FHF.- Sur le secteur public, on a bénéficié des plans État-Région 1991-1996, les établissements ont été rénovés avec une large participation des Départements, de la Région et de la Commune. Aujourd'hui, on a un système qui fait que l'on est sur un taux d'occupation à 95 % dans les EHPAD et que l'on a une situation d'exploitation à l'équilibre, mais on ne dégage rien pour faire de l'investissement. Avec un excédent de 15 000 €, il faudra faire des années et des années d'excédent pour arriver à faire un investissement. Aujourd'hui, en tout cas pour les établissements publics, il est impossible d'investir sans l'aide de l'État.

En aides de l'État, on a des moyens que nous donne l'ARS sur des crédits ponctuels, on a de la participation du Département, mais, comme rien n'est fléché, c'est un peu en fonction de la façon dont on va pouvoir négocier. Il y a la CNSA, mais avec des dossiers extrêmement compliqués, extrêmement lourds à monter et avec beaucoup d'incertitudes.

Mme LETARD.- Si je me permets de vous dire cela, c'est parce que, pour l'avoir traité au niveau national comme mes collègues, la loi climat par exemple va imposer un certain nombre d'obligations sur la rénovation thermique des logements et des établissements recevant du public. Ce n'est pas sans conséquences, cela va avoir un impact, ce sont des investissements futurs avec des délais dans le temps qui évolueront peut-être. Il y a beaucoup de choses pour le maintien d'un bon niveau d'équipement pour accompagner les personnes âgées et, vous le savez, après avoir fait un investissement, cela s'entretient, cela se rénove.

Quel impact cela a-t-il en clair sur le coût global pour un usager, sa capacité à se maintenir et à faire un vrai choix entre le domicile et l'établissement ? En effet, derrière, il y a aussi le choix de l'usager. Il y a ce qui le motive pour aller en établissement ou pas. Cela définit peut-être aussi le type de publics que vous avez en établissement, puisque le libre choix est relatif pour une certaine partie.

En tout cas, la question est posée pour pouvoir bien situer le sujet APA, environnement global et impact de l'investissement sur tout cela. Cela nous permet de bien comprendre. Il faut que l'on comprenne l'APA, il faut que vous nous écriviez bien comment vous voyez l'évolution de la relation entre les établissements et le Département sur l'APA et son évolution.

Plus généralement, cela nous intéresse et cela intéressera la vice-présidente en charge du dossier sur toutes ces questions connexes, mais qui sont essentielles, puisque c'est bien l'addition de tout cela qui fait le résultat final. Si l'État prend sa charge, les Départements ont aussi leur participation à avoir dans tout cela. Il est donc important aussi qu'on la comprenne.

FHF.- Je trouve que, ces dernières années, le fait que le Département ait pu aider sur l'investissement a tout de même permis à un certain nombre de projets qui sommeillaient de sortir de terre, je pense qu'il faut le souligner. Quand on reconstruit un EHPAD, on a effectivement la partie investissement pour se lancer. Or, souvent, on n'a pas forcément la trésorerie pour se lancer et, très rapidement, dans un projet de reconstruction, on va devoir décaisser un peu d'argent notamment sur les études, etc. C'est un vrai sujet. Il est vrai que, sur le Nord, quand ces dernières années on a pu avoir le déblocage d'aide à l'investissement, cela a aidé à faire démarrer les projets.

Après, bien souvent, on fait appel à des subventions, mais on a souvent besoin d'emprunter. La question de l'emprunt vient impacter les charges financières et cela vient augmenter la facture. L'État vient compenser par des crédits non reconductibles, c'est une bonne chose – je ne sais pas si cela va continuer –, cela permet de minimiser l'impact sur l'augmentation du prix de journée et donc sur ce que paie le résident. C'est ce qui permet de faire sortir des bâtiments avec un reste à charge relativement modéré.

Sur les questions de développement durable et de bâtiments, il y a une recherche de diminution des coûts de fonctionnement au niveau énergie. Il y a un vrai surcoût à la construction. La Région un temps a aussi aidé avec le FEDER sur ces questions, moins maintenant. On a plus des aides sur les aspects de plan de relance.

Mme LETARD.- Sur la nouvelle maquette budgétaire du FEDER, savez-vous comment cela va évoluer ?

FHF.- A priori, on émerge plus sur les questions de plan de relance avec l'Europe. À mon niveau, de ce que je connais sur un projet et sous toutes réserves, les aides sont un peu moins importantes sur tout ce qui est développement durable, on est moins ciblé sur les constructions d'EHPAD.

Mme GLOWACKI (URIOPSS).- L'APA est l'allocation personnalisée autonomie, c'est une prestation à la personne. On voit bien que, au niveau de la contribution de la personne, tant par l'APA que par sa contribution personnelle, cela représente une part importante du financement global des établissements.

On est en train de dire qu'il est difficile de dissocier la mission APA d'une vision globale de la question du financement des EHPAD. Globalement, je pense que nous aspirons à une vision qui se centre à la fois sur l'APA, dont on a dit tout à l'heure que c'était un sujet technique, mais qu'on la relie aussi au financement global. C'est la première chose.

Au moment où on évoque l'investissement, je pense qu'on ne peut pas faire l'économie d'une réflexion sur l'impact des événements internationaux sur l'augmentation du coût de la vie et ce que cela va vouloir dire pour les établissements. C'est le deuxième sujet qui plaide pour cette approche extrêmement globale.

Parce que je vais devoir vous quitter, je voulais dire aussi que l'URIOPSS porte une réflexion très centrée sur les territoires. Je crois que, avec ce que nous avons évoqué, sur le réaménagement de l'offre, sur des choses peut-être beaucoup plus structurées en matière de parcours, sur la contribution possible des EHPAD dans leur version actuelle avec les moyens *ad hoc*, sur des dynamiques de territoire, on a vraiment matière à poursuivre une belle réflexion.

Merci beaucoup en tout cas pour ce travail qui s'amorce.

Mme LETARD.- Merci beaucoup, Madame GLOWACKI. C'est très gentil de votre part.

Monsieur, je sais que vous aviez envie d'intervenir sur ce sujet.

FEHAP.- Sur le secteur associatif, effectivement, aujourd'hui, s'il n'y a pas une intervention du Département ou de la puissance publique au niveau de l'investissement, c'est très compliqué. Je remercie d'ailleurs le Département du Nord à ce sujet, cela fait tout de même deux ou trois années consécutives que des aides nous sont attribuées pour financer notamment les investissements du quotidien au niveau des équipements. Le Ségur permet aussi de réhabiliter de façon massive des établissements puisqu'il y a des besoins très urgents. Sans cette aide, c'est compliqué pour nos entités d'investir et c'est d'autant plus vrai aujourd'hui avec l'inflation normative qui s'impose à tous. On a la loi Egalim, le prix du gaz et de l'électricité qui s'envole et, clairement, cela a des impacts phénoménaux sur le fonctionnement de nos établissements et sur le personnel.

On a des budgets contraints et, en même temps, on ne peut pas dépenser comme on le souhaite, c'est tout à fait normal, mais, sur le terrain, c'est compliqué de concilier le fait qu'on soit sur des enveloppes fixes avec des charges qui explosent en ce moment. Quelle est la variable d'ajustement ? Est-ce qu'on peut avoir une variable d'ajustement ?

Mme LETARD.- J'ai une question de néophyte parce que je ne suis pas suffisamment experte sur le sujet. À titre personnel, je m'interroge sur une chose. Quand on a une telle pression qui s'exerce sur les exigences normatives qui vont s'imposer à nous, de quels moyens disposez-vous pour maintenir un niveau minimum de panier de soins et de services qui permette de garantir la bientraitance ? On voit bien que la pression s'exerce, il y a des charges contraintes et des exigences des institutions sur un cadre minimum, mais la pression est importante.

Je pense que l'on doit regarder à l'aune de tout cela, dans le travail qui doit être mené entre les uns et les autres sur ces questions, comment cela se passe chez vous, comment vous faites aujourd'hui, comment vous appréhendez cette question qui est au cœur d'une bonne prise en charge de la personne accueillie.

Je ne sais pas ce que vous pouvez en dire, mais c'est un sujet qui est au cœur. On a là une conjonction de choses qui feront que ce sera très tendu. Comment voyez-vous cette question et quel message pouvez-vous nous apporter là-dessus ?

FHF.- Le message peut se résumer ainsi. Dans mon établissement, il y a 70 toilettes à faire. Compte tenu de ce que m'offre l'APA et du nombre d'aides-soignants que je peux avoir, ce sont 10 à 12 minutes par toilette. Je ne suis pas dépendant et j'en mets 25 à minima. Cela veut dire que, effectivement, sous une certaine forme, sans prendre des grands mots de maltraitance, nous ne sommes pas bien traitants, institutionnellement. C'est un fait, on peut le retourner comme on veut, c'est mathématique. Je prends le temps que j'ai en aides-soignants et, encore, je le prends jusqu'à 11 h ; cela veut dire qu'il y a des gens pour qui la toilette sera faite à 10 h 30 et ce n'est pas cohérent pour quelqu'un qui se réveille à 7 h. Tout est comme cela et on ne sait plus.

Je pense franchement que, s'il n'y a pas une remise en cause, moi qui suis directeur d'établissement, j'apaise souvent, mais, à un moment donné, mon rôle n'est pas de dire aux gens de faire mieux s'ils

n'ont pas les moyens. Il ne s'agit pas de les mettre dans une situation où les soignants finissent par nous dire : « je quitte le job, j'en ai marre, ce que vous me faites faire n'est pas correct ».

Si on ne réfléchit pas à cela, on sera débordé par des soignants qui ne voudront plus faire cela et qui partiront. Or, on le voit de plus en plus. Mathématiquement, on n'a pas aujourd'hui les moyens de prendre en charge la dépendance.

UDCCAS.- Vu les contraintes budgétaires, la pression économique et les difficultés de recrutement, on finit par recruter des personnes de moins en moins qualifiées. Je parle pour tous les métiers de l'autonomie, même s'ils peuvent évoluer professionnellement tout au long de leur parcours professionnel.

On a parlé de l'APA et des EHPAD. Si on a encore un peu de temps, on voulait revenir rapidement sur les accueils de jour. On pourra faire une contribution écrite.

Sur les accueils de jour, on a eu un retour des adhérents. Il y a trois ou quatre ans, le système de dotation a changé. Auparavant, l'accueil de jour recevait une dotation annuelle. Maintenant, l'APA est directement versée aux seniors qui vont en accueil de jour et la facturation se fait de l'accueil de jour aux seniors.

Nous souhaitons proposer que l'APA soit directement versée à l'accueil de jour pour différentes raisons. L'accueil de jour présentera des factures beaucoup plus basses aux personnes. L'accueil de jour peut accueillir des seniors directement. En effet, on parle de prise en charge globale des personnes, de parcours, de domicile, EHPAD, résidences autonomie, on parle aussi de flexibilité et de réactivité. Si on peut prendre en charge les personnes directement, on n'attend pas que la personne perçoive l'APA avant qu'elle arrive en accueil de jour, on peut l'accueillir directement et percevoir l'APA dès réception de la notification, pour une prise en charge plus rapide des personnes et pour qu'il n'y ait pas d'indus d'APA. En effet, certaines personnes perçoivent l'APA, elles pourraient avoir l'accueil de jour mais ne s'y rendent pas, elles doivent donc rendre l'APA, ce qui n'est pas toujours possible parce que ce sont des personnes vulnérables qui ont parfois des difficultés financières.

Pour des raisons de facilité, de flexibilité et de visibilité pour les accueils de jour, en termes de structure, on trouverait intéressant de simplement revenir à une dotation globale de la structure, qui s'équilibre à la fin de l'année avec le Département. Ce serait plus facile et cela permettrait d'assurer une prise en charge plus facile des usagers.

Mme LETARD.- Merci. C'est noté.

UDCCAS.- On parlait aussi de l'impact sur les restes à charge en lien avec la loi ASV. On a également eu un retour des adhérents indiquant que, depuis que la prestation linge pour les résidents n'est plus intégrée dans les prestations socles, cela vient encore en plus impacter les restes à charge. C'est parfois de l'ordre de 45 €. Cela devient donc une prestation optionnelle. Ce que l'État ne prend plus en charge vient encore s'ajouter au reste à charge.

Avant, laver le linge de la personne était compris dans le forfait. Maintenant, l'État ne le prend plus en charge via la loi ASV et on le met en option, la famille peut laver le linge. On accueille des personnes en précarité qui n'ont pas forcément d'entourage et de famille. Quand on est à l'aide sociale et qu'on n'a que 110 € d'argent de vie, comment fait-on ?

FEHAP.- Donnons-nous les moyens de nos ambitions. On est tous concernés par ce sujet ; à un moment donné, on va avancer vers cet âge et peut-être vers la très grande dépendance, nous sommes les personnes âgées de demain et il faut prendre le problème à bras-le-corps.

Mme LETARD.- En tout cas, on attend de votre part que vous posiez sur le papier tout ce que l'on vient de se dire, pour que l'on structure bien et que l'on reprenne comme il se doit les préconisations et vos interrogations, y compris sur les relations avec les services du Département, pour que l'on sache quelle voie d'amélioration on pourrait voir dans le dialogue entre les établissements et les services du Département, y compris sur les modalités de prise en charge et dans la façon dont s'organise l'interface entre vous. N'hésitez pas à l'explicitier, c'est important pour nous.

FHF.- Dans les questions, vous demandiez ce que l'on pensait de l'ASV et de l'APA. Dans un premier temps, on nous a expliqué qu'il serait compliqué de faire une APA individuelle et qu'il fallait voir chaque résident. Cela n'avait effectivement aucun sens de faire une évaluation chaque fois. À partir de là, on nous a fait une dotation. Or, à partir du moment où on transforme l'APA en dotation, cela ne correspond plus du tout au besoin de dépendance, c'est un pourcentage qui est appliqué et c'est tout. Du coup, de par la dotation, on a complètement décalé l'APA par rapport à sa vocation et au fonctionnement. Cela permet de contrôler sur le temps budgétairement, mais, en résultat, sur le terrain, cela ne convient pas.

Par ailleurs, on nous demande de plus en plus d'accueillir des personnes âgées handicapées vieillissantes pour lesquelles on n'a pas de dépendance. On ne sait pas trop pourquoi, mais c'est un sujet qui arrive.

SYNERPA.- Par rapport aux préconisations, il y a deux temporalités différentes : une temporalité plus urgente par rapport à la fréquence d'évaluation, à la grille AGGIR à revoir, ainsi qu'une temporalité à moyen et long terme sur l'EHPAD de demain, en reprenant l'existant et les moyens possibles.

Mme LETARD.- On mesure bien qu'il y a deux niveaux. Vous vous rejoignez tous sur la question de la grille et de l'évaluation, avec toutes les problématiques cognitives, on sent bien qu'il y a là un sujet et plus globalement sur la façon d'évaluer.

UNIOPSS.- Je voulais intervenir sur le même sujet, en allant un peu plus loin. Par rapport au versement de la dotation après le recalcul du GMP, les adhérents de l'UNIOPSS s'interrogent sur le calendrier des mises en œuvre, de manière pratico-pratique. Pour un GMP réévalué au premier semestre 2022, la dotation sera recalculée pour le 1^{er} janvier 2023. En revanche, dès lors que le GMP est recalculé sur le second semestre 2022, la dotation ne sera octroyée qu'en 2024. Or, on a parlé d'une durée moyenne de séjour qui se raccourcit et les besoins à l'instant t en termes de moyens humains ne seront peut-être plus valables en 2024. En termes de perspective, il faut peut-être revoir la temporalité du calendrier.

Mme LETARD.- C'est un message enregistré. Je ne sais pas comment on sera capable de l'intégrer, mais il est enregistré.

FHF.- Au-delà du sujet technique sur l'APA, je vous rejoins complètement sur la nécessité de revoir les choses de manière très pratique.

En revanche, en termes de temporalité, je pense que le sujet de l'attractivité des établissements est un sujet très fort et, selon moi, c'est maintenant. Nous sommes tous des entreprises de prestations de services et, aujourd'hui, la question de l'attractivité des métiers est un très fort enjeu.

Mme LETARD.- C'est vrai que nous n'avons pas développé ce sujet plus que cela, nous pouvons quand même en parler quelques minutes. Aujourd'hui, il y a les difficultés de recrutement que vous rencontrez, avec les problèmes de formation en interne parce que les métiers évoluent, avec la prise en charge, tous les nouveaux gestes qu'on peut apprendre à nos professionnels. Il faut aussi savoir quelles sont les difficultés rencontrées à la porte de vos établissements pour recruter et pour des raisons d'attractivité. Il y a aussi une question que j'ai déjà évoquée avec les uns et les autres sur l'attractivité métier, il y a la question de la rémunération, mais il y a également le fait de ne pas choisir à 25 ans un métier où on va se retrouver toute sa vie en EHPAD à accompagner des gens en fin de vie, fragiles et difficiles.

Que pensez-vous d'avoir une formation socle pour tous les métiers du médicosocial, c'est-à-dire handicap, dépendance et tous les métiers liés à l'enfance et à la famille, etc., avec des VAE et des modules complémentaires, qui permettraient à quelqu'un qui travaille dans un EHPAD depuis cinq ans et qui aurait envie de s'occuper de personnes handicapées ou d'enfants, de se former et d'avoir un parcours professionnel ? Est-ce que ce ne serait pas de nature à rendre des métiers attractifs parce que ce seraient des métiers qui pourraient évoluer et s'inscrire dans un parcours professionnel ? Cela voudrait dire une réflexion approfondie avec les acteurs des métiers du médicosocial, avec ceux qui forment, avec le niveau national, avec le niveau régional qui finance. C'est un vrai sujet pour moi, qui n'est pas que financier. Un jeune peut avoir envie de s'engager dans ces professions, mais ne pas avoir

envie d'y passer toute sa vie parce qu'il aurait peur de s'engager dans une voie qui pourrait devenir une impasse s'il veut changer de vie ou d'orientation.

Autour de ces questions, si vous avez des idées, si cela vous paraît essentiel, pour moi, cela fait partie d'un tout. Bien sûr, il y a la rémunération, il y a la dureté, mais il y a des gens qui ont de vraies vocations, de vraies appétences à aller vers ces métiers, mais à condition de savoir que, derrière, une autre vie professionnelle et plus ouverte encore est possible.

Je pense que ces questions font partie intégrante d'une réflexion plus large. Si vous avez des éléments là-dessus et si vous pensez qu'il faut creuser, n'hésitez pas. Je pense que cela fait partie d'une politique globale qu'il nous faut explorer aussi de ce point de vue.

SYNERPA.- Par rapport à la formation, on est parfois en difficulté parce qu'il n'y a pas un socle de formation commun. On a des aides-soignants, des auxiliaires de vie, des AMP, des AES et, finalement, elles n'ont pas toutes les mêmes compétences. On a vraiment pléthore de formations, mais avec des compétences différentes et, pour accéder à des exigences de bienveillance communes, c'est compliqué. Il faudrait peut-être avoir une offre de formation plus restreinte mais qui corresponde mieux au médicosocial.

FHF.- Et des budgets de formation plus importants. Ils sont très faibles en établissement.

Mme LETARD.- Vous pouvez évoquer les deux aspects. Il y a, en amont, l'attractivité des métiers et la formation qui doit évoluer et, ensuite, il y a la formation continue et la capacité à faire monter les gens en compétences, à leur apporter des formations aux bons gestes, à toutes les nouvelles techniques. Face à une personne Alzheimer, on sait que la toilette doit être faite sous une forme et pas sous une autre et, si on ne vous l'a pas appris, vous ne le savez pas. Les choses évoluent et il faut que l'on soit en capacité de ce point de vue d'être au rendez-vous. En tout cas, ces questions sont aussi importantes à évoquer.

FEHAP.- Aujourd'hui, si vous voulez former une infirmière en interne, cela coûte 200 000 € à une association. Une aide-soignante qui veut évoluer pour être infirmière doit faire trois années d'étude, cela coûte 100 000 € et il faut prévoir son remplacement pendant trois ans qui coûte autant.

Mme LETARD.- Avec les organismes collecteurs, avec France compétences, etc., cela fonctionne comment ?

FEHAP.- Ils ne financent pas ce coût de la formation infirmier.

Si on veut faire évoluer une aide-soignante en interne ou promouvoir quelqu'un, il y a ce frein financier qui est énorme et qui ne permet de répondre à rien, que ce soit pour nous en tant qu'employeur pour voir évoluer les personnes ou pour le souhait d'évolution professionnelle.

UDCCAS.- Le CNFPT n'intervient pas non plus pour la fonction publique.

Mme LETARD.- Un grand merci à vous tous, c'était très éclairant pour nous. On attend avec beaucoup d'impatience et d'attention vos contributions écrites et, comme on l'a dit aux intervenants précédents, si on sent qu'on a besoin de questionnements complémentaires, on se permettra de vous solliciter soit par écrit, soit lors d'un échange final, en fonction du temps dont on disposera.

UDCCAS.- Il y a une deuxième audition le 25 avril. On comptait faire une contribution à la suite de ces deux réunions pour qu'il y ait une vraie complémentarité et pas de redites.

Mme LETARD.- Pour le moment, on est dans la phase où on engrange la matière. On se fait mettre à niveau des informations par vous, on emmagasine, on aura des propositions qui viendront tous azimuts qu'on essaiera de hiérarchiser et de mettre en perspective. Ensuite, il y aura une deuxième séquence qui vous intéressera. À la fin, dans la phase où l'on s'interrogera sur la façon de poser, de synthétiser et d'émettre des conclusions, si on a besoin d'éclairages complémentaires, on se permettra de vous solliciter par écrit ou autres pour conforter les interrogations ou les préconisations que l'on souhaiterait formuler.

Encore une fois, bon courage à toutes et tous, merci pour ce que vous nous apporterez et ce que vous nous avez d'ores et déjà apporté.

On sait bien que l'on ne va pas révolutionner le paysage, on a un certain nombre de contraintes, mais on veut au moins partager avec vous et essayer de voir en fonction des moyens dont on disposera les modalités pour optimiser tout ce que l'on sera capable de construire ensemble, pas à votre place mais avec vous. C'est ce que l'on essaiera de faire au mieux.

(La séance est levée.)

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU NORD
Mission spéciale d'information et d'évaluation
relative à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Séance 3 au 18 mars 2022

Étaient présents :

Les membres de la mission d'information et d'évaluation

Présidente de la mission spéciale d'information et d'évaluation de l'APA : Valérie LETARD

Pour le groupe Union Pour le Nord : Marie SANDRA, Sylvie DELRUE, Loïc CATHELAIN.

Pour le groupe Socialistes, Républicains et Citoyens : Christine DECODTS (Rapporteuse associée),
Josyane BRIDOUX.

Pour le Groupe Communiste et Républicain, Pour l'Humain d'abord ! : Isabelle CHOUAIN

Pour le groupe Ecologiste, EELV, Génération. s : Céline SCAVENNEC (Rapporteuse associée)

Les personnes auditionnées :

Pierre-François DECOURCELLE, Louis LEBLON, Maxime DARIOSECQ (Dircom).

Représentants de UNA, UDCCAS, FEDESAP, SYNERPA, FEPEM, ADMR, URIOPSS, CARSAT, MSA.

Ordre du jour

-	Présentation de la séance de ce jour et des intervenants	2
❖	Étude Dircom « Parcours usager APA, Analyses et recommandations »	2
❖	Points de vue des têtes de réseaux.....	15
❖	Audition des représentants de la CARSAT et de la MSA	37
❖	Conclusion	49

(La séance est ouverte à 8 h 40 sous la présidence de Mme LETARD.)

Mme LETARD.- Bonjour et bienvenue, je salue tous mes collègues qui ont pris sur leur temps pour se rendre disponibles pour cette séance n° 3 de notre mission d'information et d'évaluation de l'APA.

(Appel)

Le compte rendu de la séance n° 2, du 11 mars, est en cours de rédaction, ce compte rendu sera transmis dès que possible. Encore une fois, nous remercions les services qui ont actuellement beaucoup de choses à repositionner. Il a fallu redéfinir un calendrier d'auditions pour la mission et un calendrier actualisé des séances vous a été envoyé par mail pour tenir compte de l'annulation de la séance du 21 mars et du report de la date de remise du rapport qui sera annoncée par le président en début de séance plénière. Cela a occasionné tout un travail de repositionnement, de contacts à prendre et à modifier. On en remercie à nouveau les équipes.

- **Présentation de la séance de ce jour et des intervenants**

Mme LETARD.- Sur la séance du jour et les intervenants que nous allons entendre, nous allons avoir une séance en trois parties :

- La première de 8 h 30 à 9 h 30 sera consacrée à la présentation du parcours usager APA par la direction de la communication : Pierre-François DECOURCELLE qui assure la direction de ce service et Louis LEBLON et Maxime DARIOSECQ qui sont les deux coauteurs de l'étude, que l'on salue et que l'on remercie pour le travail accompli qui va nous être présenté dans quelques instants.
- De 9 h 30 à 11 h 30, ce sera la table ronde des têtes de réseau des services d'aide et d'accompagnement à domicile pour échanger sur l'évaluation médico-sociale et la coordination des interventions. Seront présents des représentants de l'UNA, de l'UDCCAS, de la FEDESAP, du SYNERPA, de la FEPEM, de l'ADMR et de l'URIOPSS.
- De 11 h 30 à 12 h 30, ce sera la rencontre avec la CARSAT et la MSA, également sur l'évaluation médico-sociale et la coordination des interventions.

❖ **Étude Dircom « Parcours usager APA, Analyses et recommandations »**

Mme LETARD.- Cette étude qui va nous être présentée est issue d'un travail interne de la direction de la communication qui a précédé la mise en place de notre mission d'information et d'évaluation et qui est centré sur l'APA à domicile – sachant que nous avons un spectre plus large. Étant donné l'intérêt particulier que ce travail interne porte sur l'évaluation qualitative et quantitative que l'on va faire de notre politique APA, il était évidemment indispensable et très important de comprendre ce que vous en avez retiré.

On va vous interroger évidemment sur la méthode mise en place, sur son ampleur et ses limites parce qu'il est important aussi d'en connaître la portée et qu'on le prenne pour ce que cela représente, c'est-à-dire un éclairage extrêmement important et significatif sur la perception par l'extérieur des outils qu'on a mis en place. Vous pourrez également nous indiquer les conclusions de votre enquête, quels sont le ou les profils des bénéficiaires de l'APA, par quel biais ils entrent dans les dispositifs du Département et quels sont les points de difficultés relevés, en clair tous les enseignements qu'il nous faut en tirer à ce stade.

Il est évidemment important pour nous d'avoir ce travail. On est très heureux que vous ayez eu un intérêt porté sur cette question. Il nous paraissait évidemment indispensable que cela ne reste pas un travail interne et qu'au contraire, on puisse mettre à profit ce travail qui arrive opportunément et simultanément à quelque chose qui vise à repenser nos politiques, que l'on puisse voir comment nos

usagers pourront demain être mieux ciblés, mieux informés et que nous ayons un outil qui soit plus accessible vu de l'extérieur par l'ensemble des usagers.

Je ne m'attarderai pas plus longtemps. Monsieur le Directeur, à vous la parole et merci pour l'éclairage que vous allez nous délivrer.

M. DECOURCELLE.- Merci beaucoup, Madame la Présidente. Je vous remercie d'abord de nous donner la parole et nous de permettre de présenter cette étude.

En introduction, je souhaitais vous repréciser un peu le cadre puisqu'on n'attendait pas forcément la direction de la communication dans une mission d'information sur l'APA.

En fait, cela correspond à une volonté que nous avons eue au début de l'été dernier de structurer à la DIRCOM une cellule expérience usager, l'objectif étant dans l'ensemble de nos politiques de retracer les parcours de nos usagers, de connaître leurs habitudes, leurs attentes, de savoir là où il y a de l'information, là où l'information est insuffisante, là où il y a des axes d'amélioration afin d'actionner les bons outils de communication au bon moment, toujours avec une visée communication pour faire connaître l'action du Département directement auprès des bénéficiaires. On sait en effet que c'est souvent là que le bât blesse pour que les usagers s'approprient vraiment les politiques départementales.

Maxime DARIOSECQ est plutôt orienté dans la recherche usagers, sur l'analyse des comportements, également l'analyse de la data puisqu'aujourd'hui, avec les services en ligne, on apprend aussi beaucoup de nos usagers.

Louis LEBLON est plus orienté dans la partie marketing sur les canaux que l'on peut activer derrière avec le constat que l'on aura tiré pour communiquer plus efficacement avec nos usagers.

Je précise, vous le verrez dans la présentation qui vous sera faite, que, à la lumière de cette étude, on a identifié des pistes d'amélioration. Elles ne sont pas chiffrées, certaines pourraient nécessiter des investissements, certaines pourraient nécessiter aussi des impacts organisationnels au sein de l'institution. On en est vraiment resté au travail des pistes.

Le travail de la mission arrivant, tout cela s'est bien « goupillé » pour que l'on puisse apporter cette contribution et, derrière, éclairer – on l'espère – le travail que vous menez aujourd'hui.

Je laisse Louis et Maxime vous présenter le parcours des usagers de l'APA.

Mme LETARD.- Nous aurons ensuite un échange informel et les élus qui sont ici ou en visio auront tout loisir de vous demander un certain nombre de précisions.

MM. DARIOSECQ et LEBLON.- Bonjour à tous. Nous allons démarrer cette présentation. Je ne reviens pas sur le contexte qui a été présenté par Pierre-François.

On va vous présenter les objectifs de cette étude, la méthode qui a été employée. On va ensuite présenter nos usagers pour essayer de mieux les connaître, présenter le parcours en détail de l'APA à domicile et enfin des préconisations pour l'amélioration de ce parcours.

En termes d'objectifs, l'intérêt pour nous était

- de mieux connaître nos usagers et leur parcours pour mieux cerner leurs besoins, mieux les cibler,
- d'identifier au cours de ce parcours les points de douleurs, voir à quels moments du parcours ils pouvaient rencontrer des difficultés, sachant que ce ne sont pas des difficultés que tous les usagers rencontrent, mais que ce sont des problèmes qui peuvent apparaître chez certains usagers,
- enfin, de proposer des pistes d'amélioration pour essayer de limiter ces points bloquants selon les besoins de nos utilisateurs.

On va parler un petit peu de la méthode histoire de bien comprendre le scope. On a décidé de partir sur une recherche exploratoire, c'est un format libre, le but étant d'aller voir le grand-angle et de ne pas rester sur des données quantitatives très précises qui vont dire que, à 58 %, il faut qu'on fasse cela.

On voulait identifier les problèmes, retracer un peu le parcours. Ensuite, on formule des hypothèses pour lancer des projets plus ciblés où on va vraiment aller chercher les usagers et quantifier des choses.

On a choisi vraiment d'aller chercher du quantitatif et du qualitatif. Pour le quantitatif, on a analysé des dossiers déjà existants, on a analysé les données de nos propres plateformes (par exemple la plateforme téléphonique, on a demandé à avoir toutes leurs données historiques avec les raisons d'appel), les données de nos sites web et les données fournies par des partenaires, notamment la fédération des aidants.

À l'issue, on a essayé de faire une analyse qualitative. On est allé faire une légère analyse de l'activité dans des lieux d'accueil : on va voir sur place comment ils travaillent, comment vous recevez les gens, comment cela se passe, quelles sont les problématiques que vous rencontrez, quel est votre ressenti, etc.

Après, on est passé sur des entretiens libres avec des professionnels qui sont issus de nos pôles physiques. On leur a demandé sans format quelles étaient les problématiques qu'ils rencontraient, qu'ils nous décrivent comment cela se passe avec les usagers, quels étaient les usagers qu'ils rencontraient d'habitude.

À l'issue des entretiens semi dirigés, on avait un peu mieux ciblé ce qui se passait, on avait une idée du parcours. On a procédé à des entretiens avec les gens eux-mêmes pour leur demander leur ressenti à chaque moment du parcours, quelles étaient leurs difficultés, comment cela s'était passé et ce qu'ils souhaitaient.

Sur les usagers, on a essayé d'avoir des usagers de différents GIR, de différents territoires, à la fois des aidants et des aidés pour avoir un aperçu global des usagers de tous les territoires.

Qui sont nos usagers ?

On vous montre ici une image globale, un tableau que l'on peint, une sorte de cliché. On a compris de cette aide que l'on ne s'adresse pas seulement à un bénéficiaire de façon absolue, que l'on peut s'adresser dans un certain pourcentage des cas à un autre bénéficiaire qui est souvent une personne âgée en perte d'autonomie. Ce sont des gens qui se situent autour des 80 ans qui, dans la majeure partie des cas, sont des femmes, qui vivent seuls.

Le plus souvent, à côté de cela, on a un aidant, généralement les enfants ou le conjoint. Cet aidant apporte une aide tous les jours de façon assez globale, il fait les courses, il aide aussi beaucoup dans l'administratif et, dans la majeure partie des cas, l'aidant fait les démarches pour son conjoint ou pour les parents. Les aidants ne sont pas des gens que l'on touche légalement directement, mais ce sont des gens qui sont impliqués dans le parcours des bénéficiaires de l'APA.

Ensuite, on s'est intéressé au profil de gens auxquels on s'adresse, on voulait voir à quel degré les usagers variaient, si c'étaient tout le temps les mêmes personnes ou si c'étaient des gens qui étaient de profils différents – et c'est un peu le cas. On a vraiment dégagé une sorte de baromètre allant de celui qui a le plus besoin d'accompagnement à celui qui est extrêmement autonome. Quand on a rencontré les gens, on a vraiment eu des profils totalement différents avec des besoins différents.

Prenons le profil qui est le plus à l'extrême en termes d'autonomie, que l'on appelle « l'autonome ». Souvent, ce sont de jeunes aidants, les enfants des bénéficiaires ou des gens assez jeunes, autour de la cinquantaine. Ils sont très autonomes dans les démarches. Ce sont des gens qui vont aller chercher eux-mêmes l'information, qui vont aller sur le site pour trouver l'information dont ils ont besoin. Ce sont des gens qui déclarent avoir l'habitude de faire leurs démarches en ligne, qui connaissent les démarches numériques. Ils nous attendent sur ce plan numérique ; ils souhaitent suivre leurs paiements, le détail de leur inscription, savoir où en est. Ils ont aussi des attentes en termes de temps, ils n'ont pas envie que cela prenne trop de temps. Ce sont des gens qu'on va toucher par des médias

plus modernes, ils sont assez autonomes dans la démarche, ils n'ont pas forcément besoin de se faire aider par quelqu'un directement à domicile.

De l'autre côté du spectre, on a des personnes qui ont un besoin d'accompagnement très fort. On a pu rencontrer des gens qui sont en difficulté sociale, des gens qui sont d'un âge assez élevé, qui sont dans des réalités un peu plus profondes. Ce sont des gens qui ont besoin d'un accompagnement humain assez fort, qui peuvent avoir beaucoup de mal avec les démarches administratives, qui vont vraiment compter sur cet accompagnement humain. Ils ne vont pas être très à l'aise avec le fait de faire une démarche numérique de A à Z ; si, à l'avenir, ce sont des choses qui sont mises en place, il faudra prendre en compte une ergonomie qui puisse passer sur ce type de profil.

Je ne vais pas m'étendre là-dessus, c'est disponible dans le document, c'est pour faire comprendre que l'on s'adresse à un spectre de personnes qui va de gens qui ont besoin d'un accompagnement humain très fort à des gens qui sont très autonomes et cela va guider forcément une évolution des services.

On va maintenant entrer dans le détail du parcours, un parcours assez complexe avec des points d'entrée assez multiples, beaucoup d'intervenants différents et des parcours qui peuvent beaucoup varier selon les profils qu'on a vus juste avant.

L'écosystème autour de l'utilisateur est assez large, il comprend

- Le média internet est actuellement assez peu utilisé parce qu'il n'est pas tout à fait adapté. Il y a à la fois le site lenord.fr qui présente un peu le service et un portail Nord autonomie où les gens sont censés pouvoir suivre leurs démarches en ligne.
- Les professionnels constituent souvent la porte d'entrée de l'APA, ce sont les médecins, les infirmiers, les assistants sociaux dans les hôpitaux qui vont informer les gens sur le fait que l'APA existe et enclencher les démarches avec eux.
- Les accueils physiques, notamment les relais autonomie (les CLIC et les CCAS) et les maisons France Services qui vont accompagner les usagers dans toutes leurs démarches.
- Les évaluateurs (EMS) sont chargés de venir au domicile des usagers pour évaluer leur GIR. Au milieu de la démarche, on se rend compte qu'ils ont un rôle assez central puisque ce sont eux qui vont expliquer comment cela va se passer en termes de mode de garde, en termes de paiement, ils vont donner énormément d'informations aux usagers en direct.
- Enfin, le téléphone, donc la plateforme téléphonique, c'est un média très utilisé par les usagers, un média qu'ils apprécient beaucoup puisqu'il leur permet d'avoir une réponse instantanée et personnalisée.

Le parcours de l'utilisateur

C'est un parcours assez complexe. On a fait figurer toutes les étapes du parcours, on l'a divisé en cinq parties.

Sur ce parcours, les cinq étapes sont schématisées et les points rouges sont les points de douleur rencontrés par les usagers.

- La première étape se situe avant la perte d'autonomie. On s'est rendu compte que peu de personnes connaissent l'APA avant d'en avoir besoin.
- Le moment de la perte d'autonomie : souvent, un professionnel informe les usagers sur l'existence de l'APA et enclenche les démarches avec eux.
- Ensuite, les usagers vont entrer dans la troisième étape qui est la démarche en elle-même. Cela consiste à trouver le formulaire de demande, à le renvoyer, il y a un certain nombre d'échanges de courriers assez importants pour recevoir l'accusé de réception de la demande, recevoir le rendez-vous avec l'EMS, recevoir le plan d'aide et, enfin, valider le plan d'aide.
- La quatrième étape, c'est la vie dans le dispositif qui peut être variable, elle est en moyenne de trois ans et elle peut ensuite évoluer avec des réévaluations, des changements de prestataires ou des départs en établissement.
- Enfin, la sortie du dispositif est relative au décès de la personne.

Au cours de ce parcours, on a pu identifier un certain nombre de points de douleur.

- En amont, on se rend compte qu'il y a une information assez faible sur l'APA ; avant d'en avoir besoin, les gens ne savent pas que l'APA existe. Cela peut être un peu problématique parce que la perte d'autonomie est un phénomène qui peut amener du stress, la personne n'est pas capable de gérer seule ses besoins quotidiens. Le fait de ne pas avoir cette information veut dire que les gens sont pleins d'incertitudes à ce moment-là.
- Ensuite, au moment de la perte d'autonomie, les gens sont bien souvent informés par des professionnels mais il peut y avoir des professionnels qui ne sont pas complètement informés sur l'aide à l'autonomie. C'est problématique puisque les gens ne connaissent pas l'APA et ils sont informés par quelqu'un qui ne peut pas toujours les renseigner complètement sur la démarche et sur la manière dont ils vont pouvoir avoir cette aide.
- Ensuite, on a identifié quelques problèmes avec le média web, notamment un problème pour obtenir le formulaire en ligne. Il est en ligne mais, au cours de notre étude, on a résolu quelques petits soucis, des problèmes de positionnement du formulaire, mais l'ergonomie peut encore être améliorée. Surtout, c'est assez complexe avec beaucoup d'informations très denses et ce n'est pas toujours simple à comprendre pour les usagers.
- Par rapport à la plateforme téléphonique, on sait qu'il y a un taux de décrochés qui peut être un petit peu problématique et des temps d'attente qui peuvent être assez longs, ce qui peut être un peu handicapant pour nos usagers.
- Ensuite, au cours de la démarche, on a également repéré des points bloquants notamment liés aux courriers. Au cours de la démarche, chaque étape fait l'objet d'un échange de courriers. Beaucoup de courriers sont donc envoyés, cela met du temps à arriver chez soi, ce pas évident non plus pour des gens qui ne sont pas autonomes d'aller poster leur courrier, il y a donc nécessité d'être accompagné.
- On a aussi eu un retour des usagers indiquant que les courriers étaient très complexes. On les a lus et, effectivement, le langage employé est très complexe, l'information est longue et peu hiérarchisée. Pour des gens qui peuvent avoir des problèmes cognitifs, c'est très difficile à comprendre. Par ailleurs, ces courriers papiers peuvent aussi se perdre chez des gens qui ne sont pas complètement autonomes.
- Par rapport aux rendez-vous avec l'EMS, on a identifié beaucoup de soucis. L'un des premiers motifs d'appel à la plateforme téléphonique est le rendez-vous qui ne convient pas, quand les gens se questionnent sur les délais pour obtenir un rendez-vous. Ils sont dans une phase d'incertitude, ils ont un grand besoin d'aide, les délais peuvent être un peu longs et, surtout, ils ne sont pas forcément informés sur ces délais. On a regardé dans les statistiques de la plateforme d'appels, la première et la deuxième cause d'appel sont pour avoir des informations sur les délais relatifs aux rendez-vous.
- Ensuite, dans la vie dans le dispositif, on s'est rendu compte qu'une fois qu'on avait validé le plan d'aide, on ne communiquait plus du tout vers les usagers. On sait que l'APA représente une somme assez importante, que l'on peut donner parfois sur des délais très longs. On a eu des témoignages de gens qui avaient l'APA depuis 20 ans et qui n'avaient plus aucune nouvelle du Département depuis que leur aide avait été acceptée.
- On s'est rendu compte aussi que les informations sur les démarches à faire en cas de réévaluation, en cas de problème avec un prestataire, voire en cas de décès, étaient peu connues. Les gens ne savent pas exactement comment faire. Cela génère énormément d'appels à la plateforme pour savoir comment faire.
- Beaucoup de questions liées à la plateforme concernent les montants et les délais de paiement. C'est assez complexe à comprendre parce qu'il y a toutes les questions de restes à charge qui peuvent varier. Il peut être dit dans le plan d'aide qu'il n'y aurait pas de reste à charge, mais il y en a quand même un peu, les gens ne le comprennent pas forcément et cela génère également beaucoup d'appels et beaucoup d'incertitudes.

Expérience utilisateur par canal

On a essayé de factoriser le ressenti des utilisateurs par canal, par média. Certains sont amenés par courrier, certains sont amenés sur Internet, ils sont bien évidemment tous amenés à rencontrer des professionnels et une grande partie d'entre eux appellent la plateforme. On a voulu connaître leur ressenti et leurs points de douleur – c'est ce qu'on a vu précédemment.

Internet est un média qui n'est pas très bien ressenti par les usagers. Que ce soit les professionnels ou les gens eux-mêmes nous ont dit que l'information était dense, assez lourde, difficile à comprendre. Les gens sont un peu perdus et, souvent, ils ne cherchent pas à comprendre, ils prennent le téléphone, ils appellent un conseiller. Il faudrait réfléchir un peu sur la façon dont on donne l'information et faire qu'elle soit adaptée aux usagers.

Les professionnels sont très bien ressentis de la part des usagers qui comptent dessus. Ils demandent de l'humain, ils ont besoin de cet humain et ils demandent surtout de ne pas perdre l'humain. C'est ressorti des interviews que l'on a eues. Ils attendent des professionnels qui prennent la charge d'expliquer ces informations qui sont complexes à tout moment du parcours.

Les courriers, c'est un canal qui a fait ses preuves, mais c'est un canal qui souffre de ses délais logistiques. On sait ce que ces délais génèrent chez nous. Ils pourraient peut-être être raccourcis et, du coup, générer moins de stress. On peut dire que, globalement, avec les courriers, cela va, mais le contenu est complexe. Ils disent qu'il y a beaucoup de blabla, que nos exigences « légales » ne sont pas trop leur problème, ils aimeraient plutôt les avoir à la fin et n'avoir que l'information essentielle, c'est-à-dire savoir ce qu'ils doivent faire avec ce courrier. Ils s'en contentent parce que c'est un canal que les personnes âgées maîtrisent assez bien.

Il y a également cette fameuse plateforme téléphonique que les gens apprécient. Ils ont parfois besoin de réponses de confiance, ils veulent savoir quelque chose et ils veulent une réponse immédiate, que ce soit un humain qui leur donne et qu'ils soient rassurés par quelqu'un qui a le dossier en main, qui leur dise « ne vous inquiétez pas, c'est bien pris en compte ». Le besoin de *feedback* est très important. Ils sont très contents de la plateforme, ils aimeraient justement avoir plus de plateformes, puisque ce qui les a dérangés, c'est le temps d'attente qui peut parfois être très long et le taux de décroché.

Pistes d'améliorations et recommandations

Par rapport à tous les points de douleur identifiés, on a proposé des pistes d'amélioration et des recommandations. Ces améliorations peuvent être réparties dans trois grands chantiers.

- Le premier d'entre eux est la simplification de la communication : donner des informations accessibles à tous au bon moment.
On sait qu'il y a énormément d'infos assez complexes. L'idée est vraiment de simplifier cette information, de ne pas la donner en bloc au début de la démarche par exemple, mais de la donner à chaque fois au moment où elle va être utile.
- Le deuxième grand chantier est la facilitation des parcours. On sait que, selon les profils des personnes, elles vont passer par des canaux différents, mais l'idée est vraiment – peu importe le canal choisi – que le besoin de l'utilisateur soit pris en compte.
- Enfin, le troisième chantier est de développer notre lien avec les professionnels et les usagers, à la fois en amont, pendant et après la démarche ; en amont pour faire mieux connaître l'APA aux seniors, pendant la démarche pour faire en sorte que nos professionnels puissent au mieux renseigner nos usagers, faire en sorte que tous les professionnels soient au courant des détails de l'APA et, après la démarche, pour faire en sorte de garder un lien avec nos usagers, qu'ils soient au courant que c'est le Département qui les aide au quotidien.

Ces axes sont des axes un peu standards dans l'industrie, même dans le secteur privé. Ils sont tout le temps en train de refondre leurs parcours. Par exemple, le e-commerce refond souvent les parcours pour qu'ils soient simples, pour que tout le monde puisse le suivre, ils essaient de diminuer le taux d'erreurs, c'est vraiment un standard. Sur les contenus, il faut que l'information soit compréhensible par tout le monde. Les points 1 et 2 prennent en compte le fait de tester cela sur des usagers.

Nous sommes revenus sur chacun des points de douleur identifiés au cours du parcours et, en face, nous avons proposé des solutions pour l'améliorer. Ce sont des pistes, nous n'avons pas étudié la faisabilité de toutes les pistes, ce sont vraiment des interrogations et des possibilités qui doivent chaque fois être creusées et discutées.

Sur l'information en amont :

- Il pourrait être intéressant de conventionner avec les caisses de retraite pour envoyer un courrier d'information à tous les nouveaux retraités pour les informer sur l'APA. Les nouveaux retraités sont dans le profil type des aidants, c'est souvent à cet âge qu'ils vont aider leurs parents et cela a un double intérêt.
- En termes de communication, il faut développer la communication du Département envers les seniors d'une manière très générale pour faire en sorte que le Département devienne aux yeux des usagers le référent en termes de grand âge.
- Il serait intéressant de créer des mailings réguliers vers l'ensemble des professionnels (les médecins, les assistants sociaux) pour les informer régulièrement sur l'APA.
- On pourrait également mettre en place des mini-guides à leur destination pour qu'ils puissent répondre de manière complète aux usagers.

Par rapport au média internet :

- Un nouveau site va sortir bientôt, avec une partie dédiée aux services. Ce nouveau site devra permettre de mieux hiérarchiser l'information sur le site, faire en sorte que le parcours des usagers soient simplifiés.
- On propose également d'ajouter sur ce site une FAQ liée à l'APA pour que les gens aient des réponses à leurs questions très précises, notamment les questions après les démarches : « que dois-je faire si j'ai besoin d'une réévaluation, quelle est la démarche à suivre en cas de décès », informations qu'on a du mal à trouver aujourd'hui.

Par rapport à la plateforme téléphonique :

- L'idée serait d'avoir un échange régulier de statistiques avec la plateforme pour voir quels sont les points qui peuvent poser problème et essayer de répondre à ces points en amont. Si l'on se rend compte que beaucoup d'appels concernent par exemple la réévaluation, il faut faire en sorte de mettre en avant cette information, que ce soit sur les échanges de courriers ou sur le web ou nos différents canaux.

La plateforme téléphonique est vraiment un outil essentiel pour les usagers, il est donc vraiment important d'y consacrer des moyens.

Par rapport aux courriers :

- L'intérêt sera de les simplifier au maximum, en adoptant une écriture facile à lire et à comprendre pour que ce soit accessible à tous.
- On a vu également qu'il y avait dans les courriers beaucoup d'informations liées aux litiges, aux contentieux, autant d'informations qui doivent apparaître sur un courrier, mais qui peuvent être un peu séparées pour hiérarchiser cette information sur les courriers.
- On pense aussi qu'il serait intéressant de mieux associer les aidants aux démarches, notamment en doublant la communication, en avertissant les aidants par SMS, mails ou courriers, puisque ce sont généralement eux qui vont faire les démarches pour les bénéficiaires, c'est donc intéressant de les impliquer dans cette démarche.

On a identifié en parlant avec les usagers que, souvent, des informations se perdaient. Si par exemple un courrier est envoyé chez une personne qui a des troubles cognitifs et qui a jeté le courrier, dans ces cas-là, c'est l'aidant qui s'occupe de cela, mais, comme on ne l'informe pas pour des raisons légales à l'heure actuelle, soit il va tomber sur un rendez-vous et la personne va débarquer, soit il n'aura pas l'information et il va appeler la plateforme. En termes de process, il faut trouver le moyen d'inclure systématiquement cet aidant.

Mme LETARD.- Est-ce que la nature du courrier pour le bénéficiaire et pour l'aidant doit être la même, par rapport à la simplification ?

La personne qui rentre en dépendance a peut-être une difficulté plus importante à comprendre les données du sujet, alors que ce qui est délivré dans un courrier a souvent aussi vocation à donner une définition précise à destination de l'aidant familial et éventuellement des services d'aide. C'est aussi un appui pour la prise en charge et un guide.

Je ne sais pas comment se définissent ces courriers, comment ils se hiérarchisent, mais il y a peut-être différentes natures de courriers à destination de différents intervenants : le bénéficiaire et son environnement.

Est-ce qu'on doit avoir un seul courrier envoyé au bénéficiaire au risque qu'il se perde, qu'il soit mis dans un coin et qu'il ne soit pas porté à connaissance et est-ce qu'ils doivent être de même nature ?

MM. DARIOSECQ et LEBLON.- On proposera à la fin un groupe de travail spécifiquement dédié aux courriers avec différents spécialistes pour évaluer le spectre de cela et voir ce qu'il est possible de faire avec des usagers.

Aujourd'hui, on a un écueil, on n'a pas le droit de communiquer avec l'aidant, on s'adresse au bénéficiaire. C'est un peu paradoxal puisque, en discutant avec la direction de l'autonomie, on se rend compte que, dans de nombreux cas, c'est l'aidant qui remplit le dossier et qui le signe. On le sait pertinemment et on accepte d'instruire les demandes, mais on ne va pas jusqu'au bout de la démarche pour des raisons réglementaires.

C'est un vrai sujet de pouvoir reconnaître l'aidant comme un interlocuteur légitime et de pouvoir lui adresser des communications en tant qu'aidant en plus de celles qu'on adresse à l'utilisateur.

Intervenant.- Quelles sont les contraintes réglementaires ? N'est-ce pas nous-mêmes qui nous mettons des barrières ?

MM. DARIOSECQ et LEBLON.- La direction de l'autonomie indique que l'aide est personnelle et est attribuée à un usager.

Mme LETARD.- Ces dispositions réglementaires viennent du niveau du dessus.

Intervenant.- Sauf s'il y a une tutelle sur la personne.

MM. DARIOSECQ et LEBLON.- L'aidant est souvent directement pris en compte de façon officieuse, Par exemple, sur la plateforme dans lequel on remplit un dossier, si un aidant veut rentrer dans le e-service pour sa mère, il ne peut pas le faire, il doit y aller avec les identifiants de sa mère. On peut le faire par un usage détourné.

Mme LETARD.- Pour être sûre de bien comprendre, si on ne le fait pas, ce n'est pas parce qu'on ne veut pas le faire mais parce qu'aujourd'hui, la traduction réglementaire de dispositions nationales ne permet pas de le faire. On est bien d'accord ?

MM. DARIOSECQ et LEBLON.- C'est ce qu'on en a compris effectivement, sauf dans un cas de tutelle qui reconnaît l'aidant comme tuteur, en cas d'incapacité.

Intervenante.- Est-ce que cela nous empêche d'avoir un dispositif d'information, de permettre à l'aidant d'avoir accès à un espace d'information, de documentation et d'avoir des réponses à ses questions ? Rien ne l'empêche.

Je peux comprendre la question du dossier personnel et de l'intervention avec nos codes et nos mots de passe, mais on est dans l'hypocrisie totale. Je pense qu'il est très important de reconnaître l'aidant.

Rien ne nous empêche, au niveau du Département du Nord, d'avoir une forme de reconnaissance des aidants, y compris avec un pack d'informations.

MM. DARIOSECQ et LEBLON.- Pour aller dans votre sens, on a édité une plaquette assez exhaustive, un guide de l'aidant qui est diffusé dans les relais autonomie, mais ce sont des informations générales.

Mme LETARD.- C'est une information générale, mais pas l'information personnalisée à destination de la personne et de sa prise en charge. Il y a deux niveaux d'information.

MM. DARIOSECQ et LEBLON.- Cette information générale existe. Un site « aidant.lenord.fr » a été lancé, il va encore évoluer en fonction des retours que l'on en a, mais cette information de premier niveau sur le rôle de l'aidant et ses droits existe aujourd'hui. On peut toujours l'améliorer.

On pourra vous envoyer tous les liens, à la fois le guide de l'aidant et le site « aidant.lenord.fr » afin que vous en preniez connaissance. En revanche, dans le suivi quotidien du dossier de la personne aidée, on est bloqué.

Intervenante.- C'est vraiment un point de douleur que vous pointez, mais qui n'est pas suffisamment pointé. Vous avez étudié les services départementaux. En fait, c'est parce qu'il n'y a pas les réponses à cet endroit qu'il y a aussi le rôle des associations de manière plus locale au niveau des communes, mais aussi des associations d'aidants, y compris territorialisées. Cela se passe aussi ailleurs.

Mme LETARD.- En clair, on voit bien que, parce qu'il n'y a pas cette diffusion ou parce qu'il y a une perte d'informations, tout un réseau s'organise autour pour pallier, pour essayer de retrouver l'information et accompagner les aidants familiaux et la personne parce qu'il y a une perte en ligne ou parce qu'il n'y a pas eu une information par plusieurs canaux sur la situation personnelle de la personne.

C'est là que l'on est intéressé de voir comment vous essayez de contourner les limites réglementaires.

Intervenant.- Aujourd'hui, on peut se connecter avec les codes de la personne aidée ou appeler la plateforme pour savoir si le dossier est validé.

MM. DARIOSECQ et LEBLON.- Il y a également un outil gratuit que l'on peut faire en mairie, le mandat de protection future, qui n'est pas une tutelle mais qui donnerait le cas échéant à des personnes la possibilité d'agir et d'être informées. Cela peut se faire chez un notaire, mais c'est payant.

Des outils existent, si l'on sort du cadre départemental, pour contourner un frein un peu réglementaire dans lequel on était obligé de se tenir.

Intervenante.- Avec le mandat de protection future, c'est bon ?

MM. DARIOSECQ et LEBLON.- Je ne suis pas juriste, mais ma femme qui est notaire m'en a parlé. Vous pouvez vendre un bien pour le compte de... Donc, normalement, sous réserve de vérification, vous devez pouvoir être destinataires des informations.

Mme LETARD.- Ce sont des pistes que l'on peut éventuellement creuser, qu'il faut que vous indiquiez effectivement dans vos préconisations, que nous rebouclerons, nous regarderons s'il faut approfondir ce type de piste.

M. GUILLUY.- Il existe pour les établissements une notion de personne de confiance, qui n'existe pas pour le domicile. Pourquoi ne pas développer cette notion ? Même si la loi ne le prévoit pas, on pourrait à mon avis le proposer légalement en demandant l'accord de la personne âgée qui désigne une personne de confiance pour gérer son dossier.

Mme LETARD.- Il faut peut-être sécuriser par les services départementaux qui font l'évaluation.

Intervenant.- On comprend que l'on ne veuille pas donner d'informations individuelles, au vu du risque que cela pourrait comporter de faire faire des actes à la place de quelqu'un d'autre qui n'est pas consentant. S'il existe des solutions comme celle dont vous venez de parler, c'est une piste à creuser afin de transmettre de l'information.

Intervenant.- Cela sécuriserait l'ensemble puisque l'on sait que, bien souvent, le formulaire de demande n'est pas signé pas l'utilisateur, ou il est rempli par quelqu'un d'autre et signé par le bénéficiaire. Tout le monde le sait.

Mme LETARD.- On va laisser se poursuivre la présentation.

MM. DARIOSECQ et LEBLON.- Toujours sur l'instruction du dossier :

- Offrir la possibilité de faire ses démarches en ligne. Actuellement, il existe un portail autonomie qui est finalement assez peu utilisé, qui doit permettre de faire ces démarches

mais, en termes de parcours usagers, c'est assez problématique pour l'instant. Il permet de suivre ses démarches, mais c'est relativement peu utilisé même si c'est précisé dans tous les courriers. Un travail doit être fait pour optimiser le parcours et faire en sorte de mieux communiquer et qu'il soit utilisé. Cela peut être également intéressant pour les professionnels qui accompagnent les usagers pour les aider à remplir leurs démarches. Si la démarche est possible en ligne, la personne peut directement remplir son dossier dans un relais autonomie, l'envoyer et ne pas avoir à faire des allers-retours. Cela simplifie beaucoup, même si, normalement, les professionnels ne peuvent pas remplir la demande à la place des usagers. Je pense que cela se fait beaucoup, mais ce n'est pas censé être permis.

Par rapport au rendez-vous à domicile :

- On a vu que cela pouvait générer beaucoup d'appels à la plateforme parce qu'actuellement, il est imposé aux usagers, sachant qu'on leur demande de se faire accompagner d'un aidant, d'un médecin, etc., des personnes qui peuvent avoir des agendas un peu plus complexes et cela génère beaucoup d'appels pour reporter ou annuler.
Il y a une réflexion à avoir là-dessus mais c'est complexe parce que, en termes de gestion, ce n'est pas évident. Je pense que c'est intéressant de creuser un peu la chose. Pourquoi ne pas avoir un système comme Doctolib qui vous permet de choisir certains créneaux dans une semaine pour éviter d'avoir à annuler plusieurs fois ou de reporter.
L'option qui était évoquée était un semi-choix, que la personne ne puisse pas choisir son rendez-vous mais qu'on lui propose quelques dates compatibles avec les tournées des évaluateurs médico-sociaux et que l'utilisateur puisse choisir parmi ces dates. C'était l'option la plus réaliste. Encore une fois, cela se fait par courrier et ce serait intéressant d'avoir un appel, un mail ou un SMS pour solliciter un rendez-vous.
- Il y a aussi beaucoup d'incertitudes sur les délais. Les gens ont envoyé leur dossier, ils reçoivent un accusé de réception selon lequel leur dossier a bien été pris en compte et accepté. Ensuite, il y a un certain délai qui peut parfois être très long avant d'avoir le rendez-vous qui va déclencher le plan d'aide. Beaucoup de gens appellent pour cette raison.

Mme LETARD.- Dans toute votre analyse, est-ce que vous avez aussi des éléments au travers des appels, etc. qui territorialisent les difficultés ?

MM. LEBLON et DARIOSECQ.- Sur la plateforme, nous n'avons pas ces informations. Dans les échanges que nous avons eus avec la direction de l'autonomie, il apparaît qu'il y a des territoires où les rendez-vous sont plus longs que sur d'autres. Les données sont variables selon les territoires.

Est-ce qu'on souhaite annoncer dans les courriers un délai de quelques mois pour le rendez-vous ? Cela permettrait au moins de dire aux gens de ne pas s'inquiéter de ne pas avoir de nouvelles. Il y a des territoires où ce sont six mois et d'autres où ce sont trois semaines. À la direction de l'autonomie, ils connaissent les moyennes par territoire. On pourrait donner cette information sur les délais. Sur certains territoires, cela peut être problématique en termes de communication d'afficher des délais trop importants.

En termes de notion de service, quand on n'annonce pas aux gens ce qui va se passer et dans quel délai, les gens téléphonent pour s'en inquiéter. Si les gens savent ce qui va se passer ensuite et dans combien de temps, cela évite d'avoir des appels qui surchargent la plateforme.

À l'heure actuelle en termes d'ingénierie de service, on ne va pas dire les délais parce qu'ils sont variables en fonction des territoires, mais il faudra peut-être y réfléchir parce que c'est essentiel pour l'utilisateur de comprendre comment, quand et quoi.

Mme LETARD.- D'autant qu'il y a une notion d'urgence plus ou moins importante selon la réalité individuelle de chaque situation. Certains entrent parfois dans l'urgence dans un parcours APA à un niveau très avancé de dépendance. Il y a une aide APA d'urgence qui permet de débloquer les situations, mais pas toutes, c'est dans un cadre bien précis. Et définir un délai général peut être une difficulté également. En tout cas, il ne faut pas que ce soit contre-productif.

c'est vrai que ce sujet que vous évoquez est complexe à résoudre. Il a une réalité territoriale et il a une réalité qui est différente selon les situations.

MM. LEBLON et DARIOSECQ.- Il y a toute une chaîne de traitement derrière pour arriver à ces réponses et ces échanges de courriers, les courriers sont édités au début des dossiers et cela génère des délais relativement variables. Le fait de réfléchir sur les délais fait réfléchir à l'ingénierie logistique que l'on met en place.

Sans s'inspirer du commerce, parce qu'on n'est pas une société de commerce, mais, dans les bonnes pratiques, il y a une information systématique sur les délais. Cela fait partie de l'engagement de base. Même si le délai est important, il est conseillé tout de même de le préciser pour éviter l'insatisfaction et des appels qui ne sont pas forcément nécessaires.

Intervenant.- Il n'y a tout de même pas un délai de six mois sur le département ?

MM. LEBLON et DARIOSECQ.- Cela a été dit de façon imagée dans les réponses aux questions, nous n'avons pas creusé cette histoire de délai. Je pense que ce sont au moins trois ou quatre mois.

Intervenant.- Est-ce que le délai peut être plus ou moins long selon le moment où l'on demande l'APA ? Si vous voulez bénéficier de l'APA au mois d'août, puisqu'il y a moins de monde dans les services, est-ce que les délais sont différents ?

MM. LEBLON et DARIOSECQ.- Il faudrait poser la question à la direction de l'autonomie. Ce serait intéressant de l'évaluer.

Si le média numérique était plus utilisé, cela permettrait de libérer cette chaîne logistique assez complexe puisqu'on envoie des formulaires papiers qui sont scannés et renvoyés, cela engendre une perte de temps. Si on avait directement tous les champs renseignés dans le logiciel, ce serait forcément un gain de temps. Tout le monde ne pourra pas le faire, on l'a bien vu, mais, si une partie des gens, les plus autonomes, pouvaient faire ces démarches en ligne, ce serait un gain de temps pour les services départementaux.

Concernant l'information sur les délais, on propose de fusionner le courrier d'accusé de réception et de prise de rendez-vous. Une fois que notre dossier est accepté, on reçoit directement la lettre d'accusé de réception avec la notification du rendez-vous.

En discutant avec la direction de l'autonomie, cela pourrait être possible sur certains territoires où les rendez-vous sont assez rapides ; sur d'autres territoires, ce serait beaucoup plus compliqué.

Par rapport à l'information orale de l'EMS qui peut être oubliée, sur les démarches de réévaluation, le changement de prestataire ou le décès, sur l'information aux aidants, on a différentes propositions :

- Systématiser les supports d'information papier accompagnant les courriers, essayer d'avoir à chaque étape du parcours un petit fascicule qui explique ce qui va se passer ensuite, en indiquant les démarches à effectuer si la personne a besoin d'être réévaluée, en cas de décès ou de changement de prestataire.
- Au moment de la visite de l'EMS, on sait que, pour l'instant, il ne se déplace pas forcément avec des supports papiers, il y a beaucoup d'informations orales et peu d'informations écrites, c'est de l'information qui peut être oubliée. Il serait intéressant d'avoir des traces papier aux différentes étapes de la démarche pour éviter les oublis.

Concernant les aidants, on sait que des outils sont mis en place. On a eu quelques témoignages d'aidants. C'est généralement assez complexe pour eux, ils ont leur travail, ils vont aider leurs parents ; certains nous ont dit qu'ils n'avaient pas du tout le temps de faire des démarches pour se renseigner sur les aides auxquelles ils avaient droit. Il faut donc vraiment être proactif envers ce public et lui amener de l'information. Il serait intéressant de mettre en place des mailings réguliers à destination des aidants pour les informer sur les aides auxquelles ils ont droit, sur les aides qui peuvent être connexes à l'APA, les aides à l'aménagement de logement comme J'Aménage59, la carte mobilité

inclusion, toutes ces aides qui peuvent graviter autour pour faire en sorte qu'ils ne restent pas uniquement sur l'APA.

Mme LETARD.- Par rapport à l'information un peu en amont, on rejoint le début de votre présentation disant que le premier point de douleur est que l'on découvre l'APA au moment où l'on en a besoin. Nos derniers intervenants seront la CARSAT et la MSA. Ne peut-on pas imaginer un partenariat avec eux sur une communication commune en direction des retraités et non pas des personnes âgées dépendantes, pour sensibiliser sur un partage d'informations et un outil de communication commun pour que leurs bénéficiaires retraités aient déjà une première salve d'informations qui soit commune Département et caisse de retraite ? Cela permettrait d'avoir un peu la maîtrise et en tout cas le bon réflexe le jour où ce serait nécessaire. Cela favoriserait peut-être aussi l'articulation entre ce qui relève de la prévention et ce qui suit juste derrière. On leur posera en tout cas la question

MM. LEBLON et DARIOSECQ.- Nous avons justement proposé d'échanger avec la CARSAT et de conventionner avec elle pour informer les néo-retraités de cette possibilité.

Il faut savoir qu'il y a déjà un formulaire de demande commun.

Mme LETARD.- Il faut une information à destination des ressortissants des caisses de retraite.

Intervenant.- Cela ferait coup double puisque l'on pourrait informer sur le dispositif APA auquel ils pourraient avoir recours un peu plus tard et sur leur rôle d'aidant puisque certains d'entre eux à 65 ans sont déjà des aidants. Ce serait vraiment intéressant.

En discutant avec la direction de l'autonomie, il y avait un point de vigilance sur le fait de ne pas créer non plus d'appel d'air sur l'APA au moment où ce n'est pas forcément nécessaire. La rédaction du courrier sera aussi importante.

Mme LETARD.- Au-delà des précautions d'usage pour être dans une situation qui soit utile à tous sans se retrouver dans un flot de demandes, il faut essayer de voir comment on peut faire la jonction et utiliser les outils et les supports des uns et des autres pour qu'il y ait un *continuum* et qu'il n'y ait pas cette rupture entre deux partenaires. Il faut bien sûr prendre les précautions d'usage pour ne pas susciter inutilement des dossiers pour des gens qui n'en relèvent pas. Je pense que l'on a effectivement tout à gagner à trouver des liens.

MM. LEBLON et DARIOSECQ.- Je passe au dernier point.

- Il n'y a plus de communication du Département après la fin de la procédure. C'est un peu dommage. Quand on donne une aide importante, il est bien que les gens sachent que c'est le Département qui est derrière. On a vu que l'attribution de l'APA au Département était assez limitée. On propose d'envoyer chaque année un récapitulatif des aides qui ont été versées aux usagers.

Il faut savoir que, en tout cas pour ceux qui passent par des SAAD, l'argent est versé aux SAAD directement et les personnes payent juste le reste à charge. Certains ne savent donc même pas que le Département leur donne une aide. Cela nous semble intéressant d'envoyer un récapitulatif annuel qui permettrait aussi d'informer sur les aides aux aidants.

Je vous montre là un récapitulatif pour regarder plus en détail ce qu'il est possible de faire par canal.

On a réfléchi de notre côté à une méthodologie par des groupes de travail avec des compétences ciblées sur différents canaux.

On aurait proposé un groupe de travail « courriers » qui va vraiment travailler la simplification des courriers en lien avec les usagers et éventuellement une simplification logistique, mais c'est à voir.

Pour le canal web, c'est pareil puisqu'il va y avoir une notion servicielle derrière. Il est donc intéressant de mettre les usagers en place pour tester le contenu, la hiérarchie de l'information et le fait que l'utilisateur arrive à se débrouiller là-dedans.

Pour la plateforme téléphonique, l'idée est vraiment d'aller discuter avec eux pour savoir pourquoi les gens les appellent. La plateforme est une première source d'information sur les besoins des usagers, on sait réellement en termes de masse quels sont les problèmes que les usagers rencontrent.

Mme LETARD.- Je reviens sur l'aspect territorialisation de l'identification des besoins, non pas parce que des territoires sont moins bons ou meilleurs, mais parce que les réalités territoriales sont très différentes et l'offre de service est très différente selon que l'on est dans le milieu urbain, périurbain ou rural. Est-ce qu'on est capable de le renseigner, de le mettre à profit de la bonne connaissance des services qui ont à traiter de ces questions ensuite ? L'idée est de savoir comment on peut optimiser les données dont on dispose et les porter à connaissance pour qu'elles soient exploitées au bénéfice des usagers, des aidants, etc.

MM. LEBLON et DARIOSECQ.- En fait, on a interrogé des gens de différents territoires et c'est vrai qu'on n'avait pas le même ressenti. On a senti que, sur certains territoires, il y avait beaucoup plus de proximité, les gens se déplaçaient chez les usagers, ils se connaissaient et que, sur d'autres territoires, dans les métropoles, c'était un peu plus diffus et de plus grosses masses. À l'heure actuelle, je ne sais pas quels seraient les canaux pour avoir une vue territorialisée des différentes informations dont nous aurions besoin mais, effectivement, ce serait nécessaire.

Par rapport aux statistiques de la plateforme, ce serait possible puisqu'elle renseigne les codes bénéficiaires.

Mme LETARD.- Bien sûr, en restant sur l'anonymisation des données, on est bien d'accord, mais l'idée est de voir comment toute l'information disponible peut être mise au service d'une approche plus fine.

MM. LEBLON et DARIOSECQ.- Il y a un travail à faire sur le reporting de la plateforme qui est assez complexe, qui nous permet d'avoir des grandes masses mais pas une analyse vraiment fine. C'est une mine d'or mais il faut la réorganiser pour qu'elle soit plus efficace.

Pour terminer, ces différents groupes de travail feraient évoluer les différents points et étudieraient la faisabilité des pistes qui ont été proposées et en feraient naître d'autres pour améliorer le parcours de nos usagers.

Merci à vous de nous avoir écoutés.

Mme LETARD.- C'est nous qui vous remercions pour la qualité indéniable des éléments que vous portez à notre connaissance et qui montrent bien que, en prenant les données dont on dispose en matière d'échanges et de communication entre le Département et les habitants, quel que soit leur rôle dans le dispositif APA, on a déjà de quoi identifier des marges de progrès, certes sur le domicile puisque, là, on ne parle pas de l'établissement, c'est une partie uniquement du travail, mais c'est quand même la clé d'entrée dans le dispositif. Quand vous avez besoin de l'APA, vous entrez dans le parcours.

MM. LEBLON et DARIOSECQ.- Statistiquement sur l'APA en établissement, c'est beaucoup plus simple puisque les gens sont pris en charge et les démarches sont faites par l'établissement.

Mme LETARD.- Nous avons déjà eu des éléments de compréhension sur le sujet et c'est moins complexe à identifier que cette partie qui est l'entrée dans la machine. Il y a beaucoup d'acteurs et d'interlocuteurs et, quand vous êtes citoyen lambda, que vous êtes face à ce sujet que vous ne connaissiez pas jusque-là, vous ne savez pas à qui vous adresser. On a beau avoir des tas d'acteurs extrêmement efficaces, professionnels, organisés, il faut encore porter à connaissance l'information sur où et qui sont les bons interlocuteurs.

En tout cas merci beaucoup, cette présentation est très éclairante et vous avez poussé au maximum les outils dont on dispose de ce point de vue pour pouvoir éclairer notre lanterne. On vous en remercie parce que cela nous donne déjà des pistes de travail sérieuses sur tout un pan du rapport qu'il nous faudra proposer justement pour essayer d'entrer dans quelque chose de concret, d'officialisé et de plus global sur la façon dont on peut continuer à améliorer notre capacité à satisfaire nos usagers et

notre population, quels qu'ils soient puisque, quand on parle d'usagers, il y a le bénéficiaire de l'APA mais aussi tous les acteurs à prendre en compte dans leur environnement.

MM. LEBLON et DARIOSECQ.- Si je peux prendre 30 secondes pour revenir sur un point sur lequel nous sommes passés rapidement, c'est le chantier du facile à lire et à comprendre. Je ne sais pas s'il a été identifié ici. À la direction de la communication, nous avons commencé à travailler à la simplification du courrier du RSA que reçoit chaque nouvel allocataire, qui générait beaucoup d'incompréhension à la convocation MDIE pour le coaching. Nous allons faire ce travail aussi sur la notification MDPH pour la rendre plus accessible aux bénéficiaires. Cette mission d'information pourrait peut-être aussi initier une démarche globale sur le facile à lire et à comprendre auprès de nos usagers puisque c'est globalement un chantier qui gagnerait à s'appliquer à l'ensemble de nos communications.

Mme LETARD.- Dans ce que vous avez dit, cela ressort bien. On a bien identifié qu'effectivement, la nature et le contenu de la communication qu'on a en direction des différentes cibles concernées, la multiplicité des canaux à explorer sont un sujet important et qu'il faudra regarder effectivement comment tout cela peut être rédigé. On l'a bien entendu, d'autant que vous êtes allés regarder du point de vue de l'entrée d'une personne dans le dispositif alors que, jusque-là, nous avons plutôt vu les interlocuteurs amenés à accompagner, avec le regard de l'accompagnant et les limites de leur propre exercice. Même s'ils nous parlent de l'utilisateur et des souffrances qu'ils rencontrent avec l'utilisateur, vous avez le regard de la façon dont l'utilisateur s'est approprié l'outil. C'est encore une autre focale et c'est bien ce qu'il nous faut croiser, ce sont des regards de mêmes personnes mais vus d'un angle différent. Là, on va encore en avoir un autre et c'est ce qu'il faut après mettre bout à bout.

On va avoir à faire un travail d'ensembliser et à trouver une synthèse raisonnable et acceptable de l'ensemble des points de vue, le tout dans une équation budgétaire. Il ne vous a en effet pas échappé que, derrière, nous avons un autre paramètre qui pointe le nez, puisque nous devons non seulement améliorer notre qualité de liens avec les usagers pris en charge, mais aussi prendre en compte l'évolution démographique qui nous attend et les évolutions de pratiques de l'accompagnement de nos populations.

Il y a beaucoup de choses à prendre en compte et dans une équation dont on n'a pas toute la connaissance puisqu'on va entrer aussi dans une nouvelle mandature où le sujet de la dépendance va être réinterrogé et qu'il va aussi falloir le prendre en toile de fond. L'APA est un petit morceau d'un dispositif bien plus important, c'est donc un gros chantier que l'on ne va pas résoudre à nous seuls, mais sur lequel il faut qu'on intègre un paquet de paramètres.

En tout cas, c'était vraiment très intéressant et très éclairant. Bravo pour votre travail.

(Départ de M. DECOURCELLE, M. LEBLON et M. DARIOSECQ)

❖ **Points de vue des têtes de réseaux**

(Entrée des représentants de l'UNA, UDCCAS, FEDESAP, SYNERPA, FEPEM, ADMR, URIOPSS, CARSAT, MSA)

Mme LETARD.- Bonjour à toutes et à tous, merci d'être venus et d'avoir répondu à notre invitation dans le cadre des auditions de cette troisième séance de la mission d'information et d'évaluation sur l'APA.

Notre thématique du jour est concentrée sur l'évaluation médico-sociale et la coordination des interventions. Nous avons déjà eu quelques séances d'installation qui étaient plus un porté à connaissance des équipes du Département, tant des équipes de la maison mère que d'un certain nombre d'équipes territoriales, qui ont permis aux membres de la mission d'avoir une mise à niveau d'informations collective sur la présentation des politiques du Département au regard de l'APA et plus généralement, mais aussi de la perception des services sur ces questions qui nous ont donné le cadre général dans lequel procéder ensuite aux auditions que nous menons maintenant.

En début de semaine, nous avons eu une première salve d'auditions avec les professionnels qui traitent de l'APA en établissement, pour ce qui concerne l'accompagnement en établissement et les nombreuses organisations qui représentent les services qui accompagnent les usagers.

Le Département du Nord compte évidemment de nombreux services d'aide et d'accompagnement à domicile. Un Département de 2,6 millions habitants, ce sont forcément plus de 200 services d'aide qui, par leur structure juridique, leur lieu d'exercice, leur organisation, mais aussi le nombre de personnes qu'ils suivent, sont très différents malgré leurs missions communes.

Il nous importait de pouvoir vous rencontrer dans le cadre de cette mission, de vous donner la parole dans un esprit de concertation et dans un contexte d'évolutions normatives. En effet, on sait bien que l'on va rentrer dans une nouvelle mandature, que, dans cette nouvelle mandature, c'est un sujet qui doit venir rapidement à l'ordre du jour et que, si l'on comprend ce qui est dit et l'urgence de traiter le sujet, c'est une revisite des politiques liées à la perte d'autonomie. Ce sujet va donc faire l'objet d'évolutions nationales qui auront forcément des répercussions sur ce que nous ferons ensemble.

À ce stade, il nous faut dans ce contexte faire en sorte que nous ayons une bonne connaissance, une bonne compréhension de la situation actuelle, de la façon dont vous percevez votre travail, des difficultés et des limites de l'exercice, de la façon dont vous vivez aussi la relation avec le Département et les équipes du Département, de tout ce que vous aurez à nous dire sur l'allocation personnalisée d'autonomie puisque c'est notre cœur de sujet, même si on va certainement déborder puisque l'on remet cela dans un contexte plus global et plus large et que l'on n'est pas les seuls interlocuteurs, loin de là, sur le sujet. On a donc besoin à ce stade et même en perspective de notre propre mandat départemental de comprendre comment vous voyez les évolutions, quels sont les sujets qui vous préoccupent d'ores et déjà et les messages que vous avez à nous délivrer.

Un point a dû vous être évoqué aussi par les services en parallèle pour préparer cette audition : pour ne frustrer personne et que tout le monde puisse aller au bout de sa démarche et de ce qu'il a à dire, on vous a dit que l'on attendait de vous aussi des contributions écrites. Nous aurons des débats, vous nous direz ce que vous avez à nous dire, mais, vu le nombre de personnes, vous n'aurez pas le temps d'entrer dans les détails. Pour autant, vous ne serez pas frustrés puisque vous avez la possibilité de nous faire parvenir vos contributions écrites, que nous mettrons en annexe de notre rapport et que nous prendrons en compte. Par conséquent, n'hésitez pas. S'il y a des choses que vous ne pouvez pas dire maintenant, envoyez-les nous, nous sommes preneurs de tout ce que vous pourrez nous apporter comme éléments de contribution, remarques, préconisations diverses et variées.

Bien sûr, il y a des choses que l'on prendra et d'autres non, vous l'imaginez bien. Nous avons un contexte et une réalité départementale. Nous nous situons aussi dans une réalité, nous savons bien que nous aurons une évolution de la démographie de la population à prendre collectivement en compte et qui aura un impact. Cela veut dire que l'on doit améliorer quantitativement et qualitativement l'accompagnement et la prise en charge de nos personnes âgées en perte d'autonomie et que cela se fera dans un contexte qui connaît évidemment ses potentialités, ses possibilités et ses limites, qui sont tant les ressources humaines que les budgets et les moyens dont on pourra disposer et la capacité que l'on aura à les faire évoluer.

Voilà le contexte resitué très généralement. Aujourd'hui, même si la mission porte sur l'APA, il s'agit de voir comment on l'évalue à ce stade, où elle en est, comment elle est vécue, comment elle est perçue et quelle est son efficacité, c'est aussi l'occasion pour vous, si vous avez des messages à délivrer, de le faire. En tout cas, nous sommes à votre écoute.

Je vous propose un petit tour de table avant de démarrer pour que nous sachions à qui nous nous adressons.

(Tour de table)

Mme LETARD.- Nous sommes à votre écoute.

Intervenante.- Nous vous remercions pour ce moment de concertation et d'écoute en direction des élus et des services du Département. Les thématiques qui nous ont été proposées ont fait l'objet d'un

temps de concertation en interfédérale. Certaines problématiques ont soulevé des inquiétudes, mais elles seront exprimées par chacun des représentants au cours des échanges.

Mme LETARD.- Je ne sais pas comment vous vous êtes organisés pour exprimer les choses de façon plus approfondie, mais je vous propose d'entrer tout de suite dans le détail, que vous nous disiez ce que vous souhaitez et que, ensuite, nous ayons un échange de questions/réponses informel qui nous donnera l'occasion de creuser, de mieux comprendre ce que vous avez à nous délivrer.

Les professionnels, c'est vous. Nous essayons d'appréhender un sujet sur lequel nous sommes bien moins avertis que vous ne l'êtes, vous qui êtes acteurs au quotidien, et sur lequel on a vraiment envie d'avoir votre traduction des difficultés ou des choses qui vont bien.

Un questionnaire guide vous a été donné. Qui veut démarrer sur l'expression des sujets qui vous préoccupent ?

Intervenante.- Nous avons eu beaucoup d'échanges assez poussés sur chacune des thématiques. Je ne suis pas entrée dans le détail, parce que nous avons tous des appréciations assez différentes.

Sur certaines thématiques, nous avons parfois certaines inquiétudes et des décisions prises en amont ont généré beaucoup de questionnements.

Par exemple, on a longtemps débattu sur la place des services d'aide à domicile en termes de concertation par l'évaluateur à domicile et toute la place qu'il peut prendre sur la concertation des différents acteurs sur la prise en charge de la dépendance. Quand on a eu connaissance du projet de décret qui mettait les EHPAD comme centre de ressources de la dépendance de demain, c'est vrai qu'on a eu un petit chaud-froid. Cela a été le cas sur plusieurs sujets.

Typiquement, la première question porte sur l'organisation des directions territoriales au sein du Département et, en parallèle, il était déjà annoncé aux équipes des directions territoriales qu'elles allaient fusionner en une seule. En fait, on se demande comment réussir à être audibles et faire porter notre message si on a parfois le sentiment que l'on ne vient que valider des choses qui sont déjà actées.

Arnold FAUQUETTE (?)- Je voulais simplement, avant que l'on entre dans les détails, repositionner le cadre des échanges que l'on a eus en interfédérale. Comme vous vous en êtes rendu compte, il y a une multiplication de représentations avec des cadres d'exercice qui sont très variés. Il n'empêche que nous arrivons à discuter ensemble et que certains sujets font l'unanimité quel que soit le mode d'exercice ou d'approche.

Cet instant est pour nous très précieux. Nous avons le sentiment d'une manière générale que l'image de la démocratie se brouille et, aujourd'hui, le fait de pouvoir vous rencontrer en tant qu'élus est très important pour nous. Il est très important parce qu'il est très rare, on a rencontré hélas assez peu d'élus depuis un an. Nous le trouvons également précieux parce qu'il est utile. Si on ne construit pas entre vous, représentants, et nous, acteurs de terrain, les choses seront forcément assez compliquées. Pour nous, il est également précieux parce qu'on a beaucoup d'espoirs par rapport à certains enjeux. Les enjeux sur lesquels on voudrait se positionner aujourd'hui sont ceux des aspirations des Français à vouloir vieillir chez eux.

Je peux reprendre une liste de baromètres, questionnaires, interrogations. Le sujet date des années soixante, les Français veulent vieillir chez eux. Je peux donner quelques éléments des derniers baromètres : selon l'enquête menée par Malakoff Médéric en 2019 et présentée dans les salons de l'Assemblée nationale, 85 % des Français souhaitent vieillir à domicile. Selon ODEMSA (?) pour le groupement de maisons de retraite le 26 janvier 2021, 79 % des 75 ans et plus sont attachés à la notion du domicile. Selon Opinion Way, observatoire de l'intérêt général, en 2012, 90 % des Français estiment que le maintien à domicile est la bonne solution face au problème de la dépendance. La même proportion préfère adapter son domicile dans le cas d'une dégradation physique liée à l'âge plutôt que d'intégrer un établissement spécialisé. Je pourrais continuer longtemps comme cela.

Quel est le premier critère pour se sentir heureux de vivre lorsque l'on est âgé de plus de 65 ans, à part la santé ? C'est de pouvoir vivre chez soi.

Nous sommes des acteurs engagés dans cette finalité. Or, on a parfois le sentiment que ce n'est pas entendu politiquement, que les politiques domiciliaires ne sont pas incluses.

Nous avons des attentes précises du Département pour deux raisons. Le Département est l'échelon institutionnel que l'on peut estimer, après la commune, comme étant le plus proche des Français ou de leurs attentes, l'échelon du Département est celui qui a une responsabilité dans l'animation politique sociale ou d'accompagnement des plus vulnérables. Nous nous occupons de publics vulnérables à deux niveaux : des personnes qui sont âgées ou vieillissantes qui ont envie de vivre chez elles. Là, on a une première connexion avec le Département. En plus, dans le cadre de notre exercice, nous sommes très souvent amenés à employer des personnes peu qualifiées, qui sont encore sur des métiers peu valorisés et qui sont catégorisées comme des salariés fragiles. Le métier d'auxiliaire de vie n'est pas un métier simple, vous le savez bien, vous en avez déjà sans doute eu des échos.

Nous estimons donc que notre place est à vos côtés et que nous devons travailler ensemble sur la construction d'une politique domiciliaire volontaire.

Or, nos inquiétudes aujourd'hui, notamment en vue de la présentation du budget primitif que vous devez voter lundi, c'est qu'il n'y a pas de politique domiciliaire. La revalorisation de l'enveloppe APA n'est même pas adaptée à la gérontocroissance du Département. Aujourd'hui, l'intégration d'un tarif socle national qui a été défini à 22 € n'est même pas adaptée aux rapports qui ont été présentés en 2019, le rapport Libault et le rapport El Khomri 2019 sur le positionnement de la CNAV autour de 24,50 €. Le Département ne se positionne pas volontairement sur une politique domiciliaire.

Là-dessus, nous avons des inquiétudes assez fortes. Nous avons quelques solutions qui nous permettraient de vivre mieux la situation, mais, pour nous, il y a une vraie pathologie de la non-consideration des attentes des Français au niveau politique et au niveau départemental.

Mme LETARD.- Merci beaucoup, Monsieur, de ces propos liminaires que nous attendions de toute façon. Si nous vous avons invités, c'est évidemment pour que vous nous exprimiez les préoccupations que vous avez déjà eu l'occasion d'exposer à notre collègue vice-présidente en charge de ces questions et de faire remonter évidemment au Département.

Le sujet que vous évoquez est un sujet spécifique à ce Département, mais pas seulement, tous les départements de France et de Navarre en ce moment sont confrontés à cette réalité de se projeter dans une réalité à double niveau et ce, dans un contexte qui n'est pas évident. En effet, on va très rapidement connaître les intentions de la nouvelle mandature nationale et, avant de commencer à travailler collectivement sur ce type de réforme, il va falloir connaître l'ensemble des données du problème. Là, on est un peu au milieu du gué. Il faut entendre un certain nombre de préoccupations, définir un budget et fixer de premières orientations, on a à revisiter et à continuer à faire progresser l'organisation de nos propres structures départementales, mais, effectivement, il nous manque une équation à une inconnue, celle de savoir dans quel contexte national on va évoluer. Quand on aura l'ensemble des données du sujet, on y verra peut-être un peu plus clair.

D'ailleurs, pour tout vous dire, pour rendre nos conclusions, on a demandé de reporter un peu la date de délivrance de notre propre rapport. On devait le boucler normalement en juin et j'ai demandé au président du Département que l'on reporte un peu parce que, si on veut avoir un peu de questionnements des interlocuteurs nationaux, il faut peut-être avoir ceux qui seront en responsabilité au lendemain des élections ; sinon, on n'aura qu'une partie des données et ce n'est pas forcément l'idéal.

J'ai bien entendu vos messages, on les connaît bien, Vous avez planté le décor au niveau politique. Il faudra évidemment étayer ensuite d'autres contributions. Vous avez vu aussi dans notre questionnaire que nous avons un rapport dans lequel on devra rentrer un peu dans le mécano budgétaire et organisationnel, au-delà des positions politiques que l'on entend, que l'on intègre et que l'on va relayer. Même si nous allons nous focaliser dans notre rapport sur le sujet APA, il est évident que l'on porte ce que vous nous dites à connaissance de nos collègues départementaux, de notre président, de nos vice-présidents en charge et il y a ici des représentants des services qui sont chargés de faire des

comptes rendus et évidemment d'informer de ce que nous échangeons avec les équipes et les représentants du président du Département.

Le rapport sera présenté en plénière fin septembre. On l'a décalé un peu pour les raisons que j'ai évoquées.

Je vous propose, Madame GLOWACKI, de tenir un propos liminaire « chapeau » par rapport à ce que vous allez dire. Ensuite, sauf si d'autres personnes veulent intervenir sur la partie « chapeau », on essaiera d'avoir des éléments qui répondent et qui renseignent les postulats un peu plus précis sur lesquels on a besoin d'avoir matière de votre part.

Je passe la parole à Loïc, le vice-président en charge du budget.

M. CATHELAIN.- Nous sommes parfaitement conscients des enjeux que vous avez exposés notamment liés à la gérontocroissance de la population et nous sommes aussi très conscients du dynamisme que cela engendre pour l'APA, notamment financièrement. L'idée de cette mission sur l'APA est justement de pouvoir vous entendre sur le constat que vous exposez qui est aussi un peu politique, on l'entend parfaitement, mais il y a peut-être aussi des choses que l'on peut et que l'on doit améliorer. Il faut que tout puisse être dit ici, c'est vraiment le but.

Mme LETARD.- On entend bien que vous avez aussi une demande d'échanges réguliers avec l'institution départementale. On essaiera de voir ce que vous attendez à l'avenir comme relations avec nous.

D'un coup de baguette magique, on ne va pas résoudre tous les problèmes du monde à nous seuls, c'est évident, mais, si on est là, c'est parce qu'on a envie aussi de vous entendre, de comprendre vos préoccupations et ce que vous avez à nous dire, d'être optimistes dans ce qu'on peut faire avec vous et de cibler les sujets essentiels qu'on peut traiter avec vous.

Mme GLOWACKI.- Merci de m'offrir la possibilité d'un propos liminaire, qui sera sans doute très réducteur par rapport à tout ce que les uns et les autres pourraient dire.

Je vais revenir d'abord sans doute vers l'attente d'une position gouvernementale que vous avez évoquée. Je veux juste vous rappeler que la loi autonomie grand âge était dans le programme SARKOZY en 2007. On l'a attendue, on l'a attendue sur la mandature suivante et on l'a attendue sur la première mandature de Monsieur MACRON.

Je pense qu'il est temps d'arrêter de faire des rapports qui disent tous la même chose, pour arriver à une véritable capacité de faire pression pour qu'enfin, on ait une architecture de prise en compte du grand âge et des problèmes d'autonomie qui soit suffisamment reliée entre l'État et les Départements et que l'on ait une ligne de conduite stable. Il est inacceptable que cela dure autant de temps et il est inacceptable que l'on mette autant d'argent dans des rapports – pardon de le dire un peu crûment.

La deuxième question qui va nous préoccuper est la question de l'architecture que nous allons construire ensemble. Les techniciens le diront de manière sans doute plus précise que moi : comment se relie-t-on au service d'une prise en charge et d'un accompagnement de qualité auprès des personnes dépendantes maintenues à domicile ?

Je vais rebondir sur le propos de notre collègue qui dit que le souhait est le maintien à domicile. L'exigence est un maintien à domicile de qualité. Or, on voit que le compte n'y est pas, parce que cela peut être un maintien à domicile par défaut, cela peut être un maintien domicile par représentation, c'est-à-dire que quelqu'un qui se représente que l'EHPAD, c'est l'enfer, il reste chez lui avec une très mauvaise qualité de vie.

Le troisième et dernier sujet qui, pour moi, devrait sans doute faire travail partagé et élaboration partagée, c'est la vision que nous avons de ce qu'est la qualité de vie d'une personne en défaut d'autonomie maintenue à domicile dans la multiplicité de ses dimensions. On voit bien comment on va passer d'un plan d'aide à un projet de vie. Je pense que c'est un vrai enjeu qui doit relier toutes les dimensions du prendre soin, mais on voit bien aujourd'hui qu'on est vraiment autour de la question

du nursing, c'est-à-dire la question de l'acte, très peu la question sociale. Tout compte fait, le sujet est de savoir quelle ambition et quelle vision nous avons.

Derrière l'ambition, bien sûr, il y a l'écoute. Peut-être qu'en se reliant mieux et en se reliant avec les aidants familiaux, la question est de voir comment on aspire à une vraie qualité de vie à domicile. Il ne suffit pas de rester à domicile, il faut y rester en y étant bien.

Mme LETARD.- C'est très clair, Madame GLOWACKI.

Qui veut prendre la parole pour continuer le propos ? Ensuite, on ouvrira sur les différents points sur lesquels vous pouvez nous apporter votre regard.

UDCCAS.- Nous sommes tout à fait raccord avec ce qui a déjà été évoqué.

Au-delà des attentes des Français qui ont déjà été exprimées dans la presse et les rapports, les SAAD font face à de nouveaux enjeux, mais avec des financements constants, voire en baisse.

De nombreuses personnes souhaitent rester au domicile. Elles restent au domicile avec une prise en charge qui doit être plus importante puisqu'elles sont de plus en plus dépendantes. Très concrètement, il faut parfois deux aides à domicile parce que la personne n'est plus capable du tout de se lever et qu'elle est un peu lourde à soulever – j'essaie de donner du concret. On a des personnes de plus en plus dépendantes au domicile avec des services d'aide à domicile qui sont en difficulté de recrutement, etc.

Il faut donc développer les moyens sur l'APA et proposer un reste à charge qui soit accessible aux personnes, c'est une chose sur laquelle on souhaite insister, pour prévenir les non-recours et maintenir l'autonomie au domicile.

Vous parlez d'attente des services d'aide à domicile. Pour nous en tant que têtes de réseau, il y a effectivement des politiques nationales qui doivent se coordonner avec des politiques départementales et sur lesquelles on ne peut pas travailler pour l'instant, on n'a pas tous la main dessus, et il y a des choses très pragmatiques en termes de niveau d'attente qui peuvent être mises en place dans le département du Nord. Par exemple, les délais d'instruction d'APA peuvent parfois être très longs, la loi indique un délai maximum de deux mois de prise en charge à partir du moment où l'on dépose le dossier et, dans le département du Nord, il y a parfois quatre mois d'attente. Or, quatre mois sans APA, cela peut être très compliqué.

Il y a des territoires où des pôles autonomie, donc des techniciens du Département, mettent en œuvre des rencontres, des dynamiques partenariales entre des équipes médico-sociales et des services d'aide à domicile pour qu'il y ait vraiment une interconnaissance, une prise en charge de qualité. Beaucoup de nos adhérents apprécient beaucoup ces moments, mais ce n'est pas le cas partout, c'est un peu au bon vouloir des responsables de pôles autonomie. Cela peut être intéressant de réfléchir à ces choses qui peuvent être mises en place très rapidement dans le département, sans attendre nécessairement un nouveau gouvernement, des rapports d'ici un an et des lois.

On va tout vous écrire très pragmatiquement dans un rapport, mais il y a des choses très techniques qui peuvent être mises en place très rapidement.

Mme LETARD.- Merci beaucoup, c'est bien ce que l'on attend.

Le spectre est large : il y a ce qu'on peut faire de façon extrêmement pragmatique comme vous venez de le dire et qui n'a pas besoin d'attendre quoi que ce soit et, après, il y a l'environnement général. Quels que soient les sujets, quels que soient les aspects, nous sommes preneurs.

FEPEM.- Concernant la FEPEM, il est intéressant de soulever que l'on représente deux modes d'intervention sur les trois qui sont présents ici, à la fois l'emploi direct pour ce qui est souvent appelé le gré à gré et le mandataire.

Dans le Nord, 60 % des personnes qui recrutent un salarié chez elles ont plus de 60 ans. On vous détaillera tous ces chiffres, mais il y a de gros enjeux en termes de chiffres et nous aussi allons proposer des solutions très pratico-pratiques. On travaille déjà avec le Département du Nord depuis quelques

années mais on voudrait aller plus loin sur le choix. Les personnes qui veulent rester à domicile ont droit de choisir leur mode d'emploi et il est important qu'elles puissent être bien informées. On voudrait mieux accompagner les professionnels du Département à l'occasion de l'évaluation pour qu'elles puissent elles-mêmes mieux informer et mieux sensibiliser sur notre modèle d'emploi.

On voudrait aussi s'appuyer davantage sur les aidants. Souvent, les personnes en perte d'autonomie sont accompagnées par leurs aidants. Pourquoi ne pas se calquer sur le mode sanitaire où l'on choisit par exemple un proche ? Les personnes qui ont des maladies peuvent choisir un proche qui va les aider dans leurs décisions. Est-ce que l'on pourrait formaliser cela au sein du Département et aller vers cela ?

On a tout un tas d'idées que l'on voudrait également vous proposer dans une note un peu plus détaillée.

Intervenante.- Au niveau du secteur de l'emploi, il y a un enjeu majeur sur l'accompagnement des personnes de plus de 60 ans. Aujourd'hui, dans le département, 60 % des particuliers employeurs ont plus de 60 ans et 48 % ont plus de 80 ans. La durée moyenne d'une relation d'emploi dans le secteur de l'emploi à domicile est de sept ans. Parmi ces particuliers employeurs de plus de 60 ans, 18 % perçoivent l'allocation personnalisée d'autonomie. On a donc un enjeu sur le secteur qui est en amont de l'entrée dans le dispositif APA dans la logique de prévention et d'information.

On a un autre enjeu. Quand les personnes sont entrées dans le dispositif APA, comment sont-elles amenées à recruter des personnes ? En effet, c'est une logique d'écosystème, c'est aussi le lien avec des structures mandataires qui accompagnent à domicile ces particuliers employeurs.

Aujourd'hui, il y a deux sujets en termes d'information et d'accompagnement de ces publics dans la logique de prévention et de prestations sociales, à savoir comment ils sont informés sur les obligations liées à l'emploi direct et comment ils sont informés de l'existence des structures mandataires qui peuvent les accompagner dans le cadre de ces responsabilités.

On a un deuxième enjeu qui porte sur la tarification, même si ce n'est pas directement lié à l'APA. Il y a une démarche nationale de tarification du tarif horaire prestataire et il y a aussi un choix qui est fait sur le maintien à domicile au regard du reste à charge. Quand vous avez un mandataire ou un emploi direct et qu'il reste plus de reste à charge pour la personne, il peut y avoir une question en termes de choix. Aujourd'hui, un travail est fait au niveau national pour avoir cette logique de tarifs APA.

Il y a un autre sujet qui concerne le lien avec l'APA, c'est la professionnalisation. Aujourd'hui, au niveau du secteur, on a un ensemble de dispositifs qui visent à accompagner les particuliers employeurs parce qu'on a une convention avec la CNSA sur ce biais pour informer les particuliers employeurs et les équipes médico-sociales, mais on a aussi un autre sujet sur le volet professionnalisation des salariés des particuliers employeurs.

In fine, les équipes médico-sociales vont voir le particulier employeur ou la personne, le choix du mode d'intervention est fait et, après, le particulier employeur reçoit le plan d'aide mais, contrairement aux SAAD, il n'est pas forcément mis en œuvre dans le cadre de l'organisation de l'aide à domicile sur des plannings de demi-heure ou d'un quart d'heure.

Sur le secteur de l'emploi à domicile, les salariés ne viennent pas une demi-heure à domicile trois fois par jour si, en termes d'organisation par rapport à l'APA, on est aujourd'hui sur un particulier employeur qui a un projet de vie, qui s'organise à domicile avec l'ensemble de ses ressources et qui va solvabiliser son plan d'aide par l'intermédiaire de l'APA.

On a *de facto*, en termes de mode de réflexion et de déclinaison de l'APA, un fonctionnement différent dans le secteur de l'emploi à domicile que ce qui est mis en œuvre par les prestataires parce que le cadre conventionnel n'est pas le bon.

Voilà aujourd'hui nos enjeux qui sont à la fois sur la tarification, l'accompagnement des particuliers employeurs et le volet salarié. On vous transmettra l'ensemble des éléments.

En lien avec l'ensemble des acteurs aujourd'hui, nous avons le souhait de permettre la reconnaissance de l'activité mandataire. Aujourd'hui, la majorité des heures sont faites en emploi direct et, comme on est dans une logique de maintien à domicile, le mandataire est un acteur de proximité sur le secteur.

SYNERPA.- Le SYNERPA est très enthousiaste de pouvoir être écouté sur nos propositions aujourd'hui, nous partageons à la fois cet enthousiasme et cette crainte sur le bien vieillir. Tout le monde a envie de bien vieillir chez soi à domicile alors que, sur le terrain, on constate que, pour les bénéficiaires, le nombre d'heures dans les plans d'aide baisse. On est face à une contradiction sur le terrain qui est énorme. Voilà ce que je peux dire en propos liminaire avant d'entrer plus en détail sur l'évaluation APA pour laquelle on est là aujourd'hui, juste pour que tout le monde ait bien en tête comment cela se passe aujourd'hui.

Mme LETARD.- Quand vous dites que le nombre d'heures dans les plans d'aide baisse, est-ce que vous pouvez l'expliquer ? Pouvez-vous concrètement approfondir un peu ce sujet ?

SYNERPA.- Le nombre d'heures moyen par bénéficiaire de l'APA dans nos services est en diminution chacune année, ce qui se traduit par une réévaluation de personnes qui vont avoir besoin d'aide ou de nouveaux dossiers qui ont besoin d'aide par rapport à il y a trois ans.

Mme LETARD.- Pour aller plus loin, cela m'intéresse d'avoir une mesure, des tendances. Est-ce par rapport à certains publics ?

Intervenant.- Est-ce en fonction de la dépendance ? Est-ce qu'un GIR 3 par exemple aura moins d'heures aujourd'hui qu'il y a trois ans ?

Intervenante.- Il y a plusieurs facteurs. Déjà, avec ce qui s'est passé pour les services qui ont été détarifés, on a ajouté des restes à charge qui ont évolué au regard de leur coût. À chaque réévaluation des tarifs de la structure, puisque la part de réévaluation du tarif correspond à la part prise en charge par l'utilisateur, on a constaté des baisses de plan d'aide conséquentes.

Dans le circuit du plan d'aide, le premier plan d'aide est réalisé par l'évaluateur sur la base d'un tarif socle, il peut donc réaliser le plan d'aide idéal et, ensuite, le service d'aide à domicile revient au domicile en disant quels sont ses tarifs au regard de ses pratiques et de sa situation financière. Du coup, face aux coûts qui lui sont annoncés, la personne va devoir réduire à nouveau le plan d'aide et aller au strict minimum.

Mme LETARD.- Vous voulez dire que les plans d'aide baissent aussi parce que le reste à charge n'est pas supportable par le bénéficiaire ? J'essaie de vous faire dire des choses qui ne sont pas forcément évidentes, mais il faut aussi bien expliciter les choses à tout le monde. Ce plan d'aide diminue parce qu'on a un coût identifié, que, par rapport au coût réel d'intervention du service, il y a un delta qui, lorsque vous le mettez en face de la personne qui va être prise en charge, n'est parfois pas soutenable dans les proportions horaires qui sont autorisées. C'est cela ?

Intervenante.- C'est tout à fait cela. Évidemment, cela dépend de la « clientèle ». Cependant, quand un service d'aide à domicile traite pour 70 % de l'APA et de PCH dans son chiffre d'affaires, cela a nécessairement un impact économique énorme sur le modèle économique de la structure. Toute cette réforme de la tarification a évidemment un impact sur le volume des plans d'aide directs.

Cela dit, si ce n'était que cela, on verrait la même chose sur la PCH. Sur la PCH, on constate aussi des réductions conséquentes de plans d'aide, voire, au moment des révisions, des annulations totales de plans d'aide. Là, je pense qu'il y a plusieurs causes. Il y a le fait que les équipes ont essayé d'être au plus près des besoins et qu'il y avait peut-être effectivement certaines situations avec des abus, c'est possible. À côté, il y a aussi des situations qui sont extrêmement polémiques et les structures handicaps sont très saisies du sujet, on a constaté des dérives assez terribles pour des situations assez graves de personnes qui étaient en dégradation de santé conséquente, mais c'est un autre sujet.

Cependant, quand on parle de ce qui se retrouve dans le BP 2022 du Département, cela nous a interpellés. En effet, la gérontocroissance n'est pas intégrée dans sa totalité dans le budget 2022 du Département parce que, si c'était le cas, on pourrait estimer l'augmentation à au moins 5 %. Certes, la gérontocroissance, c'est un nombre d'heures.

M. CATHELAIN.- C'est le cas. Elle est en augmentation de 5 %.

Intervenante.- Non, on est à moins de 5 %.

Intervenant.- 2,95 %

Intervenante.- Et il y a l'avenant 43. Il est peut-être ailleurs, on ne l'a pas retrouvé.

C'est une vraie question. On se demande derrière dans les faits si on va être aligné. On a une crainte que les réductions budgétaires soient fléchées sur les réductions de plans d'aide APA. Je pense que ces craintes sont partagées par tous au regard du fait que la mission portait aussi sur l'impact pour les dépenses du Département.

Cela nous interpelle et je pense qu'on l'a tous exprimé différemment parce que les services d'aide à domicile sont essentiels, tout le monde le dit, mais cela ne se retrouve pas dans les budgets du Département.

Cela signifie que, si l'on a pas des fléchages différents à l'avenir vers les services d'aide à domicile, on sera de toute façon amené à réduire la voilure – pour le dire politiquement correctement. Pour être plus concret, on sera amené à licencier. On recrute d'ailleurs de moins en moins, on est destructeurs d'emplois aujourd'hui et pas pourvoyeurs d'emplois, malgré toute l'implication des services dans les politiques de retour à l'emploi des RSA qui sont depuis maintenant de très nombreuses années associées au Département.

Mme LETARD.- Il est important d'apporter ces éléments pour que tous ceux qui vous écoutent ici comprennent bien les conséquences. J'insiste sur le reste à charge parce que vous en avez parlé les uns les autres en préliminaire. Il y a deux choses qui marquent dans ce que vous avez dit, c'est une appréhension humaine du sujet par rapport à l'exercice de votre profession, ce sont les conséquences de la tarification sur les choix de plans d'aide qui sont faits par les bénéficiaires. Il y a d'autre part ce que vous avez dit en propos liminaire sur un autre aspect : le domicile c'est bien, mais c'est bien quand c'est le choix de la personne et pas un choix lié à une contrainte financière. Il faut vraiment que ce soit le choix de la personne. On a tous envie de vieillir à domicile, mais il faut que ce soit qualitatif et il faut que ce soit un vrai choix personnel et non pas une contrainte. Des gens à un moment donné, parce qu'ils sont seuls, parce qu'ils sont isolés, parce qu'ils sont dans la ruralité, parce qu'ils n'ont plus de lien social seraient peut-être mieux en établissement mais, après, il y a l'établissement. Or, l'établissement bénéficie malheureusement aujourd'hui d'une image dégradée qui fait que les gens veulent être à domicile.

On est dans quelque chose de l'ordre d'un ressenti général de la population, on a plein de constats qu'il faut prendre en compte.

Excusez-moi de vous avoir interrompu, Monsieur, mais je pense qu'il fallait cette précision.

UDCCAS.- Je voulais compléter mon propos sur le reste à charge. En fait, on est là sur un questionnaire qui est extrêmement technique et qui peut aussi nous questionner sur le niveau de connaissance de chacun d'entre vous. Evidemment, en tant que conseillers départementaux, vous avez à traiter de multiples thématiques, vous ne pouvez pas tout maîtriser.

Mme LETARD.- C'est bien pour cela que je vous demande de préciser. Ici, il y a des gens très avertis et d'autres pas du tout. Le propre d'une mission d'information est d'associer toutes les composantes politiques et des gens d'horizons différents, de commissions différentes, avec des cultures différentes, pour que tout le monde se fasse un consensus général sur une appréhension du sujet. Surtout, ne restez pas que techniques. Il faut que vous soyez techniques et la rédaction de vos contributions doit être très technique, mais il faut nous expliquer les choses très clairement.

UDCCAS.- Justement, sur le reste à charge, de manière très stéréotypée, on représente 28 CCAS qui portent un service d'aide à domicile dans le Nord. Les CCAS ont plutôt tendance à travailler avec une population précaire et ont tendance à ne pas mettre de reste à charge dans les plans d'aide. Cela signifie que, puisqu'ils travaillent avec des personnes très précaires et que ces personnes vont bénéficier plus ou moins de l'APA ou de l'aide sociale, même si on réalise un gros travail avec ces

personnes, avant on avait 30 CCAS qui portaient un service d'aide à domicile et, depuis un an, on n'en a plus que 28.

Des villes commencent à réfléchir aussi en termes de modèle économique. En effet, comme on évite de mettre des options, de mettre un abonnement à l'année aux services d'aide à domicile, des choses qui permettent à des structures privées associatives de tenir à flot un minimum parce qu'il y a des enjeux économiques énormes, les services publics de manière générale évitent parce que la population renonce ou diminue ses plans d'aide APA. Certaines populations ne peuvent pas se permettre de mettre 100 € par mois sur de l'aide à domicile.

Comme des villes ne mettent pas de reste à charge auprès de la population, parce qu'il y a un impact économique sur les budgets, on a parfois des services d'aide à domicile publics qui sont à moins x milliers d'euros qui sont compensés pour partie par la ville.

Cela nous inquiète. Concrètement, sur du très long terme, les CCAS vont-ils continuer à porter des SAAD public ? On ne sait pas. On sait qu'il y a des réflexions là-dessus et on s'inquiète pour toutes ces personnes qui, à un moment donné, disent qu'elles ne peuvent pas se permettre d'aller sur ce plan d'aide APA alors qu'elles en ont besoin. Si on a évalué un GIR x et un nombre d'heures x, ce n'est pas pour rien. Des gens disent que, tant pis, on ne va pas faire le ménage chez eux. Or, si quelqu'un a besoin d'une aide à la toilette, il n'est pas en principe en capacité de faire son ménage. On s'inquiète beaucoup de cela par exemple.

Chaque structure, pour assurer un modèle économique privé, lucratif, associatif, public met un reste à charge plus ou moins important, et c'est normal, mais, du coup, cela nous questionne beaucoup sur nos populations les plus précaires.

Mme GLOWACKI.- Le reste à charge, c'est la double peine pour les personnes dont la dépendance s'aggrave. Plus la dépendance s'aggrave, plus le reste à charge est important puisque plus il faut compenser par rapport au plan d'aide.

Là, je pense qu'on touche du doigt les questions de qualité de vie. Il y a des choix cruciaux : est-ce que je fais faire mon ménage ou est-ce que je fais faire ma toilette ? C'est le premier effet.

Le second volet concerne le budget des associations. On a vu la précarité d'un certain nombre d'associations d'aide à domicile, dont certaines s'arrêtent d'ailleurs. Demain, le vivier de la ressource aide à domicile va s'assécher parce que les associations vont mettre la clé sous la porte du point de vue de leur équilibre économique.

Le troisième volet, que le questionnaire n'évoque pas du tout, ce sont les conséquences pour l'attractivité des métiers. Pour qu'il y ait du prendre soin à domicile, il faut qu'il y ait des actions. Quand on voit que les CCAS calent – pardon de le dire comme cela –, je pense qu'aucun maire dit volontiers qu'il va arrêter sa prestation CCAS.

Du coup, qui va rester ? Il va rester le secteur marchand qui a une clientèle qui permet de financer du reste à charge et il restera sans doute sur ce créneau. Qu'en sera-t-il des plus précaires ? On voit bien que l'on est sur un point de tension grave par rapport à la pérennité du prendre soin. Le prendre soin à domicile ne peut pas être qu'une volonté, il faut que cela devienne une réalité et, en particulier, une réalité qui prend en compte l'économique.

Le dernier point, c'est l'attractivité des métiers, c'est-à-dire que, derrière les associations, il faut des gens qui viennent travailler. C'est vrai pour tous les métiers du social et du médico-social, comme les métiers du sanitaire. On voit bien que la question de l'argent ne compense pas, notamment dans le sanitaire.

Le domicile est un métier extrêmement difficile. Beaucoup d'aides à domicile disent combien elles sont seules. Notamment la question de la relation avec les aidants est cruciale. Ils sont confrontés à des choses extrêmement compliquées où ils se sentent très isolés. Par conséquent, il ne peut y avoir du prendre soin des personnes que s'il y a du prendre soin des professionnels et de leur employeur. Cela doit presque être le fil rouge du travail que l'on va tenter de mener ensemble, mais, bien entendu, la question est d'abord économique.

La volonté politique, on peut tous l'acclamer, on va tous être d'accord autour de la table, personne ne va dire qu'il faut altérer la qualité de la prise en charge à domicile. Cela dit, comment fait-on ?

Mme LETARD.- C'est clair.

Intervenant.- Je voudrais étayer votre propos puisqu'on aborde toujours cet angle un peu budgétaire. En principe, cela coûte moins cher à la société qu'une personne reste chez elle. Dans le rapport Libault 2019, qui est vraiment une bible que je recommande à tous ceux qui ont envie d'appréhender l'environnement de l'aide à domicile, le reste à charge moyen pour une personne âgée dépendante chez elle avec les crédits d'impôt est de 60 € ; en établissement, il est de 1 850 € par mois.

Si l'on veut avoir des postures avec des enjeux économiques, le maintien à domicile doit donc être une priorité. Pourquoi ne l'est-il pas ?

SYNERPA.- Je reviens sur ce que vous avez dit, sur le fait que la personne doit pouvoir faire un vrai choix entre les différentes palettes qui s'offrent sur un secteur.

En fait, comment se passe aujourd'hui une évaluation APA ? Un dossier est déposé, c'est une procédure qui est très lente, très longue, cela prend jusqu'à quatre mois pour ouvrir un droit à l'APA. C'est très compliqué, c'est très chronophage pour nos services, pour les services du Département, cela mobilise beaucoup d'acteurs et les personnes ne comprennent rien parce que c'est hyper complexe, hyper technique.

On constate également que, sur le territoire, au sein même du département du Nord, il y a de grosses disparités sur la façon d'évaluer l'APA, en fonction de la façon dont c'est réalisé par les équipes. Les équipes EMS par défaut proposent des plans d'aide sur la base d'une évaluation qu'elles font à un instant t et c'est un peu figé dans le marbre. On propose un plan d'aide de tant d'heures avec 30 minutes le matin, le midi et le soir et c'est valable quasiment *ad vitam eternam* sauf réévaluation avec une nouvelle procédure qui reprend du temps et qui est hyper lourde.

Au sein de nos services, nous avons des professionnels compétents qui savent réaliser des évaluations. Notre proposition est de simplifier vraiment les choses sur l'évaluation APA, de simplifier cette procédure qui prend des mois, qui est hyper complexe, qui mobilise beaucoup d'acteurs. Faites-nous confiance. Nous avons des services qui sont capables d'évaluer, on pourrait envisager que nos professionnels ouvrent les droits APA aux personnes qui sont éligibles sans que cela passe par toute une procédure qui est complexe et qui, vu le temps qu'elle prend, n'est pas adaptée à une personne âgée qui ne comprend pas pourquoi.

Mme LETARD.- Explicitez-nous les uns et les autres ce que vous entendez par : « impliquez-nous, nous professionnels, dans l'évaluation, dans le processus APA ». Qu'est-ce que cela signifie pour les uns et les autres ?

SYNERPA.- Je crois que les services à domicile sont les seuls établissements et services médico-sociaux où une évaluation est faite par un tiers, sans qu'une personne qui rejoint un service à domicile puisse bénéficier du droit à l'APA. À partir du moment où une personne entre en EHPAD, elle est bénéficiaire de l'APA, il n'est pas nécessaire que quelqu'un du Département vienne dans l'établissement pour vérifier que la personne est éligible, que son dossier passe en commission, c'est beaucoup plus simple. En l'occurrence, c'est hyper complexe et cela prend beaucoup trop de temps

UDCCAS.- Pendant la période du Covid et avec le télétravail, c'est ce qui s'est passé, on n'a pas eu le choix. Les équipes médico-sociales vont normalement au domicile pour établir le taux de dépendance de la personne, le fameux GIR de la personne qui va déterminer s'il va à l'APA ou s'il est suivi par la CARSAT et combien il va recevoir par mois. Or, à un moment donné, les équipes sociales et médico-sociales n'allaient plus à domicile, mais les services d'aide à domicile ont maintenu leur travail – et je salue l'énorme coordination à ce moment-là –, mais, du coup, ce sont les services d'aide à domicile qui faisaient les évaluations. On échangeait par téléphone avec les équipes médico-sociales, il y avait une confiance réciproque et cela se passait bien.

Sur du long terme, il est nécessaire d'accompagner financièrement cette tâche, de notre côté en tout cas, mais il est clair qu'une évaluation peut tout à fait se faire par un service d'aide à domicile, ce qui

fait que beaucoup moins de personnes vont au domicile. Un senior, qui est tout seul chez lui, reçoit je ne sais combien de professionnels différents qui vont lui poser 15 questions.

Pourquoi le SAAD ne pourrait-il pas venir évaluer en direct le taux de dépendance de la personne à la place d'une équipe médico-sociale ? Il faudrait en tout cas qu'il y ait beaucoup plus de souplesse. Effectivement, la loi de 2002 indique que, pour l'APA, une fois qu'on a envoyé le dossier, il y a deux mois pour que le Département dise oui ou non. En l'occurrence, nous sommes sur des délais de quatre mois.

UNA.- A ce sujet, on a préparé un document particulièrement synthétique – que l'on vous remettra. On a indiqué par colonne les rôles de chacun dans la situation actuelle et ce que nous proposons dans la nouvelle organisation selon notre vision.

Vous retrouvez dans la situation actuelle un certain nombre de services :

- Un service instruction vérifie la complétude du dossier et s'occupe de la numérisation du dossier.
- Un service planification planifie la visite de l'EMS.
- Un service évaluation enregistre le plan d'aide et une commission va inscrire dans la liste CAPA (?) les plans d'aide validés.
- Il y a toute la partie domicile où nous faisons des visites en faisant l'évaluation des besoins, nous établissons le plan d'aide final que nous allons valoriser sur la base du montant de prise en charge du Département et des tarifs pratiqués par la structure, en annonçant le reste à charge. Ensuite, il y a des échanges avec la commission par rapport à ce plan d'aide.
- Le conseiller responsable de secteur retourne à domicile et échange à nouveau avec les bénéficiaires de plan d'aide.
- Après, il y a toute la partie SAAD qui va consulter la liste CAPA (?) validée par le Département qui est la liste des plans d'aide, qui va créer le dossier, planifier les interventions et traiter tous les éléments variables, la paie, la facturation, etc.

Dans la proposition que nous effectuons, nous avons supprimé toute cette partie. Au lieu de six colonnes, vous en avez trois. On n'a plus la colonne instruction, ni la colonne planification, ni la colonne évaluation.

On vous le remettra. Dedans, vous avez le fait qu'à domicile, on peut faire l'inspection et la complétude du dossier, la planification du rendez-vous, l'évaluation des besoins, la détermination du plan d'aide, la signature, l'établissement des semaines types, l'établissement des devis sur la base des tarifs pratiqués, les éventuelles adaptations et la signature du contrat.

On peut aussi s'occuper de tout ce qui est visite des évaluateurs quels qu'ils soient, des entretiens téléphoniques, de la vérification de l'adéquation du plan d'aide aux besoins de l'usager et du contrôle de l'effectivité des prestations.

Mme SCAVENNEC.- Je voudrais poser une question, Monsieur, par rapport à ce que vous avez proposé, pour être sûre de bien comprendre votre proposition telle que je l'entends. J'ai le sentiment qu'il y a tout de même un risque de conflit d'intérêts, d'être à la fois juge et partie.

Ma remarque ne porte bien évidemment pas sur votre capacité à évaluer le plan d'aide et à faire des propositions, ni sur votre compétence en la matière. L'évaluateur EMS n'a pas d'enjeu économique puisqu'il n'est pas prestataire, il n'a rien à vendre derrière. En revanche, de la part d'un prestataire qui a un modèle économique et une rentabilité à accomplir, le fait d'être l'évaluateur me semble un risque d'être juge et partie. Je n'ai peut-être pas bien compris votre proposition. Pouvez-vous m'éclairer là-dessus, s'il vous plaît ?

Mme GLOWACKI.- Je dirai d'abord qu'il y a des évaluateurs parmi nous et je pense que tout le monde a le souci de bien faire son travail. Ce n'est donc pas une remise en cause des évaluateurs, c'est simplement une question de système.

Le Département dit : « payeur décideur », c'est-à-dire que c'est celui qui paye qui décide. C'est sans doute vrai. La question est de savoir à quel endroit il convient de se mettre pour avoir un système fluide et alerte.

Je pense qu'en effet, il y a des capacités d'évaluation dans les associations qui interviennent et qui ont une connaissance très pratique des choses, ce que je ne renie d'ailleurs pas aux EMS du Département. En revanche, si le choix du Département est de rester sur ses systèmes, on ne sait pas comment créer un système fluide et alerte, parce que c'est un système qui est chaotique avec des arrêts à tous les étages.

Quelle est la volonté du Département ? Est-ce qu'il veut s'installer dans une fonction de contrôle *a posteriori* ? Cela peut être une idée, c'est-à-dire qu'on engage rapidement sur une évaluation que l'on va regarder après.

Je pense qu'il faut au moins que l'on s'arrête dans une réflexion sur le système, ce qui va éviter de mettre en cause les personnes.

Mme SCAVENNEC.- Je n'ai pas le sentiment que c'est du « qui paye décide ». Je pense qu'il y a un juste milieu entre les deux.

Intervenante.- Actuellement, c'est le cas. En fait, l'équipe médico-sociale est du Département, c'est pourquoi on dit « qui paye décide ». Le Département vient au domicile de la personne et dit : « l'APA sera d'autant, le plan d'aide sera celui-là et c'est le Département qui paye ».

Quand on propose que ce soient les SAAD en direct qui évaluent, on pourrait avoir une idée préconçue en disant que le SAAD va faire un plan d'aide énorme. *A contrario*, on pourrait se dire que l'équipe médico-sociale travaille pour le Département qui a un budget contraint et que, du coup, on va réduire le plan d'aide au maximum. Ce n'est pas le cas aujourd'hui, mais on parle de conflit d'intérêts et cela pourrait aussi être vu *a contrario* ainsi.

M. CATHELAIN.- La question est complètement légitime, je me la suis posée également. Il n'y a pas de conflit d'intérêts venant de notre part puisque, en tant que puissance publique, c'est qui paye décide et les politiques assument. La question de ma collègue est parfaitement légitime, des structures comme les SAAD ou les CCAS n'y auraient aucun intérêt, mais on peut se poser la question sur les structures plus privées qui ont un intérêt un peu plus lucratif derrière.

En revanche, j'entends ce que dit Madame, le plus important est de fluidifier le système.

Mme LETARD.- Il n'y a pas une clé d'entrée. C'est un système complexe, il faut le simplifier, il faut le fluidifier, nous sommes tous d'accord. Pour tout vous dire, avant vous, il y avait les services de la direction de la communication, ils ont déjà levé beaucoup de freins au processus d'instruction de l'APA, ne serait-ce que sur l'approche communication et outils de communication entre l'utilisateur, les services et le Département. Rien que sur le volet communication, on voit déjà qu'il y a des sujets et des marges de progrès significatives dans notre façon d'échanger et de communiquer avec l'extérieur. Elles ne sont pas toutes faciles à régler, on ne va pas toutes pouvoir les explorer, mais on voit qu'il existe des marges de progrès. La solution n'est pas un focus unique, ce sont beaucoup de petites choses à mettre en perspective pour améliorer et fluidifier.

Beaucoup de choses sont engagées pour essayer d'aller plus vite dans la réduction des délais, mais on vous entend, on vous écoute, vous apportez plusieurs solutions, notamment le contrôle *a posteriori* qui est aussi une autre chose, qui a ses avantages et ses inconvénients que l'on peut percevoir. De plus, la multiplicité de natures de vos structures fait que la réalité des uns n'est pas celle des autres mais on peut aussi avoir un système un peu mixé entre les deux.

Tout est possible. Il faut que l'on regarde, que l'on pose toutes vos propositions et tout ce que l'on entend des différents canaux et aussi par rapport à la réalité de nos services et des équipes, par rapport à l'organisation de la direction de l'autonomie. On est dans un département de 2 600 000 habitants, c'est une sacrée machine et, quand vous bougez, vous créez un mouvement et cela des conséquences énormes dans toute l'organisation territoriale. Lorsqu'on bouge un curseur ici, ce n'est pas comme en Lozère ; il y a des départements qui font la taille d'une intercommunalité et, dans notre département,

quand on réfléchit à un changement d'organisation, cela a des conséquences énormes. C'est difficile de se comparer à d'autres départements dont les réalités font que c'est facile de changer les choses.

Franchement, il faut continuer à développer ce que vous dites et l'alimenter. Il faudra regarder effectivement comment conjuguer tout cela. On a bien conscience qu'il faut réduire les délais et, croyez-moi, on a déjà entendu des choses qui pourraient améliorer des éléments qui sont très pratiques, mais qui peuvent être très handicapants dans le déroulé de l'instruction d'un dossier et qui permettraient peut-être d'aller dans le sens de la réduction des délais, comme dans la communication des informations. Il y a le bénéficiaire, l'aidant familial et les services et tous ces sujets nécessiteraient de la simplification et plus de fluidité.

Intervenante.- Je voudrais rebondir sur la question de juge et partie. Nous avons introduit en propos liminaire que le reste à charge amenait des réductions de plan d'aide. Sur cet aspect juge et partie, on est plutôt en train de détailler nos plans d'aide.

FEPEM.- Comme évoqué en propos liminaire, dans le secteur de l'emploi à domicile, il y a des services mandataires et de l'emploi direct. La majorité des cas des particuliers employeurs sont faits comme emplois directs.

Si l'on entre sur une évaluation à domicile qui est faite par un service alors qu'aujourd'hui c'est fait par une équipe médico-sociale, il y a un risque que le secteur de l'emploi à domicile ne soit plus présent dans la prestation sociale.

Aujourd'hui, quand des équipes médico-sociales viennent à domicile et qu'il y a parfois une relation d'emploi déjà existante entre un particulier employeur et un salarié, la condition pour entrer dans la prestation APA est le licenciement du salarié parce qu'il est orienté vers un service prestataire ou un SAAD. Il serait regrettable de dire que l'entrée dans le dispositif APA est conditionnée au licenciement du salarié qui est déjà en place au sein du domicile du particulier employeur.

Nous sommes plutôt favorables à ce que l'évaluation reste à la main de la puissance publique ou des conseils départementaux pour permettre l'explication des différents modes d'intervention, l'évaluation du plan d'aide par des professionnels, mais qu'il n'y ait pas la « captivité » de la personne par un service d'aide à domicile. Dans ces cas-là, le libre choix ou le choix de l'emploi direct du mandataire n'existe plus, c'est clairement une politique qui sera générée autour des SAAD prestataires.

Voilà notre difficulté eu égard à cette problématique de l'évaluation.

Mme LETARD.- Votre propos montre bien la complexité de cet exercice qui peut se faire à plusieurs voix, mais qui nécessite un regard multiple.

ADMR.- Merci de nous recevoir. Je fais une petite parenthèse, je profite notamment de la présence de Monsieur CATHELAIN. Je suis extrêmement contente de vous voir aujourd'hui. Je représente un réseau associatif. Vous n'êtes pas sans savoir que nous avons eu la chance d'avoir une revalorisation de nos salaires par le biais de l'avenant 43 de notre convention collective. C'est une excellente nouvelle pour nos salariés mais, aujourd'hui, je vous lance un cri d'alerte et je pense que mes collègues sont dans la même situation que moi.

Nous supportons ce surcoût de l'avenant 43 depuis le début de l'année. Pour mon réseau, ce sont 250 000 € par mois à supporter. Fin mars, nous avons un surcoût d'environ 770 000 € et ce n'est pas tenable.

On fait jouer la solidarité entre nos structures. Comme je vous l'ai dit, nous sommes des associations et nous n'avons pas énormément d'argent de côté. Ce cri d'alerte avait déjà été lancé lors du dernier trimestre 2021, nous avons été financés au mois de décembre et on se retrouve exactement dans la même situation.

Je profite de cette commission. Je sais que des assemblées vont se réunir prochainement et on ne peut pas tenir jusqu'à fin avril début mai. Vraiment, je lance un cri d'alerte parce que, malheureusement,

beaucoup d'associations seront en cessation de paiements. On ne peut pas supporter ce surcoût, c'est impossible.

M. CATHELAIN.- Vous dites que vous ne pouvez pas attendre fin avril. Expliquez-moi.

ADMR.- Nous avons sollicité à de multiples reprises à la fois le vice-président et le président du comité départemental, nous n'avons jamais eu de retour. Il nous a été annoncé par certains techniciens du Département qu'une délibération se ferait courant avril pour délibérer sur le montant qui nous sera accordé au titre de l'enveloppe du Département pour la prise en charge. On n'en sait pas plus. Est-ce que ce sera un paiement à terme échu ? Si c'est le cas, on va se retrouver dans les mêmes difficultés à chaque trimestre. Est-ce qu'on aura une dotation sur l'année ?

On a un silence absolu, aucune information et on est vraiment en grosse difficulté.

M. CATHELAIN.- Vous dites que, pour l'instant, vous l'avancez et que, à un moment donné, vous ne pourrez plus tenir.

ADMR.- On a supporté le coût jusqu'à présent. Fin mars, certaines associations ont accepté d'avancer un peu de fonds pour les autres mais cela ne peut pas tenir des mois, c'est impossible. Le surcoût est trop important.

C'est une très bonne nouvelle pour nos salariés, mais nous avons le sentiment d'être pris en otage. Il y a des enjeux politiques, on les comprend mais, aujourd'hui, c'est irrespirable et on ne sait plus quoi faire. Je suis très contente que vous soyez là aujourd'hui parce que je ne sais plus à qui m'adresser.

On aura l'occasion d'en reparler mais il se peut que la procédure d'alerte auprès du commissaire aux comptes soit de nouveau relancée et ce serait dommage.

Intervenant.- Pour élargir le sujet, je voudrais rappeler que cet enjeu de financement ne concerne qu'une partie des acteurs qui sont les acteurs associatifs. Il ne faut pas oublier que, sur les territoires aujourd'hui, 30 % d'activité de l'aide à domicile est aussi réalisée par des acteurs privés qui n'ont pas accès à cette revalorisation. La conséquence pourrait être tout simplement d'avoir une désaffection de nos professionnels qui partiraient parce que les conditions proposées par l'avenant 43 seraient meilleures dans les associations et qu'ils se retrouvent à terme dans des structures en difficulté de paiement parce qu'ils n'auraient pas les ressources nécessaires.

Il y a aussi une réflexion plus large à tenir. On évoquait le secteur lucratif, mais nous sommes dans un cadre réglementaire défini, avec une autorité de tutelle qui est le Département, avec un encadrement très précis de l'évolution de nos tarifs qui a bien été confirmée à 3,05 % au cours de cette année, alors que l'évolution des Smic a augmenté de plus de 4 %. On est bien sûr des politiques d'appauvrissement des acteurs. S'il n'y a pas aujourd'hui de volonté d'élargir globalement les ressources disponibles pour l'ensemble des structures, qu'elles soient associatives ou privées, on s'oriente vers une casse sociale généralisée.

Pour revenir aussi sur l'approche lucrative, il y a des acteurs lucratifs dans le secteur sanitaire. Je rappelle la dimension réglementaire. Je ne pense pas qu'il y ait des personnes qui entrent avec une prothèse de hanche et qui ressortent avec deux. Il y a moyen d'encadrer et de réguler les acteurs avec une capacité d'évaluer, d'agir et d'avoir un rapport avec une autorité régulatrice efficace. Cela peut fonctionner, cela fonctionne ailleurs. Il n'y a que chez nous qu'il y a ce doute et cette suspicion sur les capacités des acteurs à évaluer.

ADMR.- Pour revenir sur le sujet d'aujourd'hui sur l'APA, nous constatons dans notre réseau qui est présent sur l'ensemble du département qu'effectivement le nombre de dossiers APA augmente mais que le volume d'heures reste équivalent. Cela signifie qu'il y a plus d'utilisateurs qui bénéficient de l'APA, mais que l'enveloppe globale ne bouge pas. Cela rejoint ce qu'on dit tous mes collègues tout à l'heure.

Nous sommes présents du Dunkerquois au Cambrésis, nous constatons que nous avons des traitements différents dans l'évaluation de l'APA. Sur des situations identiques, on aura pour certains bénéficiaires des heures de gestes au corps et des heures de ménage et, *a contrario*, sur d'autres

dossiers, on n'aura que des heures de ménage ou que des heures de gestes au corps. Il n'y a pas d'uniformité par rapport à ce sujet.

Par ailleurs, nous avons parfois des plans d'aide qui sont très généreux et les bénéficiaires ne souhaitent pas prendre toutes ces heures. On a par exemple des cas avec des gestes au corps le soir, des aides au coucher – on enfle la chemise de nuit, on aide à la toilette –, mais le bénéficiaire lui n'en est pas encore à ce stade de la dépendance. L'évaluateur nous dit qu'il préfère prévenir parce qu'à un moment donné, il y aura forcément une dégradation de l'état de la personne. Certes, mais c'est un peu dommage parce que cela mobilise du temps inutilement qui pourrait être donné à une autre personne.

Il y a un manque de souplesse et d'ajustement des plans. C'est peut-être là aussi que la solution se trouve, dans le fait de nous faire confiance.

Par exemple, si un usager revient à son domicile après avoir été hospitalisé, il est diminué et il a besoin que nous soyons plus présents, mais cela va durer 15 jours ou trois semaines. Il serait bien de nous laisser la possibilité de faire un peu plus d'heures, de dépasser un peu le cadre du plan qui est normalement donné, puis de revenir à une normalité.

Il y a également des mouvements de vie. À un moment donné, des aidants arrivent dans la famille, la personne aidée n'a pas envie qu'on intervienne plus parce qu'elle a de l'aide. Laissez-nous de la flexibilité, de la souplesse.

On a souvent demandé par exemple que les plans soient annualisés. Aujourd'hui, on est sur des plans mensuels et c'est un peu dommage parce que la vie est faite aussi d'incidents, de mouvements qui font que, à un moment donné, la personne aidée aura besoin de plus d'attention sur une période courte.

Il y a un autre critère qui n'est pas pris en compte, c'est peut-être plus vrai pour mon réseau. À l'origine, l'ADMR est très implantée en milieu rural. On n'est absolument pas sur les grosses villes comme Lille, on est en milieu rural ou périurbain. Cela a des conséquences aussi parce que les kilomètres effectués ne sont pas les mêmes, le besoin d'aller faire les courses n'est pas le même. En ville, il y a des supérettes juste à côté ; chez nous, il faut prendre la voiture et se rendre au supermarché. Or, ce n'est pas pris en compte non plus au niveau de l'APA dans l'environnement. Il y a peut-être aussi un travail à faire de ce point de vue.

Mme LETARD.- Message reçu.

M. CATHELAIN.- La compensation au titre de l'avenant 43 sera délibérée lundi ou mardi prochain. Je presserai la paierie départementale pour que cela aille un peu plus vite.

Intervenante.- Savez-vous si ce sera un paiement au mois, au trimestre ou à l'année ?

Mme LETARD.- Nous n'avons pas les éléments, c'est la vice-présidente qui va gérer cet aspect, mais nous pouvons lui demander de préciser lors de la séance plénière les modalités selon lesquelles seront délivrés les montants correspondant à l'avenant 43. On peut éventuellement, sur un ou deux aspects de précision que vous attendez, demander à la vice-présidente d'éclairer votre lanterne au travers de son expression en séance plénière des 21 et 22 mars.

Intervenante.- Si nous devons attendre chaque fin de trimestre, ce sera compliqué à chaque fin de trimestre.

Mme LETARD.- On lui fera savoir que vous attendez ces éléments de précision dans sa présentation de l'enveloppe et de la délibération budgétaire.

Mme GLOWACKI.- Je pense qu'il y a des modalités calendaires, mais également des modalités de montant. Aujourd'hui, nous sommes assez peu rassurés sur la volonté du Département et sans doute sa capacité à financer l'avenant 43 à hauteur de sa totalité. Aujourd'hui, qu'en est-il ?

M. CATHELAIN.- Dans l'avenant 43, une partie est financée par l'État et une autre par le Département. L'État prendra sa part et nous prendrons la nôtre. Le président s'y est engagé.

Mme GLOWACKI.- Le président nous avait dit qu'il aurait une certaine forme d'exigence sur la quotité de l'État.

M. CATHELAIN.- C'est ce que je vous dis également. Tant que l'État tient ses engagements, nous tiendrons les nôtres. La quotité est de 50/50.

Mme LETARD.- C'est légitime de la part du président du Département d'éviter que, à chaque fois, l'État fasse défaut et qu'on se retrouve à se substituer. Nous sommes tout de même sur un jeu à somme nulle. Le budget du Département ne sera pas plus gros demain et, si nous nous retrouvons avec un abandon de contribution de l'État, cela impactera d'autres politiques départementales qui sont tout aussi essentielles. Nous avons donc intérêt également à mettre une certaine forme de pression en direction des services de l'État et évidemment du ministère en charge.

J'attire votre attention tout de même sur le fait que, à aucun moment, les représentants du Département n'ont été mis autour de la table dans les négociations sur l'avenant 43. On n'a trouvé l'adresse des Départements que pour leur dire qu'ils auraient à contribuer.

Mme GLOWACKI.- Nous sommes complètement d'accord mais, aujourd'hui, est-ce que le Département a suffisamment de garanties sur la contribution de l'État ? Est-ce que les associations vont recevoir les 50 % du Département et rester en attente de la position de l'État ?

Mme LETARD.- Je pense que le Département s'est engagé sur une contribution et il honorera sa contribution.

Intervenante.- Au-delà de la répartition 50/50 entre l'État et le Département, l'enjeu est aussi de couvrir la totalité des dépenses liées à l'avenant 43. C'est ce dont Madame GLOWACKI veut parler et on a compris que c'était 50/50. Sur d'autres revalorisations salariales comme l'accord-cadre ou le Ségur, la totalité des coûts engendrés par les revalorisations salariales n'ont pas forcément été couverts en totalité dès le début. L'enjeu aujourd'hui est que, au vu des difficultés financières et de trésorerie de nos associations, il faut que l'entièreté des coûts soit couverte.

UNA.- Je corrobore ce qui vient d'être dit. Je peux d'ores et déjà vous dire que les 16 M€ qui ont été délibérés le 21 mars 2021 et qui seront débattus lundi lors de votre vote du budget ne couvriront pas la totalité des surcoûts. Nous aurons donc un problème sur le terrain.

URIOPSS.- Nous avons déjà d'énormes difficultés pour recruter, des SAAD n'acceptent plus de plan d'aide et arrêtent de se développer parce qu'ils n'arrivent plus du tout à recruter. Si on commence à avoir une « concurrence » entre les secteurs pour des raisons salariales...

Nous avons obtenu de Brigitte BOURGUIGNON un accord de principe sur la revalorisation salariale dans les services publics également et nous aurons aussi à échanger sur ce sujet avec le Département. Nous n'avons aucune idée des moyens de financement. Tout le monde est ravi de pouvoir annoncer une augmentation des salaires, mais il nous manque le mode d'emploi. On sera amené à échanger avec Madame SEELS.

Mme LETARD.- Je vous le disais tout à l'heure, nous sommes à la croisée des chemins. On voit bien que nous sommes tributaires de savoir comment le gouvernement va gérer cela au lendemain des élections. Une partie du sujet est abordée et est plus ou moins circonvenue, même s'il reste sa mise en œuvre, mais on voit bien qu'il y a un reste. Il faut savoir comment il se met en place. J'avoue que je suis incapable de vous dire quoi que ce soit. C'est devant nous, mais dans quel contexte, dans quelles conditions, avec quelle feuille de route de l'État qui, après, fera l'objet d'une discussion avec l'association des départements de France ? C'est une négociation globale qui va se faire au travers des instances qui représentent aussi les départements dans ce cadre. Nous sommes loin d'avoir épuisé le sujet.

C'est peut-être quelque chose que l'on pourra aussi conclure de notre rapport, on pourra refaire des points d'étape et il sera peut-être utile que l'on puisse avoir des échanges de cette nature dans toute cette phase d'adaptation et d'évolution des politiques en direction de la prise en charge de la perte d'autonomie. On voit bien que l'on est sur quelque chose de très mouvant qui n'a pas fini de s'ajuster.

Là, on règle tout ce qu'on peut régler maintenant. De façon extrêmement pragmatique, il y a des points sur lesquels on peut essayer de faire passer plein de messages, il y a des progrès encore à accomplir et on va le faire petit à petit, mais on voit bien qu'il y aura une deuxième salve de mesures importantes qui s'ajusteront au fur et à mesure qu'on aura les données du problème.

Intervenante.- Au-delà des modalités d'octroi des dotations qui vont couvrir l'avenant 43, il y a aussi les modalités de remontée d'informations et de contrôle. Selon les dernières informations que l'on a obtenues, les structures devront remonter leurs informations par le biais de tableaux trimestriels. Sauf pour des grandes associations qui comportent 1 000 ETP sur l'aide à domicile, l'organisme qui est en charge de remonter ses informations met trois semaines, cela voudrait dire qu'il doit passer trois semaines tous les trois mois à remplir tous les tableaux qui serviront d'enquête et de contrôle pour le Département.

Il faudrait donc prendre en compte ces modalités de remontée d'informations et de contrôle.

Mme LETARD.- Il faudrait que vous nous l'écriviez parce que c'est très technique et que vous nous explicitiez comment vous voyez la solution.

Qui veut prendre la parole et s'exprimer en complément de ce qui a déjà été extrêmement nourri et riche ?

UNA.- Je voulais parler de l'APA d'urgence qui fait l'objet d'une thématique dédiée.

Je pense qu'il est important de revenir sur l'APA d'urgence. Cela concerne des personnes qui sortent de l'hôpital et qui n'ont pas de solution pour retourner à domicile. Là, le rôle des services d'aide à domicile est extrêmement important, il n'y a pas énormément d'alternatives, sauf un aidant familial. En réalité, on est sur une urgence de sortie d'hospitalisation et l'APA d'urgence était jusqu'à présent délivrée sans étude du dossier.

Nous avons reçu fin décembre aux alentours de Noël un petit mail qui nous a mis de très bonne humeur, qui ciblait Roubaix, Tourcoing et Cambrai, annonçant que, pour aller plus vite dans la prise en charge de ces APA d'urgence, il était demandé de constituer l'intégralité d'un dossier. Cela n'a pas manqué de nous faire réagir et de nous faire penser que, suite à la production d'un dossier, cela irait sûrement plus vite. Le dossier n'est pas monstrueux, il faut la carte d'identité, le RIB et, surtout, l'avis d'imposition. Il nous est annoncé que, pour que cela aille vite, on fixe le ticket modérateur à 90 % de son montant initial – si tant est qu'il y en avait un – dans l'attente d'avoir cet avis d'imposition pour une régularisation *a posteriori*.

Là, on est en train d'enterrer complètement l'APA d'urgence. En effet, quand on va dire aux personnes qui sont en sortie d'hospitalisation qu'il faut payer tout de suite et qu'on régularisera après, cela va faire un peu de dégâts.

Je ne vous garantis pas de maîtriser cette thématique à 100 % parce qu'elle n'a pas été concertée, on n'en a échangé dans aucune réunion, les têtes de réseau n'en sont d'ailleurs pas informées, ce sont les SAAD qui interviennent sur ces territoires qui ont eu l'information et cela nous interpelle.

J'espère m'être trompée sur l'interprétation de ce mail et que nous aurons l'occasion d'en échanger en comité.

Mme LETARD.- Vous n'avez jamais eu de justification de cette décision territorialisée ?

UNA.- Non. Encore aurait-il fallu que j'aie l'information officiellement. L'ADARE (?) et l'ADMR ont dû également recevoir le mail en tant que directeur de structure.

UDCCAS.- Pour nous, c'est la même chose. On regrette le manque total de concertation. L'APA d'urgence existe pour tout le monde mais il y a une zone expérimentale qui s'est mise en place sur Lille-Roubaix-Tourcoing et la zone de Cambrai pour expérimenter une nouvelle forme d'APA d'urgence, surtout en sortie d'hospitalisation.

La mise en œuvre et les réflexions autour de cela n'ont pas vraiment été concertées. Nous sommes vraiment dans l'attente d'un retour d'expérience et d'un retour d'évaluation de toute cette APA d'urgence parce que, pour l'instant, les retours qu'on nous en fait sont concrètement assez négatifs.

Mme LETARD.- On vous redemande une masse d'informations d'ordre administratif qui vont ralentir le processus. C'est cela ?

UNA.- Oui et il y a surtout le reste à charge qui est à avancer. Par ailleurs, beaucoup de questions techniques vont se poser. J'imagine que le service d'aide à domicile va facturer, être payé et, après, si le Département régularise dans un second temps, il va reverser aux bénéficiaires mais encore faut-il que le service d'aide à domicile soit payé. On risque que le service ne soit pas payé dans le cas où on facture à des personnes qui n'ont pas de ticket modérateur, qui ont un revenu de 820 € mensuel, des personnes qui n'ont pas le loisir de s'offrir une superbe sortie d'hospitalisation. Derrière, avec la régularisation *a posteriori*, cela va générer des impayés, avec probablement un remboursement du bénéficiaire sur la base de quelque chose qu'il n'a pas payé.

Ce n'est qu'une interprétation mais, comme nous n'avons pas eu de temps de concertation, ces questions n'ont pas été posées, n'ont pas été débattues et je ne connais pas l'intégralité du processus tel qu'il a été envisagé.

SYNERPA.- Nous confirmons que l'expérimentation menée sur Roubaix-Tourcoing et sur Cambrai n'est pas du tout adaptée à la logique de parcours, d'une sortie d'hospitalisation rapide. Comme mes confrères l'ont dit, nous n'avons pas été concertés alors que cela nous concerne, cela ne peut donc pas marcher.

Mme LETARD.- A mon humble niveau, je vais conseiller à notre collègue de prendre l'attache des représentants. C'est un processus expérimental. Il est donc peut être utile d'avoir un petit comité de suivi opérationnel, avec une représentation en format restreint. En tout cas, nous allons alerter nos collègues sur l'interrogation par rapport aux motivations des choix qui sont faits, il y a certainement des justifications très claires. En tout cas, il pourrait être utile d'avoir un comité de suivi opérationnel de l'expérimentation, cela permettrait d'avoir un échange, un aller-retour permanent sur la façon d'appréhender cette expérimentation.

Mme GLOWACKI.- De manière un peu taquine, je dirai que cela permettrait de mettre au travail nos présupposés. Vous avez évoqué le présupposé du conflit d'intérêts...

Mme LETARD.- Je pense que cela prendra l'entièreté du sujet. À travers l'APA d'urgence, on peut aussi avoir un comité de suivi opérationnel, cela permettrait d'évoquer tous ces points de façon globale avec des regards croisés. Il y a certainement motivations et justifications à beaucoup de choses, mais, si on ne vous le dit pas, vous ne pouvez pas le deviner. À l'occasion de cette expérimentation, cela peut être le moyen d'avoir votre regard sur la façon dont on met tout cela en musique. En tout cas, on fera passer ce message.

ADMR.- Pour revenir sur la flexibilité par rapport au plan APA, on a évoqué les difficultés de recrutement, elles sont réelles. Malheureusement, l'avenant 43 n'a rien changé et, aujourd'hui, on est sur une crise de vocations. On peut parfois « se piquer » les salariés les uns aux autres, des salariés qui pensent que l'herbe est plus verte ailleurs, mais on ne crée pas de nouveaux emplois, loin de là, et nous avons aussi une désaffection. Certains salariés jettent l'éponge parce qu'aujourd'hui, nous avons beaucoup de demandes que nous-mêmes n'arrivons pas à honorer, il y a donc des dossiers en attente.

Pour répondre à la question de Madame, vous avez tout à fait raison sur la posture entre juge et partie, sur le fait que les SAAD puissent être évaluateurs, je suis d'accord avec vous. Néanmoins, aujourd'hui, on n'a même pas ce luxe parce qu'on « bidouille » pour essayer de satisfaire tout le monde, pour faire en sorte que la petite mamie qui n'a personne puisse être couchée correctement et, en même temps, que la personne qui a un handicap et qui a des aidants qui ne sont pas en mesure de lui apporter du soutien ne soit pas non plus délaissée. Et je ne vous parle pas du week-end où c'est juste une catastrophe.

Nous sommes vraiment très tendus en termes de personnel toutes structures confondues. Or, aujourd'hui, cette flexibilité sur l'ajustement des plans APA peut être une solution, c'est-à-dire le fait de nous laisser le soin à nous prestataires d'ajuster. Pour une personne qui a un plan annuel, on a une enveloppe à consommer et on le fait en fonction de ses besoins, on n'est pas dans une logique de vendre du service, de faire du chiffre d'affaires ; on a des contraintes, il faut être à l'équilibre budgétaire et les associations s'y tiennent.

C'est vrai qu'il y a aussi une espèce d'image d'Epinal de l'association qui ne sait pas gérer son budget. Je vous invite à nous rendre visite sur place puisque tout est déployé, on utilise les mêmes outils que les entreprises pour être justement sur des budgets équilibrés. Il est important aussi que cette image d'Epinal disparaisse puisque c'est assez désagréable de s'entendre dire : « vous êtes association, vous êtes des paniers percés », c'est le ressenti que l'on a régulièrement.

Il y a un aspect qu'on oublie dans tout cela et nous avons à cœur de le redire, c'est que finalement, dans tout ce système aujourd'hui, l'usager arrive en bout de chaîne. Il subit la possibilité ou pas de recourir à un service d'aide à domicile, alors que c'est déjà une vraie difficulté pour lui.

De plus, dans l'évaluation, on n'en a pas parlé mais il manque certains aspects. Certaines personnes sont dans le déni, affirment savoir faire, ne pas être malade et ne pas avoir besoin d'aide alors qu'elles en ont finalement réellement besoin. Les évaluateurs ne le perçoivent pas forcément parce qu'ils viennent une fois, ils ne sont pas au quotidien avec la personne. Vous avez des personnes qui sont dans le déni de la maladie, des personnes qui ont des troubles cognitifs et qui vont jouer le jeu pendant une heure, mais qui sont complètement perdues aussitôt l'évaluateur sorti de chez elles. Ce sont des personnes que l'on ne peut pas laisser seules.

Mme LETARD.- Sur la flexibilité, il serait important que vous précisiez votre pensée dans une contribution, sur les ressources humaines et sur la partie professionnalisation, sur toute la partie correspondant aux salariés, à la formation des salariés. Très honnêtement, ce que vous dites sur la flexibilité est intéressant, il faut que vous l'explicitiez collectivement et qu'il faut que l'on regarde comment on peut l'appréhender.

Après, sur le sujet qui nous interpelle tous et qui nous interroge sur la façon d'évaluer et de trouver une équation qui pourrait être acceptable par tout le monde sur l'objectivité, remontez-nous tout ce qui peut être susceptible de nourrir notre réflexion, en sachant que cela ne peut pas être tout l'un ou l'autre, il faut quelque chose qui garde une objectivité, qui soit satisfaisant pour chacun. On peut entendre ce que tu disais, Céline, mais, en même temps, quand on vous écoute, Madame, cela montre bien qu'un évaluateur fait une photographie à l'instant t et n'a pas un regard au quotidien.

Ce sont des sujets extrêmement compliqués. On entend vos contributions. Ce que vous nous dites est déjà extrêmement complet et riche, mais plus vous allez approfondir et mieux ce sera pour nous.

SYNERPA.- Pour compléter sur la notion de confiance des acteurs, je vous invite à regarder ce qui se fait à l'étranger, notamment aux Pays-Bas. Une étude Ernst et Young a montré que, quand on fait confiance aux acteurs de terrain, cela fait économiser 30 %. On pourrait penser à l'inverse qu'en leur faisant confiance, cela va exposer, mais c'est tout le contraire qui se passe dans la réalité. Il y a des études précises sur le sujet.

M. CATHELAIN.- Il faudra nous transmettre ces éléments.

Vous parlez de la qualité de vie au travail qui est quelque chose de très important et vous dites qu'il est très difficile de recruter. Il y a un bon indicateur, c'est le taux d'absentéisme. À combien il s'élève aujourd'hui dans vos structures ?

Intervenant.- 40 % sur certains territoires avec la crise Covid.

ADMR.- Chez nous, la moyenne est de 20 %.

Mme LETARD.- Plus le métier est difficile, plus vous êtes en effectif réduit ou en pression professionnelle, plus il y a un épuisement professionnel, plus il y a de l'absentéisme, et c'est la même chose en établissement.

ADMR.- Il y a aussi quelque chose qu'il faut avoir en tête : quand vous demandez à une intervenante de donner le repas, de faire la toilette et de coucher la personne en une demi-heure, c'est humainement impossible, même pour l'usager.

Mme LETARD.- C'est à la limite de la bienveillance. Après, il ne faut pas s'étonner du résultat des courses. On sait bien qu'il faut optimiser notre capacité à apporter un soin, une aide, mais cela en fait aussi partie et cela demande des échanges.

On ne peut jeter la pierre à personne sur ce sujet tellement c'est une équation complexe, mais, en tout cas, je suis convaincue que, quand on va trop loin, cela entraîne de l'absentéisme et l'absentéisme crée des situations extrêmement difficiles pour le bénéficiaire. Tout le monde se retrouve en fragilité et l'attractivité du métier est d'autant plus compliquée.

M. CATHELAIN.- Que faudrait-il selon vous pour faire que la qualité de vie au travail s'améliore ?

Les prestations d'une demi-heure dont vous parlez posent question. Je sais que des usagers demandent ces prestations d'une demi-heure, cela rassure les enfants qui savent qu'il y a plusieurs passages dans la maison dans la journée, mais vous dites vous-même qu'une demi-heure pour certaines prestations, c'est impossible.

ADMR.- A trop vouloir modéliser, on en vient à dénaturer finalement le principe même de l'APA.

Mme LETARD.- D'où la flexibilité que vous évoquiez.

ADMR.- Exactement. Une personne qui a un aidant n'est pas du tout dans le même besoin qu'une personne qui n'en a pas. Vous pouvez aussi avoir un aidant qui s'épuise. Vous ne pouvez pas demander à une personne âgée de 80 ans d'aider tous les soirs son conjoint à se mettre en pyjama, de le porter, de le coucher, parce que ce sont deux personnes que vous aurez et non plus une. Malheureusement, cela n'entre pas en ligne de compte dans cette évaluation. Or, ce sont des choses que nous voyons au quotidien et c'est en cela qu'il y a ce manque de flexibilité.

Cela dit, on ne va pas se mentir, il y a des contraintes financières, des notions de budget, on le sait et on en revient toujours au même. C'est pourquoi il faut peut-être repartir sur ce qu'est l'APA, ce qu'elle apporte, ce que l'on recherche derrière cela et ce que l'on peut y mettre.

Je voudrais aussi rebondir sur un autre sujet, on s'éloigne un peu du sujet, mais cela apparaît dans toutes nos conventions avec le Département. On nous parle systématiquement des allocataires du RSA. On a un peu l'impression que, pour le Département, ce sont des vases communicants, il y a un budget très important pour le RSA, il y a beaucoup d'allocataires et on nous dit : « vous cherchez du personnel, prenez des allocataires du RSA ». Il ne faut pas oublier que les allocataires du RSA sont des personnes en rupture de parcours de vie professionnelle, parfois en rupture de parcours de vie. Nous demander à nous, qui travaillons déjà dans l'humain sur des situations compliquées, de faire en plus de l'accompagnement, c'est mission impossible. Nous avons essayé, nous en avons discuté, nous n'y arrivons pas, nous n'avons pas les moyens. Il est compliqué de faire en sorte qu'une personne sans emploi depuis plusieurs années se lève le matin pour être à 7 heures chez une personne qui vous attend pour se lever, pour pouvoir aller aux toilettes et prendre son café. Aujourd'hui, nous n'avons pas les moyens d'accompagner ce type de public.

Le problème est qu'une forte pression nous est mise sur ces sujets.

Mme LETARD.- Pour trouver une réflexion intermédiaire sur ce que vous dites, je suis complètement convaincue qu'on ne peut pas trouver une solution à tous les bénéficiaires du RSA dans ce domaine. Pour autant, quand on parle de bénéficiaires de RSA, vous pouvez avoir un étudiant surdiplômé qui n'a pas encore trouvé son emploi, qui ne trouve pas sa vocation, qui peut avoir le RSA pendant un temps donné, certains sont dans un moment de leur parcours de vie...

(coupure son)

... Un tiers relève plutôt de structures de l'économie solidaire et un tiers a besoin d'un accompagnement social avant de pouvoir évoluer et retrouver une autonomie professionnelle ou sociale.

La lecture du RSA n'est pas une lecture unique. Derrière le vocable RSA, il y a tous types de public. Certains bénéficiaires du RSA peuvent être tout à fait en situation d'entrer dans un parcours d'insertion professionnelle dans vos secteurs, mais pas tous les bénéficiaires du RSA et ce n'est pas massif. J'en suis convaincue et vous avez raison de le signaler.

ADMR.- Cela se discute un peu quand même. On ne s'improvise pas aide à domicile, c'est tout de même un sacré travail d'être auxiliaire de vie, cela ne consiste pas juste à emmener la petite mamie faire ses courses.

Mme LETARD.- Ne vous méprenez pas quand je vous dis cela. Je veux dire que des personnes ont des niveaux d'enseignement général et de qualification et sont à un moment de leur parcours de vie qui fait qu'elles ne sont pas en situation de rupture sociale. Derrière le vocable de bénéficiaires du RSA, vous avez des publics extrêmement divers. Certains, dans le cadre d'un parcours de formation ou de mutation professionnelle, étaient dans un métier, veulent aller vers un autre métier et, avec une formation, peuvent ensuite verser vers des métiers tels que les vôtres après avoir été formés.

J'entends dans ce que vous dites que ce n'est pas un travail qui se fait sans qualification et que l'on peut donner à tout le monde. Pour autant, je pense qu'une partie de ces publics dans le cadre d'un parcours professionnel pourraient très bien le faire. En revanche, j'entends ce que vous dites, cela ne peut pas reposer sur un apprentissage ou un encadrement qui pourrait être fait par des professionnels qui sont déjà surchargés.

ADMR.- En tout cas pas seulement.

Je ne suis pas certaine que, si j'avais été à un moment donné dans un cadre de recherche d'emploi infructueuse, j'aurais eu le courage et la vocation d'aller au domicile d'une personne âgée, de la lever, de lui faire sa toilette. C'est ce que j'essaie de vous dire, c'est un métier vraiment difficile et c'est un métier de vocation.

Mme LETARD.- Parmi ces personnes, il peut y avoir des gens intéressés.

ADMR.- Nous avons effectivement eu quelques cas, de très belles réussites d'accompagnement avec des personnes qui ont trouvé leur voie, mais c'est une minorité par rapport aux besoins. Est-ce que tout l'effort que cela nécessite le justifie ?

M. CATHELAIN.- Dans les allocataires du RSA, il y a une diversité de situations, des gens qui sont très éloignés de l'emploi, des gens ne retrouveront peut-être pas de travail parce que, intellectuellement et socialement, il y a trop de freins et ce sera trop compliqué pour eux de retrouver un emploi, cela demande un gros accompagnement. Pour d'autres, il y a à un moment donné un échec personnel ou professionnel et ils souhaitent parfois se réorienter.

Nous sommes en charge du RSA. Cela nous éloigne un peu du sujet mais nous étions au salon de l'agriculture il y a deux semaines et nous disions aux agriculteurs, un secteur qui cherche aussi du personnel, que nous avons des allocataires du RSA et que nous pouvions les aider à trouver du personnel. Ils ont dit la même chose : « il nous faut des gens qui se lèvent le matin, etc. »

Certes, ce n'est pas vous employeurs qui allez faire l'accompagnement social.

Mme LETARD.- On mesure la difficulté. Cela ne peut pas être la panacée et ce n'est pas une solution, mais cela peut être dans un parcours.

Intervenant.- On le fait déjà. Dans la plupart des structures, les taux de salariés qui sont éligibles ou allocataires approchent les 10 %. On sait que cela ne convient pas à tout le monde, mais on le fait déjà. Ce n'est pas une posture d'opposition.

Mme LETARD.- On a dépassé le temps et nos derniers intervenants attendent.

Je vous laisse la parole pour un mot de conclusion.

Intervenante.- Ce n'est pas un mot de conclusion. Sur l'évaluation des plans d'aide, nous allons également contribuer par écrit.

Cela dit, on a très peu parlé des aidants, ils ne sont absolument pas pris en compte dans la dimension APA. L'environnement de la personne, l'aidant, ses droits à lui aussi vis-à-vis de l'accueil de jour, un peu de répit pour partir en vacances, des choses pour le soulager, l'adaptation du logement, etc., tout cela est très peu pris en compte. En termes d'évaluation au domicile de la personne sur l'APA, il y a énormément de choses que l'on pourrait remodeler de manière très simple, sans passer 15 heures là-dessus, des choses très techniques et très pragmatiques peuvent être mises en place très facilement.

Mme LETARD.- On compte sur vous

Intervenant.- Je voudrais récapituler les points sur lesquels on était tous d'accord : favoriser le maintien à domicile à tout prix, permettre l'évaluation des situations par les SAAD, décomplexifier les plans d'aide et avoir une institution à notre service – on a besoin de travailler avec vous.

Mme LETARD.- Un dernier mot ?

UNA.- Sur le sujet hors sujet du RSA, au-delà du débat de savoir s'ils sont bien ou non, le volume n'est pas là. J'ai rencontré cette semaine le président d'une agence d'intérim roumaine qui va nous apporter des salariés roumains, polonais et ukrainiens.

FEPEM.- On y a travaillé avec tout le monde, prestataires, mandataires. Indéniablement, le choix des personnes et les modalités de déclinaison de l'aide à domicile sont différents. Aujourd'hui, il y a une complémentarité des modes et on pourrait regretter que les modes ne soient pas travaillés par spécificité au risque que, potentiellement, l'entrée dans l'APA revienne à dire que l'on ne peut pas être particulier employeur dans le cadre de la prestation sociale. Il n'y a pas de comparaison à faire et on peut aborder les dispositifs de façon spécifique.

Mme LETARD.- Merci pour cette réaffirmation de fin de séance, qu'on avait bien entendue, Madame, ne vous inquiétez pas. On a bien compris qu'il y avait une grande diversité représentée ici autour de la table, c'est ce qui fait sa richesse et on doit effectivement bien l'entendre.

Un grand merci pour cet échange très nourri qui a balayé très large. En même temps, nous avons bien compris que vous étiez venus aujourd'hui nous rappeler un certain nombre de choses. C'est pourquoi nous ne nous sommes pas focalisés sur un sujet. Je vous répète que nous attendons bien que vous précisiez tous les points, il y a des points de détails extrêmement précis mais qui ont tous leur motivation. Ce n'était peut-être pas l'objet ici de les décliner techniquement, nous l'avons bien compris. En tout cas, nous avons bien entendu et enregistré tout ce que vous aviez à nous dire. Nous le ferons passer en information à qui de droit.

Je ne sais pas si nous aurons l'occasion d'ici la fin du parcours avec mes collègues de vous resolliciter si c'est nécessaire ; je pense que oui et que c'est déjà plus ou moins formalisé dans le calendrier, même si le calendrier a dérapé.

Nous sommes au point de départ, nous découvrons le paysage vu par ses acteurs. Nous aurons l'occasion de vous solliciter sur ce que nous avons retenu de l'ensemble des auditions et de tester auprès de vous la façon dont nous souhaiterions orienter notre rapport et les quelques recommandations, pour nous assurer qu'elles sont bien conformes à ce que vous aurez présenté.

Rendez-vous d'ici quelques semaines. Nous vous souhaitons bon courage. Encore une fois, merci pour le temps que vous nous avez consacré, c'était particulièrement éclairant pour chacun et chacune d'entre nous.

À bientôt.

(Départ des représentants de l'UNA, de l'UDCCAS, de la FEDESAP, du SYNERPA, de la FEPEM, de l'ADMR et de l'URIOPSS)

❖ **Audition des représentants de la CARSAT et de la MSA**

(Entrée des représentants de la CARSAT et de la MSA)

Mme LETARD.- Mesdames, nous sommes vraiment très heureux de vous recevoir ce midi.

Je pense que vous avez eu un petit questionnaire guide pour essayer de poser le propos liminaire que vous allez nous délivrer. Dans l'exercice d'évaluation de la mise en œuvre de l'APA par le Département, il faut se resituer dans un environnement dans lequel vous êtes évidemment des partenaires et des acteurs essentiels. Ce stade de notre travail est véritablement le stade du tour de piste des acteurs majeurs avec lesquels le Département a vocation à travailler au bénéfice des usagers et des bénéficiaires de l'APA et de la prise en compte de la perte d'autonomie. Vous avez beaucoup de choses à nous dire et nous avons beaucoup de choses à construire encore ensemble, nous en sommes convaincus. C'est à ce titre que nous souhaitons vous entendre.

Je pense que beaucoup de sujets sont couchés sur les papiers qui vous ont été adressés, également des sujets que nous avons entendus au travers de différents échanges et d'analyses sur lesquelles nous pourrions revenir ensuite. Par exemple, comment améliorer la communication en amont de la perte d'autonomie et de la demande de l'APA, ne serait-ce qu'une information des retraités et des futurs bénéficiaires de l'APA ? En effet, il nous a été dit par exemple à travers une étude faite par la direction de la communication du Département que beaucoup de gens qui viennent demander l'APA ou leur famille découvrent l'existence de l'APA quand ils sont en situation d'interrogation par rapport à ce qu'ils vont faire avec leur parent âgé ou eux-mêmes en étant dans une situation de dépendance. Nous avons peut-être des outils de communication et d'information à partager pour agir en amont de cette situation et mieux communiquer sur le paysage qui s'offre aux familles et aux usagers pour aborder tout cela. C'est un exemple parmi d'autres.

En tout cas, on voit que nous avons encore beaucoup de choses à construire et à approfondir ensemble. Des choses existent d'ores et déjà et depuis longtemps, mais cela évolue beaucoup et je pense que cela va encore beaucoup bouger.

Nous sommes très curieux d'entendre ce que vous avez à nous dire de votre perception de l'APA, de sa mise en œuvre et de nos articulations et tout ce que vous pourriez évoquer avec nous comme étant des voies de travail communes par la suite.

Vous nous connaissez tous plus ou moins, mais je propose que l'on fasse rapidement un tour de table.

(Tour de table)

CARSAT.- Je suis responsable du service ingénierie sociale au sein de la CARSAT. Je n'étais pas forcément la personne la plus à même de venir exposer le sujet de l'APA de par ma fonction qui est plutôt sur les actions de prévention et sur toute l'ingénierie sociale qu'on développe dans le cadre de la prévention de la perte d'autonomie, mais la personne au niveau du Département qui gère notamment les prestations Pac (?) et Oscar est aujourd'hui absente et, de ce fait, nous avons dû faire une réorganisation de dernière minute.

J'essaierai de vous apporter le maximum d'éléments, d'être la plus concrète et probante sur ce que j'exposerai et d'essayer d'être constructive pour vous apporter des éléments qui permettront de mener à bien cette évaluation.

En propos liminaire, voulez-vous que je rappelle ce que sont nos enjeux et notre rôle ?

Mme LETARD.- Pour notre travail et en tout cas pour ceux qui vont se charger de la partie la plus rébarbative, la plus lourde du sujet, c'est-à-dire tenir la plume et prendre le plus finement possible la tâche de répercuter les choses que vous avez à nous dire, nous demandons que le questionnaire qui vous a été donné puisse faire l'objet d'un retour écrit de votre part, peut-être sur des points plus techniques. Cela dit, vu la diversité des profils qui sont ici présents, vous pouvez refaire un paysage synthétique de la CARSAT, de son rôle et de l'articulation qu'il y a à faire avec l'action du Département au sujet de l'APA. On le voit bien sur la prévention et l'articulation, entre le moment où le Département entre en ligne de compte et le moment où vous agissez, on a à se passer le témoin et à anticiper certaines choses sur quelques sujets.

Vous pouvez planter le décor : qu'est-ce que la CARSAT ? Que fait-on ensemble et qu'a-t-on vocation demain à améliorer ensemble ?

MSA.- Je suis responsable des travailleurs sociaux à la MSA Nord - Pas de Calais.

Nous travaillons en inter-régimes depuis de longue date, notamment sur la prévention de la perte d'autonomie pour la MSA auprès des assurés agricoles. La spécificité, ce sont les territoires ruraux, avec des problématiques spécifiques d'isolement, de mobilité, avec quelquefois moins de services.

CARSAT.- A la différence de la MSA, la CARSAT est vraiment un organisme de paiement des retraites. Nous sommes sur le public des retraités, là où la MSA aura un public plus diversifié. Notre organisme couvre cinq départements, c'est également notre spécificité par rapport à d'autres acteurs institutionnels, nous travaillons avec cinq départements différents, notamment sur cette articulation sur le sujet de l'APA. Nous sommes un acteur qui est sur la santé au travail et sur la prévention de la perte d'autonomie.

Nous avons un budget à hauteur de 35 M€ par an sur la question de la prévention de la perte d'autonomie, qui va être décomposé sur plusieurs axes : un axe sur l'information et le conseil autour de la prévention du bien vieillir, avec une dimension sur des financements d'actions de recherche pour déterminer tous les composants qui permettront d'éviter cette fragilité, cette perte d'autonomie et, du coup, de basculer au niveau de l'APA.

Nous avons aussi un champ sur tout ce qui est actions collectives en coordination avec la conférence des financeurs. Nous sommes membre du bloc 1 au niveau de la conférence des financeurs. Nous travaillons en étroite collaboration avec l'ensemble des Départements en tout cas sur ce champ des conférences et de l'habitat inclusif.

Nous avons également un champ autour du plan d'aide à domicile. Là, nous serons un peu plus complémentaires avec le champ de l'APA, avec des plans d'aide qui doivent couvrir les GIR 5 et 6, la population qui n'est pas reprise au niveau de l'APA. Nous sommes vraiment sur deux populations bien distinctes et bien complémentaires.

Enfin, nous avons toute une thématique autour de l'adaptation de l'habitat, qui est aussi un champ commun avec le Département puisqu'il y a le dispositif J'Aménage59 qui est aussi complémentaire à toutes les offres que nous pouvons mettre en place.

MSA.- Nous travaillons en complémentarité. Au niveau de la MSA, nous essayons d'intervenir le plus en amont possible, cela rejoint la prévention de la perte d'autonomie, notamment à partir d'indicateurs de fragilité, notamment la sortie d'hospitalisation qui est souvent la porte d'entrée, un facteur déclenchant. Il y a un travail avec les assistants sociaux d'hôpitaux, il y a une mise en place en inter-régimes d'une allocation de sortie d'hospitalisation rapide au moins pour trois mois et, ensuite, il y a l'évaluation sociale, l'évaluation multidimensionnelle avec le regard dans le temps du besoin au niveau de la vie quotidienne, mais également au niveau de l'habitat, au niveau de la prévention des chutes. Nous travaillons sur différents items.

Au niveau de la MSA, nous mettons en place des instances santé pour les jeunes retraités. Nous essayons d'intervenir à des moments charnières bien en amont pour informer sur les droits potentiels.

Parfois, les personnes ne sont pas prêtes, cela leur semble loin parce qu'elles sont en bonne santé et heureusement, mais nous essayons d'informer le plus en amont possible sur les droits puisque le moment du passage à la retraite peut être un moment charnière. Il y a aussi des interventions inter-régimes sur les territoires.

Nous travaillons avec différents partenaires : les centres sociaux, etc.

Pour le passage à l'APA, au niveau des caisses de retraite, nous intervenons pour les personnes GIRées – puisque la grille AGGIR est l'outil commun – en 5 et 6, en perte d'autonomie mais pas encore dépendantes. Un plan d'aide personnalisé, individualisé est mis en place et il arrive que, du fait de l'état de santé qui se dégrade, on donne l'information sur l'APA, on laisse le dossier au niveau des enfants ou par les CLIC.

CARSAT.- Toutes nos actions de prévention visent à limiter le nombre de bénéficiaires APA au maximum. Finalement, notre enjeu est le vieillissement en santé, dans de bonnes conditions, c'est d'éviter de tomber dans cette fragilité qui, derrière, aura beaucoup plus de mal à être réversible et qui, de ce fait, conduira à cette bascule de dispositifs. Cela étant, quand c'est inévitable, le but est que

cela s'accompagne de la meilleure manière possible avec le plus de fluidité possible, que les personnes soient informées, qu'il n'y ait surtout pas de rupture des droits. L'articulation entre les dispositifs, c'est cet enjeu de ne pas couper l'accompagnement qui est proposé au domicile des personnes. De ce fait, il s'agit de s'assurer que nous soyons sur des outils communs : la thématique sur la reconnaissance mutuelle des GIR et des évaluations, les outils d'information, le dossier unique, etc.

Il y a tous ces sujets, il est peut-être trop tôt pour en parler.

Mme LETARD.- Délivrez-nous comme vous le souhaitez, puisque cela fait partie des sujets, la coordination des interventions, la connaissance mutuelle des évaluations, la complémentarité entre nos interventions. Dites-nous comment vous vous articulez avec les publics bénéficiaires de l'APA, comment on passe d'une situation à l'autre et d'un opérateur à l'autre. Vous pouvez peut-être expliciter tout cela pour les élus qui essaieront de comprendre aussi comment se fait le passage de témoin avec la partie prévention, en tout cas le début ou l'avant perte d'autonomie réelle, comment tout cela s'achemine, comment se fait le tuilage et comment on peut peut-être aussi améliorer ce qu'on a construit ensemble. Vous pouvez expliciter un peu comment cela se passe concrètement sur ces aspects

CARSAT.- Le tuilage se fait au travers de nos équipes d'évaluation. Vous avez les EMS et nous avons les chargés d'évaluation et de prévention. Nous avons une structure commune en inter-régimes, mais ce n'est plus le cas. Une fois que ces chargés d'évaluation ont réalisé cette évaluation, le but est qu'ils puissent orienter vers le bon dispositif. Il ne s'agit pas juste de dire à une personne qu'elle ne relève pas de la CARSAT ou, à l'époque, de la MSA, mais de l'accompagner vers les démarches. Nous allons nous assurer que les aidants sont également en capacité de réaliser cette démarche ou vous orienter vers les CLIC ou d'autres acteurs de territoire qui sont bien connus par nos évaluateurs. Le but est de pouvoir orienter la personne dans cet écosystème qui n'est pas d'une grande simplicité et de s'assurer que, ensuite, il y aura bien une prise en charge par le service qui aura la gestion du dispositif suivant, c'est-à-dire le Département avec l'APA. C'est tout l'enjeu aujourd'hui pour nous.

Des échanges ont été réalisés entre les différentes équipes d'évaluation. J'ai eu mention de beaucoup de réunions sur le sujet. Un protocole a été réfléchi autour du dossier unique, pour s'assurer qu'il y ait la bonne orientation.

Il y a également le sujet du téléservice qui est un autre sujet qui vient complexifier mais qui, dans la finalité, aurait une vraie plus-value puisque cela permettrait vraiment de réaliser la démarche en une seule fois, que la personne ne soit pas obligée d'imprimer son dossier, de l'envoyer au bon interlocuteur avec un risque que ce dossier ne puisse pas aboutir dans le bon service.

Si finalement le dossier unique n'a pas permis d'orienter la personne vers le bon dispositif, il s'agit de s'assurer que, en filet de sécurité, l'évaluateur peut repérer et s'assurer que le bon dispositif est mobilisé, mais sans que la personne ait besoin de faire une deuxième évaluation. Nous avons ce principe de dire « dites-le une fois » ; c'est pareil, une fois que les personnes ont fait mention de leur besoin d'accompagnement en aide humaine ou technique, qu'ils soient évaluateurs au niveau du Département ou pour la CARSAT, cela n'a pas de causalité pour le retraité. Le but est que l'on puisse l'entendre, que l'on puisse mobiliser les bons dispositifs. Ce n'est pas à lui de se demander s'il a le bon interlocuteur en face de lui, il faut qu'il puisse se dire : « j'ai fait mention de mon besoin, aidez-moi ». Je pense que c'est là que notre enjeu se situe.

Mme LETARD.- Pour approfondir un peu les questions qui se posent à nous, vous avez déjà explicité comment s'organisent l'accueil, l'information, l'orientation des personnes âgées de votre point de vue et le lien avec les services du Département. Disposez-vous d'outils communs d'information, d'accueil, d'évaluation, de coordination avec le Département ? Si oui, qu'en pensez-vous ? Y a-t-il matière à optimiser ses outils ? Comment s'organise la reconnaissance mutuelle des évaluations entre caisses de retraite et Département et, là-aussi, qu'en pensez-vous et qu'y aurait-il à faire progresser ? Quelles articulations entretenez-vous avec les services d'aide à domicile pour la mise en place de vos prestations ?

Quel regard portez-vous sur l'APA dans le Nord et quels axes seraient le cas échéant à améliorer selon vous, en remettant en perspective tout le travail qui est fait sur une approche unique du dossier unique, tout ce que vous venez d'évoquer ? Comment aujourd'hui tous les outils tels qu'ils sont organisés permettent de traiter ces questions ? Qu'avez-vous à nous en dire aujourd'hui ? Comment cela se passe-t-il concrètement au niveau départemental et peut-être dans les territoires ? Comment cela se met-il en musique et comment cela va-t-il peut-être évoluer ?

MSA.- Nous avons travaillé sur le dossier unique ensemble. Je pense que c'est intéressant et vraiment positif pour les habitants, pour les partenaires d'avoir un seul document pour demander une aide autour du bien vieillir et, en fonction des questions, c'est orienté vers le Département ou vers les caisses de retraite. C'est un même outil partagé qui vient simplifier la lisibilité. Il peut y avoir des erreurs d'aiguillage. C'est encore un peu récent, il faut le faire vivre. C'est plutôt positif.

Au niveau d'autres outils communs, la grille AGGIR permet, que ce soit par la Direvp, les travailleurs sociaux MSA ou les équipes EMS, de mesurer la perte d'autonomie ou le degré de dépendance à partir du même outil qui est reconnu au niveau national. De ce fait, au niveau de la reconnaissance mutuelle des GIR, on est tous un peu sur la même ligne.

En revanche, aujourd'hui on n'est pas encore prêt au niveau de la reconnaissance des évaluations, c'est plus par rapport au plan d'aide. Une évaluation multidimensionnelle est faite mais il y a une question d'acculturation des uns et des autres. Chaque structure va proposer un plan d'aide et des financements en fonction de sa structure. Au niveau MSA, on va aborder par exemple le soutien aux aidants. Au niveau du Direvp ou de la MSA, la grille FRAGIRE qui permet aussi de mesurer le sentiment d'isolement par exemple, de repérer s'il y a du lien social, ce que la grille AGGIR ne permet pas. En fonction de l'évaluation des besoins, un plan d'aide personnalisé et individualisé est mis en place avec tant des actions individuelles que des orientations vers du collectif. Le but est de préserver le maintien à domicile des personnes le plus longtemps possible, dans leur environnement et leur habitat, avec mise en place d'actions collectives d'aménagement du logement, de faire en sorte aussi qu'elles ne soient pas isolées – on parle de la démarche Monalisa dans laquelle on est impliqué également – et qu'elles puissent encore sortir le plus longtemps possible de chez elles pour maintenir du lien social.

Mme LETARD.- Quel regard portez-vous sur l'APA dans le Département du Nord, sur la façon dont c'est aujourd'hui organisé ? Si vous aviez des préconisations à faire, quelles seraient-elles ?

CARSAT.- Par rapport aux démarches amorcées, je pense que le dossier unique et le fait d'aller vers cette évaluation mutuelle des GIR est une avancée que nous attendions depuis très longtemps. Pour l'anecdote, il y a 12 ou 14 ans, j'ai fait des évaluations APA, j'étais travailleur social à la CARSAT et, à l'époque, des fonds du Département venaient financer des postes pour faire de l'évaluation mutualisée au niveau de l'APA. J'ai donc connu le dispositif en tant qu'évaluatrice, j'ai un regard sur cette évaluation bien qu'il soit ancien. Je sais qu'on part de très loin et je soutiens la démarche, le fait de l'avoir amorcée.

Cela dit, aujourd'hui, elle n'est pas effective pour le moment, peut-être parce qu'il n'y a pas suffisamment d'impulsion, que ce soit chez nous, au niveau du Département ou au niveau de la CNSA, je n'ai pas forcément d'avis là-dessus. Je pense qu'aujourd'hui, il y a une question d'acculturation. Nous avons des évaluateurs qui n'ont pas eu coutume de travailler ensemble, qui s'arrêtaient au moment où la frontière était définie entre public du Département, public de la CARSAT, etc. Finalement, il y avait un peu une déresponsabilisation. Le fait d'avoir distingué de cette manière les retraités en leur disant qu'ils étaient chez nous ou pas chez nous...

Mme LETARD.- Cela n'a pas favorisé la coordination et la coopération.

CARSAT.- Clairement pas. Cela dit, il était important de définir les champs d'action de chacun pour ne pas multiplier les interventions. Aujourd'hui, avec la reconnaissance mutuelle des GIR, on peut GIRer puisqu'on a des grilles communes, c'est techniquement faisable.

La question des systèmes d'information reste tout de même à mon avis une vaste question qui n'est pas réglée aujourd'hui, que ce soit au niveau de la CNAV ou au niveau des Départements. Nous avons cinq départements, cinq systèmes d'information, cinq procédures différentes et tout cela demande

une adaptabilité en permanence pour les techniciens, pour l'ensemble des personnes qui sont impactées.

Ensuite, nous avons également la question du contenu des évaluations. Nous allons bientôt basculer avec Oscar, ce n'est quasiment plus de l'aide à domicile, c'est surtout de la prévention. Pour nous, l'aide au ménage doit devenir minoritaire dans le contenu du plan d'aide. Le ménage est important pour se sentir bien dans son logement, on est bien d'accord, je ne le mets pas en question, mais ce n'est pas de la prévention, alors que nous sommes un organisme de prévention. Nous sommes un organisme de Sécurité sociale. Aujourd'hui, nous allons changer de paradigme sur cette approche autour de la prévention.

Nous revoyons donc nos plans d'aide. Nous incluons bien entendu de l'aide au maintien à domicile avec des prestations sur le logement, nous ne nous sommes pas du tout retirés dans ce domaine, nous avons revu et « regabarisé », mais nous sommes toujours là-dessus, je vous rassure. Néanmoins, c'est vrai que nous réorientons beaucoup nos fonds sur la prévention.

Du coup, il s'agit de voir comment cette nouvelle approche va être appréhendée par les évaluateurs au niveau des EMS. Les plans d'aide APA ne sont pas sur ce champ. Aujourd'hui l'APA, ce n'est pas du curatif mais quand même un peu, nous sommes là pour pallier ce qui manque. Nous allons essayer de garder l'autonomie restante, mais c'est de la prévention qui n'est plus vraiment de la prévention. De ce fait, je trouve compliqué qu'il puisse y avoir cette transposition.

Cela peut s'éduquer. Un jour, nous aurons peut-être des évaluateurs communs. C'est une économie de moyens qu'il faudrait envisager. S'il y a un évaluateur, on a la connaissance mutualisée d'un dispositif ou d'un autre et on peut se dire que, en fonction du dispositif dans lequel la personne va s'inscrire, on est en capacité d'établir un plan d'aide qui correspond à ce que prévoit le dispositif.

MSA.- Par rapport à l'APA et à ce qui pourrait être amélioré, dans ce que j'entends au niveau du terrain, c'est parfois un peu de délai dans l'attribution de l'APA, notamment sur certains secteurs, notamment au niveau des Flandres.

Quand il y a une demande d'APA, la MSA continue à accorder un plan d'aide pour deux mois le temps de l'étude de l'APA. Parfois, les délais sont un peu plus longs et on intervient parce que la personne en a besoin, pour de l'aide au ménage ou des gestes au corps, il y a donc temporairement une aide au niveau de la caisse de retraite.

Mme LETARD.- Quand vous êtes interpellés sur les délais trop longs, est-ce que vous les territorialisez ? La réalité est-elle différente d'un territoire à l'autre ?

MSA.- C'est plus récent mais, effectivement, sur fin 2021 et 2022, c'est sur les Flandres.

CARSAT.- Nous ne l'avons pas mesuré au niveau de la CARSAT.

Mme LETARD.- Dans la façon d'appréhender le parcours, l'instruction ou même les différents aspects de gestion de l'APA, sur la façon dont on construit les choses dans le Département du Nord, au-delà des délais d'instruction que nous avons identifiés, y a-t-il des choses que vous percevez comme devant être améliorées, là où le bât blesse, ce que nous pourrions faire changer, où nous pourrions poser le curseur ? Au-delà de ces délais d'instruction en amont, qu'est-ce que vous voyez comme autre aspect qui peut interroger sur la prise en compte de l'accompagnement APA, tant dans le Département que plus généralement ? Comme vous le disiez, avec l'APA, on est en curatif, on oublie un certain nombre d'aspects qui sont aussi déterminants, d'autant plus déterminants que nous sommes souvent dans des territoires plus isolés.

MSA.- J'ai plutôt une vision positive dans le sens où il y a aussi tout ce regard au niveau des aides techniques, de l'aménagement du logement qui manquait peut-être auparavant. Aujourd'hui, dans le plan d'aide dans le cadre de l'APA, il y a cette évaluation au niveau des aides techniques et du logement pour permettre le maintien à domicile.

Mme LETARD.- Vous considérez donc qu'il y a une évolution plutôt positive de l'APA et du périmètre de prise en compte dans le Département ?

MSA.- Tout à fait, ce volet manquait

Mme LETARD.- Nous avons été alertés par les services d'aide à domicile sur les conséquences du reste à charge. Comment mesurez-vous ce sujet ?

CARSAT.- Nous ne sommes pas sur les mêmes barèmes, il y a aussi cette distinction. Sur la prestation tarifaire, des participations forfaitaires restent à la charge de nos bénéficiaires. Nos barèmes empêchent de couvrir l'ensemble de la population, là où, avec l'APA, ce sera dégressif. L'aspect financier va aussi avoir un impact sur la « consommation » des plans d'aide – je n'aime pas ce terme mais c'est malheureusement un terme qu'il faut employer.

Mme LETARD.- C'est un peu ma question. Nous avons entendu que les plans d'aide étaient en constante diminution, parce que la variable d'ajustement, c'est la capacité à suivre des ménages. Comment ressentez-vous cela et quel est votre sentiment par rapport à cela ?

CARSAT.- Nous l'avons aussi évalué dans nos plans d'aide actuels. C'est pourquoi nous avons mis en place Oscar. Nous allons mobiliser une partie de l'argent sur la prévention mais cela n'aura pas d'impact sur la participation du bénéficiaire, puisque 500 € sont débloqués et cela n'impacte pas du tout financièrement le bénéficiaire. C'était aussi pour mesurer cette plus-value sur le fait de limiter l'impact financier et voir si le recours au service serait accentué.

Aujourd'hui, Oscar est tout de même un peu trop récent, nous n'avons pas de recul, mais cela fait vraiment partie des items qui seront analysés et évalués pour voir si, à un moment, on doit changer un peu ce paradigme. Cela pourrait avoir à terme un impact sur la manière dont on considère l'APA, ce serait aussi intéressant de voir comment on pourrait redimensionner les plans d'aide sur cette partie.

Mme LETARD.- Nous avons été interpellés par l'un des représentants des services sur le fait d'avoir plus de flexibilité et de souplesse sur les plans d'aide et sur une annualisation des plans d'aides en disant que cela pourrait être une solution. Comment mesurez-vous cela avec votre regard ?

MSA.- Spontanément, je dirai que, lorsqu'une évaluation est faite à un instant t, il est important de respecter le plan d'aide par rapport au temps, à un nombre d'heures d'aide à la vie quotidienne ou d'heures pour différents items et que ce ne soit pas une enveloppe distribuée.

Une certaine flexibilité, pourquoi pas, mais avec tout cet enjeu de respect du plan d'aide qui correspond bien à un besoin identifié.

Mme LETARD.- Je creuse parce que c'est intéressant d'avoir votre point de vue d'experts et de professionnels aguerris sur le sujet. On voit bien aujourd'hui que les services, quelle que soit la nature des services, sont un peu dans la quadrature du cercle. Ils disaient aussi que, parfois, les plans d'aide n'étaient pas toujours adaptés à ce qu'ils vivaient au quotidien, que l'évolution de la situation personnelle pouvait connaître également des mouvements tout au long de l'année. Ils indiquaient que le fait d'avoir une flexibilité permettait d'adapter plus finement la prise en charge à des réalités qui peuvent nécessiter une intervention plus forte à certains moments, quand il y a par exemple un départ en vacances des aidants familiaux, et de répondre certainement aussi à leurs propres difficultés de gestion et de fonctionnement.

En tout cas, on a fortement entendu pousser cette préconisation. C'est vrai que l'on peut s'interroger, cela mérite des regards croisés, de voir un peu les écueils et les risques que cela peut revêtir par ailleurs et comment pourrait être calibrée une telle proposition. Est-ce que l'on pourrait y mettre des garde-fous une fois qu'on aurait lâché la bride ? Comment aborderiez-vous ce sujet ?

CARSAT.- Je comprends complètement ce besoin d'agilité. Aujourd'hui, vu le contexte dans lequel sont les services d'aide à domicile, je peux me mettre à leur place. Nous avons des échanges très réguliers avec eux. Nous essayons aussi de les accompagner. Pendant la période du Covid, nous avons mobilisé plusieurs centaines de milliers d'euros pour que, même quand il n'y avait pas de consommation de plans d'aide, ils aient tout de même des fonds mobilisés. Nous leur proposons également de bénéficier d'une nouvelle place avec Oscar avec la coordination, nous venons aussi les indemniser. Nous les accompagnons pour qu'ils puissent évoluer dans la manière dont ils vont accompagner, pour qu'ils ne

se limitent pas à de l'intervention à domicile, mais qu'ils aient aussi un rôle de préventeur. De ce fait, aujourd'hui, nous sommes dans cette logique, nous voulons assouplir notre fonctionnement avec eux.

Après, il y a aussi une question de pilotage budgétaire. Nous devons rendre des comptes sur la bonne utilisation des fonds publics, nous sommes tout de même un organisme de Sécurité sociale, nous ne faisons pas ce que nous voulons. Nous avons des circulaires, des lettres réseaux qui viennent poser le fonctionnement et la manière dont nous accompagnons les services d'aide à domicile.

Maintenant, si nous avons des garde-fous, il faudrait voir lesquels, cela reste à déterminer. Je n'ai pas la réponse aujourd'hui. Je pense qu'il y a des sujets sur lesquels une partie des plans d'aide pourrait être aménagée pour permettre cette souplesse lorsque le contexte et la situation évoluent.

Il faut aussi se demander quel rôle on peut confier aux services d'aide à domicile, puisque nous sommes quasiment dans de l'évaluation. Finalement, ce sont eux qui viennent en garde-fous des évaluations pour déterminer les choses quand la situation a changé.

Mme LETARD.- Je me permets de rebondir sur ce que vous dites. Parmi les propositions qui nous sont délivrées, il y a celle de dire « nous pourrions être des évaluateurs ».

CARSAT.- C'est la question d'être juge et partie.

Mme LETARD.- C'est cela. Comment peut-on trouver un juste milieu ?

CARSAT.- Il faudrait peut-être limiter à un certain nombre d'heures, laisser une souplesse à hauteur de trois heures par mois qui pourraient être réutilisées le mois suivant. Sur la visibilité financière, ce serait peut-être jouable. C'est encore une question de systèmes d'information, nos systèmes de paiement ne sont pas des plus récents, il y aurait aussi toute cette logique à adapter, cela ferait bouger la ligne à plusieurs niveaux. Cela dit, je pense qu'il faut avoir cette réflexion, on ne peut pas laisser les choses en l'état.

C'est un avis qui n'engage que moi, mais je pense que la MSA sera d'accord.

MSA.- Oui, je partage.

Il faut toujours une vigilance que ce soit centré sur la personne et que ce ne soit pas pour répondre à un besoin de la structure, mais il est sans doute nécessaire qu'il y ait une certaine agilité et il n'est peut-être pas utile de demander à chaque fois le passage d'une équipe médico-sociale. Dans ce cas, il faut que ce soit bien cadré avec un volume d'heures.

Mme LETARD.- Il ne faut pas qu'il y ait de dérive. Il faut qu'on arrive à un système qui puisse être certes proactif, mais toujours sécurisé au bénéfice de la personne.

CARSAT.- C'est cela. Il s'agit de répondre aux besoins de la personne et pas à un besoin de trésorerie de l'association qui aura à faire entrer plus de fonds à ce moment-là, sachant qu'on l'a déjà observé.

Mme LETARD.- On est bien d'accord.

Y a-t-il d'autres choses que vous auriez aimé dire par rapport au sujet qui est le nôtre ?

CARSAT.- Par rapport à tout ce qui a été amorcé, notamment sur la reconnaissance mutuelle des GIR, on vous l'a dit, ce n'est pas effectif aujourd'hui, il faut aussi se demander pourquoi ce n'est pas effectif.

Mme LETARD.- Qu'en pensez-vous aujourd'hui ? Est-ce qu'il n'y a pas assez de volonté de faire avancer cette question ? Comment traduiriez-vous cela concrètement et qu'est-ce que vous nous encourageriez à porter ?

CARSAT.- Je pense que la démarche a vraiment du sens, mais elle a été impulsée au niveau national et pas en concertation avec les territoires, nous en avons l'habitude. Derrière, on ne s'est pas posé suffisamment de questions sur la faisabilité technique et sur les enjeux et on n'a pas suffisamment accompagné la démarche.

De ce fait, on voit bien que les Départements et les CARSAT se sont retrouvés face à un indicateur, sans nous dire comment on allait faire. Du coup, on a signé des conventions avec les Départements, cela faisait une belle vitrine, c'était parfait mais, sur l'effectivité, ce sont les équipes techniques qui ont

dû se mettre en marche pour identifier comment elles allaient procéder et sans accompagnement. C'est là où, à un moment, il y a eu un gap qui a fait que, derrière, il n'y a pas eu l'adhésion qu'il aurait dû y avoir.

Cela dit, je ne pense pas qu'il faille abandonner ce sujet, il faut identifier les points de blocage – il y en a – et mobiliser les acteurs qui peuvent être mobilisés sur le sujet pour leur demander un accompagnement dédié. Ce n'est pas nous qui allons créer un système d'information qui pourra permettre de favoriser ces échanges, la sécurisation des données, etc.

Beaucoup d'enjeux n'ont pas été pris en compte à l'époque où on s'est dit qu'il fallait une seule et même reconnaissance, une seule et même évaluation. Sur le papier, c'est formidable mais, dans les faits et dans les procédures et les protocoles que nous connaissons pour chacun des organismes, la faisabilité est beaucoup moins évidente.

Je pense qu'il faut reprendre le dialogue, il faut vraiment relancer cette dynamique de coconstruction puisque je pense qu'il y a une bonne adhésion entre les professionnels. Il faut s'appuyer sur les équipes, sur leur volonté, leur engagement à vouloir le faire et les questionner sur la façon dont ils feraient. Je pense que ce sont également de bons interlocuteurs.

MSA.- Je rejoins. C'est effectivement une démarche nationale qui est mise aujourd'hui en application étape par étape selon les départements. Pour nous, c'est une difficulté parce que la CARSAT travaille avec cinq départements et que la MSA travaille au niveau de deux départements. En termes de lisibilité et de visibilité, nous ne sommes pas tous ensemble sur la même cohésion, cela fait partie d'un point de difficulté.

Il y a trois grands axes. Il y a, d'une part, la demande unique qui est en marche, même s'il y a sans aucun doute des points à améliorer en termes de communication, d'appropriation des uns et des autres. Il y a la reconnaissance des GIR qui est un autre point et il y a la reconnaissance de l'évaluation qui me semble encore éloignée.

Mme LETARD.- C'est clair.

En fait, d'après ce que vous dites, le chantier est encore monstrueux. Ce qui me paraît le plus compliqué dans ce que vous évoquez, c'est le fait que ce sont trois partenaires, la CARSAT, la MSA et les Départements, sachant que ce sont cinq départements pour la CARSAT et deux pour la MSA. Chacun est dans son échelon territorial différent avec ses outils d'information différents. Avant de commencer quoi que ce soit, il faudrait déjà qu'on arrive à se mettre d'accord sur des indicateurs et des éléments communs. En même temps, la libre administration des collectivités fait que le Département du Nord n'est pas celui du Pas-de-Calais, encore moins celui de l'Oise et, avant de mettre tout le monde sur un même outil, il y a encore un peu de travail.

C'est un peu ma question : par où faudrait-il commencer si on voulait très pragmatiquement essayer d'avancer ? Cela commence par ce que vous disiez, si l'on n'a pas un même système d'information, le reste est compliqué

CARSAT.- C'est cela. Il faudrait déjà que les cinq Départements puissent se coordonner ne serait-ce que sur le système d'information, ne serait-ce que sur la reconnaissance du dossier unique. Ce n'est pas le cas de tous les Départements. Le Pas-de-Calais par exemple ne l'a pas accepté. Aujourd'hui, nous devons nous adapter à l'adhésion ou non du Département sur le dispositif. Ensuite, le téléservice est encore différent et, du coup, au niveau de la fluidité des circuits, est-ce qu'à un moment donné, on va s'y retrouver ?

Hier, j'échangeais avec des directeurs au niveau de la CNAV qui avaient le sujet sur d'autres départements en France et ils disaient qu'ils ne s'y retrouvaient plus. Aujourd'hui, les Départements ont le choix et, de ce fait, ils prennent le parti ou non de s'inscrire dans le dispositif.

Nous, en tant que CARSAT, nous n'avons pas le choix et nous nous adaptons en permanence. Du coup, quelle est la plus-value pour le bénéficiaire ? Est-ce qu'il va devoir l'envoyer sur papier ? Est-ce qu'il va pouvoir utiliser le téléservice ? Est-ce qu'il va avoir une orientation ou non ? Est-ce qu'on ne va pas

passer à côté du droit ? Est-ce qu'il aura finalement son évaluation ? En bout de course, c'est le perdant dans ce dispositif.

Je pense vraiment qu'il y a un enjeu à ce que les Départements d'une même région s'accordent et identifient également des retours d'usage, puissent voir aussi quels sont les blocages avec la CARSAT et la MSA puisque nous avons également des choses à améliorer, je nous positionne forcément dans une logique d'amélioration.

En tout cas, cinq interlocuteurs sur un périmètre régional, c'est beaucoup plus compliqué pour avoir de la lisibilité. Nous ne pouvons pas donner une information distincte par rapport au département où notre retraité habite, nous sommes obligés d'avoir de l'équité en termes d'informations et également d'offre de services. Or, aujourd'hui, je ne suis pas sûre que nous soyons en capacité de respecter cela. C'est problématique.

MSA.- Je partage.

Mme LETARD.- Je pense que c'est très clair, c'est en tout cas très explicite.

Sur ce sujet très intéressant du dossier unique que vous évoquez, qui est devant nous et qui, en même temps, a fait l'objet d'une disposition nationale, que nous sommes normalement tenus de mettre en œuvre, pourriez-vous respectivement nous donner une contribution écrite qui viendrait expliciter comment nous pourrions de votre point de vue essayer d'entamer des voies de réflexion et de travail hiérarchisé en indiquant comment on pourrait y arriver ?

Je vois d'ici le principal écueil. Chaque territoire, chaque collectivité, chaque organisme délibératif veut garder ses coudées franches et ses latitudes. Est-ce qu'une voie médiane pourrait exister, qui permettrait d'avoir un socle commun d'évaluation ou en tout cas d'information qui permettrait d'atteindre au moins une partie des objectifs, tout en ayant une adaptabilité territoriale ? Je ne suis pas une spécialiste de vos sujets, mais on sent bien que l'écueil est là et que, si on ne le règle pas, on n'aura pas satisfaction. Concrètement, quelles sont les pistes qui sont peut-être d'ores et déjà travaillées avec le Département du Nord et les autres ?

Si vous avez des recommandations à nous faire de ce point de vue ou des choses qui vous paraîtraient être de bon sens, ce n'est pas la peine de s'attaquer à tout en même temps, mais commençons par les essentiels. Quels sont les essentiels et dans quel ordre faut-il y aller ?

Il y a tout de même un contexte d'institutions, que vous connaissez mieux que moi, qui veulent garder la main. Comment trouver la cote mal taillée pour arriver à l'objectif ?

MSA.- Je pense qu'il y a déjà nécessité de travailler ensemble, de se voir, de se connaître davantage sur les territoires. C'est déjà une démarche qui a été évoquée, qui est réfléchie et en bonne voie. Sur le Département du Nord, l'idée était de travailler par arrondissement et de faire en sorte que les différentes institutions et structures puissent se parler, se connaître et cheminer pour bien identifier les points de blocage.

Mme LETARD.- D'après ce que vous dites, Madame, le rôle des pôles autonomie départementaux est essentiel du point de vue de la coordination ou de l'interface avec les acteurs de la perte d'autonomie dans chaque territoire de référence à l'échelle des arrondissements ?

MSA.- Tout à fait. Pour moi, c'est indispensable.

Mme LETARD.- Si j'ai bien compris, cette animation n'existe pas de façon homogène dans tous les territoires d'arrondissement. En tout cas, elle n'est pas au même niveau de développement.

MSA.- Oui et il y a des différences, ce n'est pas toujours un travail ensemble. Le dossier unique est un sujet sur lequel toutes les structures sont concernées et où il y a nécessité de se remettre autour de la table pour tisser des liens plus forts, partager et, si on veut aller jusqu'au bout de l'évaluation, savoir ce que chacun met dans les plans d'aide, que chacun balaye devant sa porte et voie comment faire un pas de plus.

Mme LETARD.- Est-ce que, sur la prise en charge de l'APA et en faisant le lien avec vos interventions, l'urbain, le rural, la nature, la différence des territoires impactent ? Par rapport à l'approche territoriale infra, y a-t-il des choses à dire ? Comment voyez-vous les choses dans la mise en application de l'APA et la façon dont cela se passe dans les différents territoires départementaux ?

CARSAT.- J'aurais pensé à la couverture territoriale notamment au niveau des services d'aide à domicile. J'imagine que le Département fait face aux mêmes problématiques, dans un moment où on a des territoires qui sont à peine couverts et qui ont beaucoup de difficultés à répondre aux besoins, dans une logique où il y a un *turnover* et un « désamour » pour la filière. Tout cela entre en ligne de compte. Au-delà de cela, je ne vois pas d'autres éléments, mais je ne suis pas sur ce terrain.

MSA.- Pour la demande d'APA et l'accès au droit, il est important qu'il y ait des CLIC, des pôles autonomie, cette demande unique qui peut être faite par Internet. Il faut une information sur le réseau, sur le maillage territorial que ce soit en rural comme en urbain. Du fait de ce maillage de proximité, l'information passe. On peut toujours mieux faire, bien évidemment, mais je pense que ces dispositifs de proximité sont à développer et à poursuivre.

Mme SCAVENNEC.- Je voulais vous poser une question sur la prévention de la perte d'autonomie pour en savoir plus. On ne va pas forcément développer le sujet maintenant, mais, comme nous avons parlé de contributions écrites, il serait intéressant de connaître ce qui, de votre point de vue, manque ici dans le département du Nord en termes de prévention par rapport à des actions, à des bonnes pratiques dont vous avez connaissance dans d'autres départements, dans d'autres régions, par rapport aussi à ce qui est réellement efficace et, là, je pense en particulier à ce qui répond à une demande des bénéficiaires.

Je sais que vous pratiquez par exemple des ateliers, vous travaillez sur la diffusion des informations pour anticiper au maximum les choses. Est-ce vraiment suivi ou y aurait-il d'autres manières de travailler ? Tout cela s'inscrit dans les territoires en lien avec d'autres partenaires ou futurs partenaires de la personne et avec les aidants. Compte tenu du fait que vous êtes plus en lien direct avec le bénéficiaire, pour des raisons financières – là, il y a des questions de droit –, est-ce facile pour vous de travailler de manière plus collégiale ?

CARSAT.- Il y a beaucoup de sujets.

Par rapport à la politique de prévention, la loi ASV a bousculé beaucoup de choses. L'arrivée des conférences des financeurs a été un choc pour les caisses de retraite ; quelque part, on nous retirait notre rôle initial et historique en termes de prévention. Auparavant, les caisses de retraite déployaient et soutenaient financièrement toutes ces actions collectives de prévention et ces nouveaux acteurs, les conférences de financeurs présidées par les Départements et coprésidées avec les ARS sont venues sur des domaines qui nous étaient un peu acquis.

Cela nous a amenés à un moment donné à nous réinterroger, à nous demander sur quels sujets nous allions avoir une plus-value. Nous restons des acteurs de prévention, nous sommes des organismes de Sécurité sociale, la gestion du risque est inscrite dans notre ADN, on ne peut donc pas se retirer du champ de la prévention. Du coup, on va essayer de se mettre dans un autre domaine de prévention qui n'est pas déjà géré par les conférences des financeurs.

Nous continuons à avoir un rôle très actif au sein des conférences des financeurs, mais c'est vrai que, derrière, on a eu une logique qui s'est plus inscrite autour du passage à la retraite. On se dit que la retraite est une période charnière, une période où les personnes sont parfois prêtes à avoir des changements de comportement et qu'il n'est pas encore trop tard pour avoir cet impact positif sur le vieillissement en santé. On a donc construit une offre de services autour du passage à la retraite, là où les conférences des financeurs étaient beaucoup moins présentes, pour être complémentaires au lieu de financer exactement les mêmes partenaires. De plus, pour être honnête, il faut dire que certains opérateurs en profitaient aussi et on a fait du surfinancement sur des actions ; si on devait faire l'analyse des budgets financés, on pourrait se rendre compte de certaines choses qu'on aurait financé deux fois.

Aujourd'hui, nous voulons aussi cette transparence, nous voulons éclaircir notre rôle sur le champ de la prévention vis-à-vis des opérateurs et nous voulons également élargir le périmètre. Nous ne sommes même plus dans le repérage de la fragilité, mais de la pré-fragilité. En fait, quand la personne n'a pas encore conscience de fragilité apparente, nous avons plusieurs grilles, nous avons des détecteurs, nous avons de nombreux opérateurs et de nombreux partenaires dont l'école normale supérieure avec le laboratoire Borelli, le CHU, les URPS, les maisons sport-santé. Nous les avons réunis autour du programme Fragilab dont le but est à la fois de construire une nouvelle grille qui vient remplacer celle de Free (?) qui nous intéresse forcément mais qui ne va pas suffisamment dans le repérage très en amont de la fragilité. Nous voulons être au tout début de cette fragilité pour l'éviter et pour la rendre réversible. Au-delà de cela, nous voulons créer des parcours labellisés qui permettront d'avoir un accompagnement qui évitera cette fragilité. Aujourd'hui, nous inscrivons vraiment notre action très en amont.

Vous avez aussi Icope avec OMS, mais ils sont sur les plus de 68 ans, on n'est plus du tout sur les mêmes tranches d'âge.

Mme LETARD.- Très concrètement, quel type de plan d'action donne ce type d'initiatives très en amont que vous proposez auprès des usagers, des retraités ?

CARSAT.- Pour l'instant, il est un peu tôt pour le dire parce que nous sommes dans l'expérimentation. Nous avons des partenariats avec les maisons sport-santé qui font des activités physiques adaptées en s'appuyant sur des évaluations et des bilans vraiment très personnalisés, qui vont se faire en plusieurs fois et avec un accompagnement sur des bilans longévité avec Pasteur. Nous avons de multiples acteurs qui sont en train de créer des choses. Vous avez Tempo-Forme (?), la conférence des financeurs est aussi actrice dans le financement de Tempo-Forme.

Beaucoup de choses s'articulent aujourd'hui et nous essayons vraiment de créer un écosystème qui soit à la fois dans le repérage et dans l'accompagnement. Une fois qu'on l'a identifié, le but n'est pas de dire « vous êtes fragile, bonne chance et essayez de changer votre comportement, vous en aurez besoin ». Nous allons essayer d'être dans cette logique d'accompagnement, nous n'allons plus faire de la prévention de masse, mais de la prévention ciblée. On ne fera pas juste des envois de mails disant « regardez, quelque chose se passe à côté de chez vous, allez-y ». Le but, qui est un enjeu interne à la Sécurité sociale, ce sont les croisements de données. L'assurance maladie a des données phénoménales autour de la santé et elle pourrait à un moment nous aiguiller, nous aider à avoir une prévention qui soit la mieux ciblée.

Tous ces enjeux sont aujourd'hui en cours de réflexion, de construction, mais on nous attend et il faut qu'on y aille sur ce sujet. Le but est aussi que l'on puisse prendre nos partenaires historiques que sont les Départements pour s'inscrire dans cette logique de prévention. Du coup, nous avons aussi la question du gérontopôle, l'enjeu étant de construire un gérontopôle pour les Hauts-de-France. Plusieurs régions en disposent, le but est que les Hauts-de-France puissent également en avoir un. Notre GIE, qui s'appelle le fragilab, vient d'être construit et il devrait être un acteur important dans la construction de ce futur gérontopôle.

MSA.- Sur un autre registre, mais toujours dans le domaine de la prévention, j'ajouterai tout le travail qui peut être fait au niveau des territoires dans une démarche développement social local où l'ensemble des partenaires se réunissent pour travailler sur le bien vieillir et la place de la personne âgée, mais bien en amont.

Nous avons travaillé notamment avec la communauté de communes du pays de Mormal dans le cadre d'une démarche CADA, nous avons travaillé également sur le Cambrésis. L'idée est vraiment de rompre l'isolement, de penser bien en amont à la place de la personne âgée dans la société, de travailler sur les liens intergénérationnels.

Mme LETARD.- Merci beaucoup pour ces exposés et ces explications intéressantes de notre point de vue, en particulier sur ce qui est devant nous et qui est un sacré chantier. Nous ne manquerons pas de toute façon de vous solliciter à nouveau si besoin pour quelques questions complémentaires si, dans la dernière partie du rapport, nous avons besoin d'affiner certaines questions sur lesquelles nous

aimerions avoir votre avis. D'ores et déjà, bravo pour le travail que vous avez engagé. Merci pour les coopérations qui sont les nôtres entre le Département et vos propres structures. Nous vous souhaitons bon courage parce que ce sont de merveilleux sujets, de merveilleux dossiers, très passionnants, mais pour lesquels le travail qu'il va nous falloir maintenant accomplir est colossal.

Il serait intéressant aussi que vous nous disiez comment vous voyez l'évolution de la gérontocroissance, comment vous abordez l'évolution de la part des personnes âgées dépendantes, en tout cas en perte d'autonomie et quelles seront ses conséquences sur votre capacité à accompagner. On voit bien que cela interroge tout le monde aussi.

Merci beaucoup.

(Départ des représentantes de la CARSAT et de la MSA)

❖ Conclusion

Mme LETARD.- Vous avez eu les documents complémentaires, les questionnaires. Je pense qu'ils sont à votre disposition et vous avez tout loisir d'y apporter éventuellement vos compléments, vos remarques, vos contributions supplémentaires. À ce stade, si vous avez quelques petits points à éclairer ou à renseigner, n'hésitez pas. De toute façon, c'est comme d'habitude un questionnaire socle et, ensuite, comme cela a été le cas aujourd'hui, on a tout loisir de venir éclairer notre lanterne plus largement d'autres questions. C'est loin d'être limitatif.

Mme SCAVENNEC.- Sur la séance où l'on va approfondir avec les SAAD, je voudrais faire une suggestion. J'aimerais que l'on aille un peu plus loin sur la part des frais de transport dans leur budget.

Mme LETARD.- L'impact de l'évolution du carburant dans la prise en compte de la tarification ?

Mme SCAVENNEC.- Aujourd'hui, on a des idées de fluctuations plutôt défavorables sur le prix des carburants, mais nous ne pouvons pas le dire avec précision. Ceci dit, il serait bien d'avoir tout de même une information de leur part. Est-ce que les auxiliaires se déplacent avec leur véhicule personnel et se font ensuite rembourser les frais de déplacement ou est-ce qu'on met à leur disposition un véhicule professionnel ?

On voit toujours passer des voitures logotées des services d'aide à domicile, mais ce n'est pas le cas partout, il y a donc aussi beaucoup de véhicules personnels. Il faudrait faire le point pour anticiper l'augmentation.

Je pense aussi qu'on peut réfléchir au niveau de l'ingénierie d'accompagnement du Département par rapport au plan de relance et à la transition écologique, voir s'il y a des pools de véhicules à la transition vers le véhicule électrique. En ville, ce sont des petits déplacements, ce sera sans doute plus rapidement possible en termes de charge que dans le monde rural. Il s'agirait de voir comment on peut accompagner pour aider à diminuer ce poste de dépenses ou du moins à faire en sorte qu'il ne prenne pas des dimensions disproportionnées. Cela veut dire qu'il faut avoir un état des lieux.

Je voulais soulever cette question des modes de transport pour les gens qui travaillent et qui vont au domicile. Je sais qu'il y a aussi parfois des sorties, des visites, pour contribuer au lien social et cela fait aussi partie des prestations.

Mme LETARD.- C'est un accompagnement dans les démarches. Cela ne se fait pas partout mais des services proposent d'emmener en véhicule des personnes âgées vers différentes prestations, vers différents services.

Mme SCAVENNEC.- Comment aider à anticiper, sachant aussi qu'il y a des aides de l'État pour le passage aux véhicules électriques ? Nous serons sur un des secteurs de plus en plus aidés dans les plans de relance.

Mme LETARD.- Nous pouvons poser la question très pratico-pratique des conséquences et de l'impact du transport sur le budget des services d'aide à domicile, de savoir comment ils le répercutent sur leur coût horaire, quelles sont pour eux les conséquences de l'évolution du prix de l'énergie ? En effet,

quand ils ont un véhicule appartenant à la structure, c'est une chose, mais la personne utilise parfois son véhicule et est indemnisée. Cela mérite d'être analysé.

Ensuite, il faut savoir quels moyens ils trouvent pour pallier cela, sachant qu'après, on est aussi dans le dédale de ce qui existe. Il y a de multiples initiatives pour accompagner le monde économique, associatif pour aider à acheter un véhicule électrique, il existe des financements et des outils. Il faut donc voir comment on prend en charge, ce qui existe déjà à leur profit, à leur bénéfice et ce à quoi nous pouvons réfléchir de ce point de vue sur le volet départemental qui est celui de notre capacité à aborder le verdissement de nos politiques départementales, en tout cas leur accompagnement, voir si on peut faire un lien entre deux politiques départementales qui pourraient être mises en connexion l'une et l'autre.

Mme SCAVENNEC.- J'étais mardi à la réunion du comité de suivi de Nord durable, présidée par Patrick VALOIS. On a abordé cette question de la mobilité pour les services départementaux qui ont aussi des services d'aide à domicile. Nous sommes donc obligés de réfléchir à cela pour nos propres compétences. Comment mettre cette ingénierie à disposition ?

Mme LETARD.- On voit les passerelles que nous pourrions faire entre la politique Nord durable, sa résonance sur l'APA et sur une problématique qui va être générale. Pour autant, jusqu'où pourrions-nous aller ? Nous sommes là en dehors de l'APA, même si cela rejoint l'APA parce que cela a un impact immédiat. C'est quand même quelque chose que nous pouvons essayer de mettre en connexion.

Intervenant.- Pour connaître un peu le secteur associatif pour les avoir accompagnés dans une précédente vie, je dirai que l'enjeu des voitures est parfois aussi un enjeu de rémunération « déguisée ». Les structures ont tendance à inciter à avoir une voiture mutualisée et les salariés préfèrent souvent utiliser leur propre voiture. En fait, c'est très schématique et cela ne concerne pas le social, mais des structures que l'on avait accompagnées. En fait, c'est remboursé entre 0,50 et 0,60 € le kilomètre et, parfois, pour les travailleurs qui ont des salaires assez modestes et des voitures anciennes, c'est plus rentable d'utiliser leur voiture parce qu'ils ont un petit pécule en plus. En revanche, cela coûte beaucoup plus cher aux structures et les structures n'aiment pas cela.

Mme DECODTS.- Ce que vous exprimez reste très à la marge. Je connais bien le sujet pour travailler sur le recrutement et la formation, je puis vous assurer qu'aujourd'hui, l'absence de véhicule fourni par les employeurs est une vraie difficulté. La preuve, sur Dunkerque, puisque le transport est gratuit, on a lancé le transport à la demande et on va peut-être travailler sur un parc de véhicules électriques pour permettre l'accès à l'emploi de certains salariés dans des métiers dits en grande tension.

La suspicion sur ces métiers existe comme partout, mais elle est à la marge. Ce n'est pas ce qui doit nous guider dans nos réflexions.

Intervenant.- On est d'accord là-dessus. Ce n'était pas une suspicion

Mme LETARD.- C'était une réflexion à avoir par rapport à cela.

Cela va rester malgré tout un sujet parce que le coût va évoluer. Il y a aussi une question de gain de temps. Si vous devez aller chercher le véhicule de l'entreprise, vous utilisez votre propre véhicule pour passer à l'entreprise avant d'aller chez la personne, alors que, quand vous utilisez votre propre véhicule, vous allez directement chez la personne. En tout cas, une chose est sûre, le coût du transport va augmenter, cela va avoir un impact significatif sur les structures et les professionnels de ces structures et cela mérite effectivement qu'on les interroge.

Après, on pourra porter les conséquences qu'on en tirera à la connaissance de Nord durable pour voir comment on peut faire des connexions et trouver des solutions. C'est plutôt logique.

Intervenant.- Ce sera à la séance n° 7, une séance avec les fédérations qui portera uniquement sur les finances, les budgets, les coûts. Nous allons intégrer cette question qui effectivement est essentielle.

Mme LETARD.- Avez-vous d'autres demandes ?

(Echanges sur les visites prévues)

Mme LETARD.- Cela m'intéresse d'aller faire un tour à Duvant. C'est une résidence autonomie, mais, si on va à la Châtaigneraie, on ne pourra peut-être pas faire les deux. Cela m'intéresserait de voir les conséquences de la rénovation d'une résidence autonomie sur le reste à charge. Ils vont faire 6 M€ d'investissement, puisque c'est une résidence qui n'était plus aux normes thermiques et pas non plus par rapport à la loi Egalim. Parallèlement, elle avait développé un dispositif de mobilisation des acteurs de la collectivité pour emmener les personnes âgées à l'extérieur ou avoir une interface très forte entre l'établissement et l'extérieur.

Intervenant.- On avait proposé la Châtaigneraie parce qu'elle menait des actions avec le nouveau forfait APA et des actions pour les personnes à domicile et pas uniquement pour les résidents.

Mme LETARD.- C'est très bien, cela nous convient. Cela n'empêche pas de faire des questionnaires à côté pour des structures bien ciblées, sur leur façon de faire.

(Discussions logistiques)

Mme DECODTS.- J'ai une petite question qui est peut-être hors chemin de l'évaluation.

La Région des Hauts-de-France consacre beaucoup d'argent à la formation professionnelle notamment dans les métiers qui nous importent sur l'APA. Il serait peut-être intéressant que l'on puisse avoir une idée de la part de la formation consacrée par la Région sur les métiers dits en tension.

Je sais que les enveloppes sont très importantes. On n'a aucun souci aujourd'hui pour se faire financer la moindre formation en individuel ou en collectif, mais il serait bien de voir un peu sur le secteur tel qu'il a été décrit ce matin au niveau des difficultés de recrutement et de formation ce qui est consacré en face pour voir comment avancer.

On fait toujours ce constat des difficultés de recruter, mais il est important de le contextualiser parce qu'on est tout de même dans une région où beaucoup d'argent y est consacré.

Mme LETARD.- Je n'ai pas la réponse, mais il y a deux clés d'entrée. Il y a deux budgets à la Région que l'on peut questionner, le budget de la formation professionnelle au sens large du terme et le budget dédié aux formations du secteur médico-social. Ce sont deux budgets distincts et je sais que le budget de la formation des professionnels du médico-social est moins massif que le reste. Par contre, cela ne veut pas dire que le budget de formation global ne peut pas être saisi et sollicité pour des formations dans ce secteur.

Je me renseignerai pour savoir si un DP ou un directeur de service peut venir nous renseigner à l'occasion d'une audition pour nous décrire les différents champs sur lesquels on peut mobiliser la Région pour accompagner les formations des professionnels du secteur.

On peut regarder effectivement qui sont les meilleurs interlocuteurs sur le sujet.

Intervenant.- Peut-être au moment où on va rencontrer l'ARS.

Mme LETARD.- Oui. Très honnêtement, pour la formation, c'est vraiment la Région, mais l'ARS peut nous éclairer. Le programme des formations est fait en lien et en accord avec l'ARS. C'est la Région qui finance mais l'ARS a plus que son mot à dire.

Mme DECODTS.- Même pour le secteur de l'aide à domicile ?

Mme LETARD.- Il faudra regarder, mais pour pas mal de formations médico-sociales.

Mme DECODTS.- J'étais plutôt sur les aides à domicile. L'ARS valide peut-être les contenus de formation et le référentiel.

Mme LETARD.- De toute façon, cela mérite justement de se faire éclairer sur la façon dont cela se répartit entre les différentes politiques de formation de la Région et de savoir où l'ARS est partenaire et où elle ne l'est plus. Je pense que c'est la bonne occasion pour voir comment la Région répond à tout cela.

Mme DECODTS.- C'est un levier important dans le contexte.

Mme LETARD.- Oui et pour nous dire aussi comment ils mobilisent les fonds européens.

Merci, bonne fin de journée, bon appétit et à bientôt.

(La séance est levée à 13 h 20.)

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU NORD
Mission spéciale d'information et d'évaluation
relative à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Séance 4 - 24 mars 2022

Étaient présents :

Présidente de la mission spéciale d'information et d'évaluation de l'APA : Valérie LETARD

Pour le groupe Union Pour le Nord : Loïc CATHELAIN, Charlotte PARMENTIER-LECOCQ, Marie SANDRA, Sébastien SEGUIN

Pour le groupe Socialistes, Républicains et Citoyens : Christine DECODTS (Rapporteuse associée), Josyane BRIDOUX, Didier MANIER

Pour le Groupe Communiste et Républicain, Pour l'Humain d'abord ! : Isabelle CHOUAIN (Rapporteuse associée), Michèle GREAUME

Pour le groupe Écologiste, EELV, Génération.s : Céline SCAVENNEC (Rapporteuse associée)

Étaient auditionnés :

M. Éric COUSTELLIER, responsable du pôle Prestations de Compensation

M. Michel DE VOS, chargé de mission au service Financement et Modernisation des SAAD

Représentants de FESP, SYNERPA, UDCCAS, UNA Nord, ADMR, FEPEM, URIOPSS

Ordre du jour

- ❖ **Les modalités d'attribution - Points de vue des services du Département..... 2**
- ❖ **Les modalités d'attribution - Points de vue des Fédérations..... 20**

(La séance est ouverte à 8 h 54 sous la présidence de Mme LETARD.)

Mme LETARD.- Bonjour à tous les collègues, bonjour à toute l'équipe qui nous accompagne, à tous ceux qui sont en visio.

Nous faisons un tour des présents.

(Appel des présents)

Aujourd'hui, notre séance va se structurer en deux parties. Dans la première qui va démarrer à l'instant, la Direction de l'Autonomie via deux de ses représentants va s'exprimer rapidement.

Une seconde partie démarrera entre 10 h 15 et 10 h 30, nous recevrons les fédérations représentatives des services d'aide à domicile.

❖ **Les modalités d'attribution - Points de vue des services du Département**

Mme LETARD.- Dans cette première partie de séance, M. Éric COUSTELLIER, responsable du pôle Prestations de Compensation et M. Michel DE VOS, chargé de mission au service Financement et Modernisation des SAAD vont nous présenter le travail mené.

Ils vont évoquer tout ce qui touche aux plans d'aide, aux révisions des plans, aux heures de confort, aux causes de non-recours ; à tout le dispositif que vous avez été amenés à organiser dans les services pour mettre en œuvre la prestation.

Sans plus attendre, Messieurs, je vous laisse la parole. Merci pour ce que vous allez nous présenter.

M. COUSTELLIER.- Merci, Madame LETARD.

Nous avons préparé un PowerPoint afin de répondre à vos questions. Je me permets de le projeter.

Nous vous avons déjà présenté les modalités administratives : la condition d'âge de 60 ans minimum, avoir sa résidence dans le département du Nord depuis au moins deux mois, fournir l'expression signée de sa demande qui dénote de la volonté de l'utilisateur lorsqu'il le peut ou de son tuteur.

Il s'agit de remettre un dossier complet, lequel est très peu fourni en pièces : document d'identité ou titre de séjour, relevé d'identité bancaire et relevé d'imposition. Il ne faut pas bénéficier d'autres prestations qui sont incompatibles avec l'APA, notamment la PCH, les MTP et les aides CARSAT.

Mme LETARD.- Qu'appellez-vous MTP ?

M. COUSTELLIER.- Les majorations pour tierce personne sont des allocations versées par la Sécurité sociale en cas d'invalidité. Elles permettent d'accéder notamment à un ensemble d'heures d'intervention.

Intervenante.- Que sont les aides CARSAT ?

M. COUSTELLIER.- Ce sont des aides extralégales, sur des enveloppes fermées. Les CARSAT prennent en charge leurs usagers, les retraités lorsque ceux-ci sont évalués en GIR 5 ou 6, c'est-à-dire les GIR les plus élevés qui correspondent à la dépendance la moins grande.

Mme GREAUME.- Parfois, les aides CARSAT sont versées en cas d'accident de la vie, un bras ou une jambe cassée par exemple. Cela entre-t-il dans ces aides ?

M. COUSTELLIER.- Ces aides relèvent plutôt de l'invalidité et des majorations pour tierce personne.

Mme GREAUME.- Je ne parle pas d'invalidité. On peut se casser un bras et obtenir une aide temporaire. Les aides CARSAT ici notifiées incluent-elles ces aides temporaires ?

M. COUSTELLIER.- Non, les aides CARSAT sont des aides dans la durée. Elles ne sont pas liées à l'état de santé de la personne, mais à sa conséquence qu'est la perte d'autonomie liée à l'état de santé dont le financement a pu être pris en charge par les prestations dont vous parlez.

Mme GREAUME.- Peut-être faudrait-il le préciser.

M. COUSTELLIER.- Nous avons évoqué à la première séance la constitution par le Département et tous ses partenaires, notamment les CARSAT et les CPAM, d'un guide de prestations. Celui-ci regroupe tous ces dispositifs qu'ils soient plutôt sanitaires, médico-sociaux ou sociaux. Pour certains, ils arrivent en complémentarité. D'autres arrivent en substitution.

L'environnement des prestations visant les personnes âgées souffrant de perte d'autonomie est assez varié et divers, aujourd'hui, et multifinanceurs.

Quant à la façon dont le Département met en œuvre ce que prévoit la loi, le process : la réception et l'enregistrement des demandes se font aujourd'hui à J+1 ou 2, avec une vérification de la recevabilité et de la complétude des dossiers.

A éventuellement lieu une demande d'informations ou de pièces complémentaires envoyée par courrier à l'utilisateur pour arriver à la constitution d'un dossier complet qui fait l'objet d'un accusé de réception envoyé à l'utilisateur ou sa tutelle. Le Département a 10 jours à réception d'un dossier pour envoyer l'accusé de réception.

Suite à l'accusé de réception du dossier complet se met en œuvre l'évaluation. Lorsque cette évaluation est à domicile pour toutes les premières demandes, elle fait l'objet d'un courrier envoyé à l'utilisateur lui indiquant la date et la demi-journée de rendez-vous lors de laquelle l'évaluateur du Département va se présenter.

Suite à cette évaluation, l'évaluateur va faire une proposition de plan d'aide qui sera immédiatement envoyée à la personne par courrier. Celle-ci devra le retourner accepté, modifié ou refusé pour que nous puissions soit réaliser une évaluation complémentaire pour trouver un accord entre l'évaluateur et la personne ou sa famille sur un plan d'aide partagé soit prendre en compte l'acceptation de la proposition.

Suite à cette acceptation, le droit sera notifié : soit accordé si la personne réunit les critères soit rejeté si elle est hors critères de l'APA. Le Département, de par la loi, entre la date d'accusé de réception et la date de notification, a 60 jours.

Vous aviez évoqué les délais la dernière fois, nous savons que ces délais sont aujourd'hui plus élevés, plutôt entre 75 et 80 jours.

Rapidement, quelques chiffres : 127 demandes par jour ouvré reçues par le Département, soit plus de 30 000 demandes par an. Ce sont pour moitié des premières demandes et, pour le reste, des demandes de révision et des demandes dans le cadre de l'APA sollicitée en urgence.

Le taux d'accord final est de 83,75 %, donc le taux de rejet est de 16,25 %. La demande d'APA aboutit dans plus de 80 % des cas.

Parmi les motifs de rejet, un gros tiers d'entre eux est lié au fait que la personne, de par l'évaluation, est classée dans un GIR qui ne correspond pas aux GIR pris en charge par le Département (GIR 5 et 6) et relève plutôt de la CARSAT.

Un autre gros tiers est lié à la volonté de la personne ou de la famille de ne pas donner suite à leur demande, de renoncer au plan d'aide proposé et de ne pas confirmer leur demande, et ce pour divers motifs : parfois c'est la participation financière, parfois c'est le refus d'interventions extérieures, d'aide humaine et les familles se réorganisent pour prendre en charge différemment leurs aînés, etc.

Un autre gros tiers est plutôt lié à la situation de la personne au moment où l'évaluation a été faite. Bien souvent, des personnes sont hospitalisées, donc la demande est reportée au moment où la personne reviendra à son domicile en sortie d'hospitalisation. Il arrive également que la personne soit entrée en EHPAD ou soit décédée entretemps.

De fait, très peu de rejets sont liés à la non-complétude du dossier, au fait que le Département reçoit des dossiers complètement incohérents par rapport à l'âge et à la dépendance.

Le refus lié au fait que, dans le cadre des demandes d'APA d'urgence, l'urgence ne serait pas avérée, est également minime.

Je rappelle les modalités médico-sociales : la personne doit être évaluée GIR 1 à 4. Quand bien même elle est évaluée GIR 1 à 4, il faut une nécessité de prestations liées à la perte d'autonomie. Parfois, des personnes GIRées 1 à 4 n'auront pas forcément une notification d'APA avec un plan d'aide parce que les besoins nécessaires à la perte d'autonomie constatée sont pourvus par d'autres moyens : les familles, les aidants, mais également le médical, les interventions prévues à domicile. Dans ce cas, la personne sera tout de même GIRée, mais n'aura pas nécessairement besoin d'un plan d'aide.

Mme GREAUME.- Pour ces aides qui vont du GIR 1 à 4, le montant de l'aide est différent selon les départements, n'est-ce pas ?

M. COUSTELLIER.- Les GIR sont plafonnés. Le GIR 4 est plafonné à presque 800 €, le GIR 3 à plus de 1 000 €, le GIR 2 à plus de 1 400 € et le GIR 1 à un peu plus de 1 800 €. Tous les plans d'aide proposés ne peuvent pas aller au-delà de ce plafond.

Mme LETARD.- Pour compléter, il existe un plafond haut, mais entre les départements il peut y avoir une différence d'évaluation quant à la prestation octroyée par rapport à une situation de perte d'autonomie. On peut avoir des différences dans l'application de la prestation donnée ?

M. COUSTELLIER.- Bien sûr, nous constatons même des différences entre les différents territoires du département.

Ces différences territoriales sont liées au fait que ce qui constitue le montant du plan d'aide et le montant de la prestation répond à un besoin de compensation d'un plan d'aide. Ce n'est pas une allocation calculée sur des critères simplement administratifs. C'est une allocation qui dépend essentiellement de critères médico-sociaux et du constat du besoin.

Une personne qui est sur le même GIR et dans les mêmes conditions, en fonction de son environnement, de la présence de son conjoint ou non, de la proximité de telle ou telle structure, n'aura pas le même besoin de compensation.

C'est également le cas de la prestation de compensation du handicap, nous sommes exactement sur les mêmes logiques.

Pour ce qui est de l'analyse des plans d'aide, les plans d'aide sont aujourd'hui composés essentiellement d'heures mensuelles d'aide humaine, mais pas seulement. Ce sont également des heures techniques mensuelles, de la téléassistance, du portage de repas, parfois de journées mensuelles d'accueil de jour, des aides techniques ponctuelles ou de l'aménagement du logement. Nous pouvons également avoir des forfaits financiers mobilisables pour répondre au répit de l'aidant, notamment en cas d'hospitalisation de ce dernier.

Toutes les aides à la vie courante sont les aides liées aux courses, aux démarches administratives. Les aides à la personne sont liées à la toilette, au fait de donner les repas ou de transférer les personnes. Ce sont plus de 54 % pour la vie courante et de 45 % pour les aides à la personne.

Plus de 80 % de ces aides sont prises en charge par les prestataires, par les services d'aide à domicile. Pour un peu plus de 16 %, elles sont prises en charge par des employés directs, sachant que dans ce cas le bénéficiaire est l'employeur de la personne.

Ce sont ensuite des chiffres qui mettent en perspective les caractéristiques de notre population par rapport aux caractéristiques nationales. Nous avons fait un petit delta. Pour ce qui est de la proportion des GIR 1 au niveau national, les données sont un peu anciennes puisque, bien que produites en 2020, elles sont basées sur les données de 2017.

En 2017, la proportion de GIR 1 par rapport à tous les bénéficiaires de l'APA qui sont GIRés entre 1 et 4 est de 2 %. À la même période, au département, elle était également de 2 %. En 2021, elle était plutôt de 3 %.

Sur le GIR 2, la proportion nationale était en 2017 de 17 %. Elle était au département au même moment de 18 % et elle est aujourd'hui plutôt de 20 %.

Sur le GIR 3, la proportion était au niveau national à 22 % en 2017, pour le département elle était à 25 % en 2017 et aujourd'hui elle est restée de 25 %.

Pour le GIR 4, elle était pour la France métropolitaine de 59 %, elle était moindre pour le département puisqu'elle était de 55 % et elle a encore diminué puisqu'elle est aujourd'hui de 52 %.

Mme LETARD.- Comment traduiriez-vous ces chiffres ?

M. COUSTELLIER.- Nous avons quelques données nationales, mais moins précises que celles de 2020 qui remontent à 2017. Nous nous apercevons que les personnes ont tendance à rester plus longtemps dans le dispositif du fait de l'allongement de la durée de vie et parce que le tout domicile fait que l'effort est prononcé dès l'aménagement et les aides techniques.

Cela permet de faire rester les personnes le plus longtemps possible à domicile et, de fait, durant ce temps qui augmente au domicile, les états de santé ne s'améliorent pas et ils sont tout de même pris en charge. Une personne aura tendance à glisser d'un GIR 4 à un GIR 3, puis à un GIR 2 et à un GIR 1 puisque l'aggravation de l'état de santé ou ses conditions de vie font que la personne va, en fonction des révisions, être placée dans une situation qui lui permettra de bénéficier d'un plan d'aide plus prononcé afin de rester au domicile.

C'est une tendance de voir la proportion du GIR 4 baisser par rapport aux autres GIR qui ont tendance à augmenter progressivement.

M. MANIER.- Par rapport au niveau national, les proportions des GIR 1, 2 et 3 sont plus élevées au département. Est-ce propre à notre département ? Est-ce parce que les Nordistes sont moins autonomes, plus dépendants ?

Est-ce un problème de santé, comment cela s'analyse-t-il ?

M. COUSTELLIER.- Mme CARBAJAL l'avait évoqué lors de la première séance. Au département, nous avons des indicateurs socio-économiques plus dégradés et des indicateurs de santé et de qualité de vie qui peuvent être plus dégradés également qu'au niveau national.

Mme GREAUME.- La récupération sur les biens immobiliers a-t-elle eu un impact sur cette baisse ?

M. COUSTELLIER.- Au niveau de l'APA, il n'y a pas de récupération. La seule prestation qui met en œuvre l'obligation alimentaire et la récupération sur succession est l'aide sociale dans le cadre de la prise en charge dans les EHPAD.

Mme GREAUME.- Cela vient en complément, généralement.

M. COUSTELLIER.- Les ressources prises en charge sont les revenus mensuels et éventuellement le capital dormant, mais ce n'est pas ce qui peut expliquer ces changements.

Les départements qui ont les indicateurs socio-économiques de santé et sociétaux les plus dégradés sont les départements dont les personnes seront plutôt classées dans les GIR les plus dépendants, bien que la différence de proportion reste limitée.

Mme LETARD.- Je m'interroge sur les différentes justifications que vous évoquez, la part plus significative des GIR plus lourds et moindre des GIR 4, sachant que nous avons une gérontocroissance et un flux d'entrées qui augmente. Nous devrions avoir toujours beaucoup de GIR 4.

Par rapport à la réalité socio-économique de nos ressortissants, quand vous parlez de refus de plan d'aide ou d'évitement, constatez-vous tant que l'on est dans des GIR pas trop lourds, donc des dépendances pas trop lourdes une forme de non-recours ? On recule un peu la demande d'APA, on attend d'être plus lourdement dépendant pour entrer dans le dispositif.

Cela peut-il avoir un impact sur ces chiffres, ce non-recours pour des raisons pécuniaires a-t-il une part dans ces évolutions de grilles AGGIR, sur le fait que le pourcentage est plus élevé sur les GIR élevés parce qu'en GIR 4 si l'on peut éviter de demander l'APA on évite ?

M. COUSTELLIER.- Nous en parlerons quand nous comparerons les territoires du département.

Mme LETARD.- C'est un peu une stratégie d'évitement du recours à la l'APA et du reste à charge.

M. MANIER.- Avez-vous des données sur la tranche des 60-65 ans ?

M. COUSTELLIER.- Nous pourrions vous en fournir.

M. MANIER.- On parle de retraite à 65 ans, il ne serait pas inintéressant de voir ce que cela représente.

Mme GREAUME.- Il faut peut-être voir si d'autres départements observent le même effet.

Mme LETARD.- Nous pourrions peut-être récupérer auprès de la DF* des grilles comparatives sur les réalités au regard de l'APA de quelques départements qui ont fait ce travail d'évaluation. Si nous pouvons avoir ces éléments, nous les porterons à votre connaissance.

M. MANIER.- Il existe également des données de projections fournies par l'Insee. Notre département reste jeune, mais devant nous il y a le phénomène des baby-boomers qui deviennent des papy-boomers.

De fait, alors que 10 % de la population sont à la MDPH, nos données sociales et économiques font craindre que cela augmentera dans les GIR 2 et 1 de manière importante dans les années qui viennent.

Intervenant.- La séance du 1^{er} avril sera consacrée à cette question de la gérontocroissance.

Mme LETARD.- La gérontocroissance est déjà impactante puisque ce sont 5 % par an. Nous aurons une séquence qui nous permettra de mesurer les conséquences puisqu'il y a un sujet de prospective et de perspective. Dans ce cadre, nous allons développer toute cette problématique.

M. COUSTELLIER.- Nous sommes également en attente de données nationales.

Lorsque nous discutons avec tous les départements, la tendance est confirmée par la plupart des départements de voir une population augmenter proportionnellement dans les GIR en deçà du GIR 4.

Mme LETARD.- Les plus lourds.

M. COUSTELLIER.- Nous avons pris l'exemple de quatre territoires du département : la Direction départementale des Flandres, la Métropole de Lille, Roubaix-Tourcoing et l'Avesnois.

Ce travail a été fait par les services départementaux de la Direction de l'Autonomie sur la population de novembre 2021. Nous constatons des écarts dans la proportion des différents GIR, déjà au sein du département.

Par exemple, pour l'Avesnois, la proportion de GIR 4 est de 45 % alors que, sur Roubaix-Tourcoing, elle est de 60 %. Les professionnels, notamment les évaluateurs, nous remontent sur ce constat le refus de demander de l'aide dans certaines catégories de la population qui ont l'habitude de vivre seules et d'être autonomes du fait de l'isolement. Il arrive également que, du fait des niveaux de ressources, on refuse la prestation.

Souvent, les évaluateurs sont en difficulté. Les demandes sont faites par les familles qui interviennent auprès des personnes, mais l'ainé ne souhaite pas du tout l'intervention d'une aide externe.

M. CATHELAIN.- Tant que la famille s'en sort, ils ne font pas la demande.

Mme LETARD.- C'est en même temps culturel : refus d'un tiers qui entre, et économique.

Intervenante.- Cela peut-il être lié à l'offre de services sur le territoire ? On a l'aide, mais les services d'aide à domicile n'ont pas les ressources.

M. COUSTELLIER.- Aujourd'hui, nous avons une offre de services accessible quel que soit le territoire.

Intervenante.- Y compris l'Avesnois ?

M. COUSTELLIER.- Tout à fait, sur les heures mensuelles en tout cas. Nous avons parfois des difficultés pour des prestations plus spécifiques, notamment les accueils de jour pour les personnes atteintes d'Alzheimer ou autres, pour trouver un établissement.

Mme LETARD.- Ce serait intéressant dans le cadre des travaux et des éléments à porter à notre connaissance.

Cela rejoint les plans d'aide et les délais d'attribution, nous voyons la réalité territoriale de nos DT et de nos pôles autonomie. Pour des raisons d'urbain, de périurbain ou de rural, mais aussi peut-être d'effectifs, des postes peuvent être non pourvus pendant un temps donné, pour des raisons qui sont certainement objectives.

Nous pouvons avoir une série d'indicateurs, tant sur le paysage de l'offre en termes de services, d'établissements par territoire, que ce soit en termes de temps de mise en œuvre des plans d'aide comme de natures de prestations.

Cela nous donne une lecture territorialisée des difficultés rencontrées et pouvons-nous en tirer des leçons ? Au-delà de constantes départementales, nous pouvons avoir des différences pour des raisons qui tiennent à la réalité socio-économique, mais également géographique. C'est important pour nous d'avoir cette grille de lecture.

M. COUSTELLIER.- Nous ne paraissions pas harmonisés au niveau du département, mais nous avons ce regard territorial sur des problématiques particulières.

M. DE VOS.- Il s'agit de plans d'aide prescrits et pas réalisés. On ne mesure pas ici l'éventuelle carence de l'offre, à moins que l'on ait du mal à prescrire, mais on n'a pas ce problème *a priori*. Si l'on analysait les heures réalisées, on pourrait peut-être constater un écart supplémentaire.

Mme LETARD.- C'est donc la prescription du plan d'aide. Sa réalisation est le deuxième point qu'il nous faudra vérifier : est-ce que les personnes consomment tout le plan d'aide et, si non, pourquoi ? Il faudra analyser les motivations de la non-consommation d'un plan d'aide autorisé.

M. COUSTELLIER.- Ces chiffres pourraient *a priori* laisser penser que le Département n'est pas équitable en fonction des territoires, mais si nous avons un regard territorial sur les spécificités nous pourrions comprendre ces écarts.

Les critères discriminants qui font que l'on accède ou pas à l'aide ou que les plans d'aide sont plus ou moins importants sont connus : l'isolement des personnes et la proximité des aidants, notamment les enfants et la présence du conjoint. C'est ce qui fait parfois des écarts importants entre deux plans pour une même situation, parce que l'environnement notamment social est différent.

Pour imager, pour un GIR 1 le Département du Nord octroie mensuellement en moyenne 71 heures, pour un GIR 2 52 heures, pour un GIR 3 36 heures et pour un GIR 4 19 h 30.

Mme LETARD.- C'est là-dessus qu'il faut que nous fassions appel à la DF* afin d'obtenir des chiffres comparatifs.

M. COUSTELLIER.- Il faut la ventilation par GIR ainsi que la composition et le niveau des plans d'aide.

Mme LETARD.- Et des heures de quoi ?

M. COUSTELLIER.- En fonction des territoires et des GIR, vous ne retrouverez pas le même nombre d'heures dans un plan d'aide. Par exemple, pour un GIR 2 dans l'Avesnois, nous aurons tendance à mettre moins d'heures que pour un GIR 2 à Roubaix ou Tourcoing.

En fonction du territoire, nous n'avons pas forcément la même ventilation sur le GIR et pas non plus la même composition du plan d'aide.

Avez-vous des questions ?

Mme LETARD.- Nous avons du mal à appréhender ce que cela signifie en termes de répartition. Nous récupérerons ces documents dans ce que vous nous fournissez, nous aurons l'occasion de regarder.

M. COUSTELLIER.- C'est ensuite les plans d'aide moyens par territoire. La diapositive reprend tous les territoires : l'Avesnois, le Cambrésis, le Douaisis, les Flandres, Lille, Roubaix-Tourcoing et Valenciennes, avec la répartition des bénéficiaires de l'APA sur ces territoires.

À côté, la répartition des heures prescrites correspond à la répartition des usagers sur les territoires. Vous trouverez également le montant moyen des plans d'aide décidés, ce qui ne veut pas dire consommés puisque l'on n'atteint jamais 100 % de la consommation des plans d'aide.

Mme LETARD.- Globalement, cela correspond-il au poids de population de chaque territoire de référence ou y a-t-il des leçons à tirer par exemple d'une surreprésentation par rapport au poids de population de certains territoires ? A-t-on des explications telles que l'isolement, la ruralité ? Est-ce des territoires dont la part des personnes âgées ou très âgées est plus importante ?

M. COUSTELLIER.- Nous nous sommes posé la question et nous y travaillons. Nous avons travaillé sur ces éléments, mais cela remonte à 2017 et nous devons remettre nos données à jour.

Nous l'avons ramené à la population des 75 ans et plus puisque l'entrée dans le dispositif de l'APA est très tardive, au-delà de 80 ans. Entre 60 et 75 ans, la proportion de personnes dans le dispositif de l'APA est minime.

Mme GREAUME.- Il serait judicieux de décliner ce tableau par GIR afin que nous ayons plus de visibilité par rapport aux différents montants.

M. COUSTELLIER.- D'accord, nous pourrions vous livrer ces données. Comparer par rapport à la population de 60-75 ans est pertinent.

Nous avons déjà parlé de la moyenne des plans d'aide. C'est le chiffre global tous GIR et tous territoires : la moyenne des plans d'aide est de 668 €, elle a tendance à augmenter depuis 2019. Cela s'explique par un glissement du GIR 4 vers les GIR 3 et 2.

Le coefficient de participation est une donnée importante dans le fait d'accéder à l'APA, d'accepter de mettre en œuvre le plan d'aide ou au contraire d'y renoncer. Le coefficient de participation réglementaire est aujourd'hui dans le Département du Nord de 18,25 %.

Quand la prestation APA est traduite en euros à l'usager et qu'ils constatent le reste à charge, certains la refusent.

Intervenante.- Est-ce une moyenne ou toujours le même taux pour tout le monde ?

M. COUSTELLIER.- Ce taux est fonction des revenus.

Intervenante.- Des personnes ont-elles 0 % de reste à charge ?

M. COUSTELLIER.- Les personnes dont les revenus sont en deçà de 800 € n'ont aucune participation.

Mme GREAUME.- La plupart des retraites ont baissé avec les cotisations CRDS et CSG. De nombreuses personnes viennent réclamer en permanences, au vu de la baisse des retraites.

La participation est en augmentation, l'inflation est en augmentation et les ressources sont en baisse. Pouvons-nous voir cette déclinaison dans le fait qu'il y ait moins de demandes en GIR 4 par exemple ? Peut-être faut-il faire le parallèle, les gens n'ont peut-être plus les moyens de participer.

M. COUSTELLIER.- La proportion de personnes exonérées est de presque 40 % dans le département du Nord. En fonction du niveau de ressources des personnes, une forte population est totalement exonérée.

De ce fait, les personnes qui ne sont pas exonérées vont voir leur participation devenir plus forte. Les 18,25 % sont une moyenne, certains paient 90 % de leur plan d'aide (c'est très rare) et beaucoup prennent en charge un tiers du plan d'aide.

Mme LETARD.- Pourriez-vous nous donner des indications sur la grille pratiquée ?

M. COUSTELLIER.- Bien sûr, je vous la ferai passer avec les données demandées précédemment.

Le niveau de ressources et de participation est très important dans la décision, effectivement.

Vous avez déjà visionné cette diapositive qui est cohérente par rapport à notre propos de ce matin : le Département du Nord consacre 88 €/habitant à l'APA, en France ce sont 90 €. Par bénéficiaire, ce sont 4 700 € alors que la moyenne nationale est de 4 550 €.

Quelques informations sur les niveaux de consommation des plans d'aide. Les droits sont ouverts, encore faut-il les utiliser et aller chercher les heures pour répondre aux besoins et faire en sorte que l'état de santé de la personne ne se dégrade pas. Le but est de maintenir dans la plus forte autonomie les personnes et ne pas les laisser sans aide pour aller vers une dégradation qui nécessiterait une prise en charge beaucoup plus importante.

Pour le mode prestataire, nous connaissons le taux de consommation puisque nous savons ce que nous octroyons dans les plans d'aide et nous savons tous les mois ce que prestent les services d'aide à domicile puisque nous avons des déclaratifs des heures effectuées. Selon les GIR, la consommation des plans d'aide est de plus ou moins 80 %.

En mode emploi direct, lorsque l'usager est employeur de la personne qui intervient, celle-ci reçoit des CESU et le Département fait le comparatif entre les CESU utilisés et les CESU non utilisés pour connaître la consommation.

Il existe également la possibilité de faire des contrôles d'effectivité sur certains types d'heures (c'est très rare), mais surtout sur certains types de prestations. Aujourd'hui, la prestation payée sur le compte bancaire et qui représente les volumes financiers les plus importants est l'accueil de jour. Cette prestation est contrôlée, il est demandé régulièrement les factures aux personnes pour constater le niveau de consommation.

Nous avons un taux de consommation de plus de 80 %, mais du fait que nous payons sur les comptes bancaires en amont le Département doit aller rechercher les indus et les sommes qui n'ont pas été utilisées.

En 2020, le dernier contrôle a permis de constater que, parmi la population concernée, pour 26 % d'entre elle, il a fallu récupérer les sommes qui n'avaient pas été utilisées.

Sur la consommation des CESU, les chiffres sont plus précis. Lorsque la personne choisit le mode employeur ou de passer par un service mandataire et de choisir directement un employé, les taux de consommation avoisinent plutôt 90 %. Nous notons une petite dégradation entre 2018 et 2020, mais ce taux reste assez élevé.

Peut-être est-ce dû à la souplesse du mode de financement : le CESU est utilisé en cas de besoin alors qu'une heure de service d'aide à domicile non utilisée ne peut pas être récupérée, en principe.

Mme GREAUME.- Avez-vous les données de 2021 ?

M. COUSTELLIER.- Non, nous passons par un prestataire pour l'émission des CESU, mais il attend la fin de l'année pour que nous comparions avec lui les déclaratifs et que nous nous mettions d'accord sur le nombre non utilisé. Ce travail est en cours.

Sur le mode prestataire, les taux de consommation sont plus dégradés. Sur le GIR 1, ce sont 80 %. Les personnes les plus dépendantes consomment au moins 80 %. Sur le GIR 2, ce sont 78 %. Sur les GIR 3, ce sont 75 %. Sur le GIR 4, ce sont 73 %.

Plus la dépendance est élevée plus le bénéficiaire a tendance à consommer son plan d'aide lorsqu'il passe par des services d'aide à domicile. Moins la dépendance est élevée et moins la consommation se rapproche du plan d'aide.

En termes d'explications, lorsque l'évaluateur propose le plan d'aide, il se norme sur une grille de vie de la semaine et propose des prestations. Dans la réalité, beaucoup de choses peuvent intervenir, les aidants peuvent intervenir et l'intervention du service d'aide à domicile n'est pas nécessaire, si l'un des enfants est passé faire les courses le service d'aide à domicile n'aura pas à faire les courses.

Parfois, des aînés peuvent être pris en charge par d'autres personnes momentanément et, de fait, le service d'aide à domicile n'ira pas lorsque le besoin n'est pas avéré ou que la personne a trouvé une autre solution.

M. DE VOS.- En complément, puisque je travaille avec les SAAD prestataires, alors que nous parlions de la difficulté à mettre en place l'offre, il faut savoir que, lorsque les SAAD ont ces difficultés ils

priorisent la réalisation des plans des personnes en GIR 1 et allègent celle des personnes en GIR 4 qui sont plus autonomes.

La difficulté des SAAD à recruter et à délivrer les prestations peut expliquer cette répartition un peu inégale.

M. COUSTELLIER.- Cette précision est importante. Dans ce non-consommé de 20 %, il y a le fait des personnes, mais également le fait de l'impossibilité pour un service d'aide à domicile d'intervenir, notamment liée à l'absence de personnels. Parfois, c'est plus compliqué dans certains territoires d'aller au domicile des personnes.

Mme GREAUME.- Il serait intéressant de regarder les effets Covid sur les mandataires et sur les prestataires et de les comparer. Des associations ont dû réduire leurs interventions du fait d'un manque de personnels, par exemple.

M. COUSTELLIER.- Nous y reviendrons en fin de présentation, nous avons bien l'idée que durant le Covid des aménagements ont été nécessaires.

S'agissant de la procédure de validation du plan d'aide, lorsque l'évaluateur fait sa proposition, celle-ci est envoyée et la personne l'accepte à hauteur de 96 %. Il peut arriver qu'il y ait une inadéquation avec ce que propose l'évaluateur, mais dans la majorité des cas le plan est accepté.

Les personnes peuvent le refuser, souvent en lien avec les conditions financières, ou apporter des remarques, auquel cas l'évaluateur peut effectuer une deuxième visite à domicile ou revoir son plan d'aide pour l'adapter aux demandes de la personne.

Quelques données intéressantes :

Les plans d'aide proposés par les évaluateurs sont acceptés dans leur quasi-majorité. 3 % d'entre eux doivent faire l'objet d'une renégociation et d'une discussion, souvent liée au nombre d'heures attribuées ou aux demandes d'atténuation par l'utilisateur de la participation, de diminuer le nombre d'heures afin de baisser le reste à charge.

Nous pouvons également avoir parmi les notifications des recours administratifs préalables obligatoires. En 2021, nous avons eu 44 recours administratifs sur plus de 30 000 notifications, c'est donc résiduel puisque c'est 0,15 %.

Les notifications produites, aussi bien d'accord que de rejet, sont majoritairement acceptées par la population. Si nous avons des recours administratifs, c'est essentiellement sur la contestation du niveau de GIR. On reproche souvent au Département d'avoir classé une personne en GIR 4 alors que les familles considèrent que la personne relève d'un GIR 3 ou 2.

Nous pouvons également recevoir des réclamations des usagers vis-à-vis des services d'aide à domicile. En 2021, nous avons reçu 20 réclamations, ce qui est très peu par rapport à la masse des bénéficiaires et au volume des heures prestées.

Ces réclamations sont souvent liées aux conditions de mise en œuvre des plans d'aide, il est souvent reproché un *turnover* des intervenants, des retards ou des heures d'intervention qui ne correspondent pas aux demandes de l'utilisateur : l'utilisateur n'a pas forcément envie de se coucher à 18 heures comme il n'a pas envie de se coucher à 21 heures suivant les contraintes du service d'aide à domicile qui intervient.

Quant aux demandes de changement de prestataire, ce n'est pas forcément parce que l'on est mécontent du prestataire, mais c'est assez souvent pour cela. En 2021, ce sont 490 demandes de changement, soit presque 2 % des bénéficiaires qui font intervenir un service d'aide à domicile chez eux.

Ces changements de prestataire sont souvent à la demande de l'utilisateur. Ceux-ci ont la possibilité de changer à tout moment de service d'aide à domicile. Ils en informent le Département et nous mettons en œuvre les modifications sans aucune difficulté. Des préavis sont cependant imposés par les services et on ne peut pas rompre le contrat du jour au lendemain.

S'agissant des éléments liés à l'insatisfaction des usagers et de leur famille, ce sont les conditions d'intervention, mais également des problèmes liés à la facturation. Les personnes ne comprennent pas la facturation ou le reste à charge. Nous cherchons alors un prestataire avec lequel les rapports seront plus fluides.

Cette demande peut également se faire à la demande des SAAD qui peuvent ne plus accepter de prendre en charge l'utilisateur pour des raisons différentes, parfois pour des questions comportementales, mais souvent parce qu'en fonction de certaines situations le service d'aide à domicile n'a pas forcément les personnels compétents pour répondre aux besoins de la personne.

Pour éviter cette difficulté, le service à domicile qui ne peut pas prendre en charge dans les meilleures conditions une personne aura tout de même l'obligation de s'assurer que le relais est pris par un autre service d'aide à domicile avant de ne plus la prendre en charge dans son établissement.

Pour ce qui est des révisions, aujourd'hui les plans d'aide sont ouverts dans les conditions que nous avons décrites et les révisions sont des démarches les plus simples possible : il suffit d'un courrier d'un usager ou de son entourage pour que le Département mette en œuvre une nouvelle évaluation qui sera notifiée dans les meilleurs délais.

Bien souvent, ces demandes de révision émanent de tout l'environnement professionnel entourant la personne et sa famille, souvent les coordinateurs des services d'aide à domicile, mais également les services sociaux des hôpitaux ou les tutelles professionnelles. Toutes ces demandes sont gérées le plus simplement possible, par un courrier sans autre type de pièce.

Cela nous permet de déclencher plutôt aujourd'hui une évaluation partenariale par téléphone. Les motifs des demandes de révision sont essentiellement l'aggravation de l'état de dépendance de la personne. Ce sont également des motifs liés au changement d'environnement, notamment un déménagement ou la perte d'un conjoint.

Ces situations peuvent déséquilibrer l'économie d'un plan d'aide. Si un aidant décède, il devra être remplacé auprès de la personne. Lorsque l'on déménage, on n'est pas forcément dans les mêmes conditions de vie et on n'a plus forcément les mêmes besoins concernant la toilette ou autres.

Sur les 10 dernières années, nous avons calculé que, lorsqu'un droit APA est ouvert, il est révisé au bout d'un an et 11 mois en moyenne.

M. MANIER.- Une question sur l'ouverture des droits APA.

En propos liminaire, vous disiez que la loi vous donnait un délai de 60 jours et que nous étions à plus de 90 jours. Comment cela se passe concrètement pour ouvrir les droits ? Est-ce que l'on attend trois mois alors que, de par la loi, on ne devrait attendre que deux mois ?

M. COUSTELLIER.- Selon les types de demandes, les délais ne sont pas forcément les mêmes. Les premières demandes ont un certain délai, les révisions d'autres délais puisque les process sont différents.

Dernièrement, puisque nos délais étaient assez dégradés, nous avons essayé d'optimiser les autres délais avec la numérisation du process de l'APA par exemple : à J+3, le dossier est enregistré alors que nous étions à une semaine ou une semaine et demie. Nous avons également gagné du délai dans les dates d'ouverture des droits : les révisions étaient ouvertes le mois suivant et, depuis 2020, nous ouvrons les droits aux dates de notification.

Dès que le service d'aide à domicile a l'information – et le service d'aide à domicile a l'information quasi instantanément puisque chaque fois que le Département notifie un droit APA un flux d'information part au service d'aide à domicile pour l'informer de cette ouverture avec les coordonnées du bénéficiaire afin d'avoir le temps de rencontre et de coordination le plus court possible – tous les droits, même en révision, sont ouverts le jour J pour que les services d'aide à domicile n'aient pas à attendre une semaine ou deux de plus pour intervenir.

Dans les révisions, la question est moins problématique parce que des personnes interviennent déjà. Si le service d'aide à domicile, parce que l'état le nécessitait, est intervenu plus fortement ces derniers

temps, le temps que l'évaluation soit faite, le Département va le prendre en compte et ouvrir les droits rétroactivement pour financer le service d'aide à domicile.

Cela se travaille dans des instances techniques qui font qu'aujourd'hui nous nous organisons avec les services d'aide à domicile afin d'éviter les ruptures de prise en charge ou l'attente de prise en charge. L'effort est aujourd'hui porté sur les premières demandes puisque, à part éventuellement des interventions de par la CARSAT ou de par des soins infirmiers, il n'y a pas de plan d'aide constitué par d'autres prestations.

Si une personne conteste le fait que le Département dépasse les deux mois, la loi prévoit que nous devons verser une avance forfaitaire, mais très peu de personnes la demandent.

La difficulté qu'a connue le Département est que, lorsque le Département a mis en œuvre son APA, il est beaucoup allé sur ces fameux forfaits, mais il a été compliqué de les récupérer puisque la loi demande une régularisation et une récupération.

En voulant faire bien en octroyant des forfaits, on risque de pénaliser l'utilisateur. Si au final son plan d'aide est moins important, sachant que le forfait est à 800 € et que le plan d'aide moyen est de 460 €, on risque de pénaliser l'utilisateur en allant récupérer les sommes indues.

Ce travail passe par la souplesse des services. Il est toujours possible de revenir en arrière pour financer des aides qui ont été déclenchées alors que le besoin n'avait pas encore été défini à 100 %.

Mme LETARD.- Pourriez-vous nous rappeler les délais par territoire ? Il m'a semblé qu'il pouvait y avoir de grandes différences entre territoires sur les délais d'instruction et d'attribution.

Pouvons-nous identifier les motifs ou les voies d'amélioration, ce qui justifie ces différences ? Est-ce des personnels absents pendant un moment, un sous-effectif ou d'autres choses ? Arrivez-vous à le mesurer et avez-vous des éléments à porter à notre connaissance ?

M. MANIER.- Une question complémentaire : la révision d'une demande d'APA prend-elle le même temps qu'une demande d'APA ?

M. COUSTELLIER.- Lorsque nous faisons systématiquement des visites à domicile pour les révisions, nous priorisons les premières demandes, donc une révision passait toujours après une demande parce que nous savions que les services intervenaient et qu'il était plus important d'ouvrir des droits que de les modifier.

Aujourd'hui, avec les différentes modalités d'évaluation, notamment l'évaluation partenariale par téléphone, nous pouvons être beaucoup plus réactifs. De fait, les révisions sont traitées plus rapidement, mais différemment : pas forcément par la rencontre de la personne à domicile, mais par la discussion avec sa famille et les intervenants.

Je vous confirme que les délais d'attente ne sont pas les mêmes par territoire, mais il existe un système de péréquation des équipes. Les équipes sont mutualisées, les interventions sont mutualisées puisqu'il est de la responsabilité de la Direction de l'Autonomie de les piloter pour qu'il y ait une péréquation départementale. Dès lors, on demande à des équipes d'intervenir sur d'autres territoires limitrophes ou un peu plus loin pour obtenir des délais cohérents. Il n'y a pas de raison que dans l'Avesnois on attende six mois alors que, dans les Flandres, on n'attend que deux mois.

Par ailleurs, les délais aujourd'hui sont structurels, ils sont essentiellement dus à l'incapacité pour les équipes d'évaluation de proposer des créneaux d'évaluation. Le nombre de créneaux d'évaluation proposés par les équipes dépend du nombre de personnes, d'évaluateurs, mais dépend également de toutes les missions demandées aux évaluateurs.

Le service qui gère la planification de ces visites reçoit régulièrement les créneaux disponibles et prescrit les rendez-vous : le service doit être en attente d'un rendez-vous et derrière le bénéficiaire est en attente, aujourd'hui c'est la problématique.

M. MANIER.- Cela signifie que les délais d'un endroit à l'autre varient selon l'organisation d'un endroit à l'autre.

M. COUSTELLIER.- L'organisation est identique, c'est plutôt selon les ressources.

Mme LETARD.- Les moyens humains, les équipes dédiées ?

Vous parlez de péréquation. Quand on regarde le ratio d'évaluateurs par rapport au nombre de personnes à suivre, prend-on en considération... Par exemple, si dans l'Avesnois les délais sont très longs, c'est que l'équipe est plus réduite. Est-ce qu'une péréquation s'opère pour limiter et éviter que l'on reste à six mois ?

Considère-t-on que la péréquation est compliquée parce que dans les autres territoires, certes les délais sont plus raisonnables, mais ils sont *borderline* et que, si on les dégrade dans ces endroits, on va dégrader pour remonter ?

En clair, peut-on en déduire qu'il faudrait renforcer l'équipe d'évaluation globale départementale, surtout en prenant en compte des rattrapages par territoire, peut-on en tirer cette leçon ?

M. COUSTELLIER.- L'activité de 2012 à 2021 a augmenté de 23 % sur l'APA, les effectifs des évaluateurs médico-sociaux ont augmenté de 19 %. Il y a un petit écart, mais l'augmentation s'est faite en fonction de l'activité constatée et structurelle, parce que parfois l'activité est mouvante.

Structurellement, le Département a renforcé les équipes dont l'activité avait tendance à devenir structurellement plus importante. Dans l'Avesnois par exemple et les Flandres, les équipes ont été renforcées.

Mme LETARD.- Ce n'est pas à vous de prendre cette décision, nous le comprenons bien Monsieur, mais si nous devons réfléchir, s'il y a des points sur lesquels nous devons porter notre attention pour améliorer globalement le dispositif, pouvons-nous considérer que dans tout le chaînage de l'accompagnement vers le droit à l'APA un sujet est important à regarder avec attention, c'est la capacité en ressources humaines dont dispose la Direction de l'Autonomie à ce stade du chaînage de l'APA, c'est-à-dire sur les ressources humaines d'évaluation ?

M. COUSTELLIER.- Si l'on avait plus d'évaluateurs, on irait plus vite.

M. MANIER.- Madame la Présidente, il nous faudrait une photographie géographique nous permettant de constater que, dans tel secteur, il manque tant de personnes pour atteindre une moyenne. Il paraît normal que le délai soit le même partout. Il n'est pas possible que, parce qu'il y a moins de collaborateurs, le délai soit plus long.

Mme LETARD.- Je vous parle souvent des territoires parce que je pense effectivement que nous devons avoir une approche globale départementale, mais qu'il existe de telles réalités de terrain qu'il faut croiser une approche stratégique sur la politique que nous portons au niveau de l'APA et les réalités territoriales et les indicateurs objectifs pour faire en sorte d'atteindre une équité territoriale.

Égalitaire, ce n'est pas équitable. L'équité signifie que si une personne dans un territoire relève d'une perte d'autonomie, elle doit avoir la même chance d'obtenir un plan d'aide au même niveau et dans les mêmes délais.

La péréquation a ses limites : si l'on va dégrader un territoire pour en renforcer un autre... Il faut trouver le juste milieu entre péréquation et renforcement des moyens.

M. CATHELAIN.- Toujours sur le même sujet, une question.

Est-ce qu'en 2012 on rencontrait les mêmes difficultés en fonction des territoires ? Vous parlez de recrutements supplémentaires. Était-ce également le cas en 2012, n'y a-t-il pas des difficultés d'organisation d'ordre interne qui feraient que l'on a du mal à positionner certains agents dans l'Avesnois ou en Flandres parce que, pour des raisons familiales, ils n'ont pas envie d'aller trop loin ?

N'avez-vous pas de difficultés d'ordre interne ?

M. COUSTELLIER.- Si nous avons plus d'évaluateurs, les délais seraient plus courts, mais je vais apporter un petit complément : c'est si nous avons plus de capacité d'évaluation. En effet, aujourd'hui, un évaluateur ne fait pas que de l'évaluation de l'APA au Département du Nord, il a également beaucoup d'autres missions, notamment en termes d'accueil familial.

Aujourd'hui, un évaluateur médicosocial d'un pôle autonomie intervient sur l'allocation personnalisée d'autonomie, mais également sur le suivi de l'accueil familial, mission qui peut être très chronophage en fonction du nombre de dossiers, notamment sur les territoires du sud où la proportion d'accueil familial est plus importante que sur la métropole.

Pour répondre à M. CATHELAIN, en 2012 j'ai travaillé à la territorialisation de ces équipes. Les équipes d'évaluateurs étaient centralisées, tous les matins elles prenaient leur poste à la cité administrative de Lille. Elles ont été mises sur les territoires et il n'y a eu aucune difficulté, tout le monde a trouvé son territoire en fonction du nombre d'ETP nécessaires à l'activité constatée les dernières années.

S'il y a eu des problèmes de ressources humaines, cela a été lié aux remplacements. Des personnes qui sont parties n'ont pas forcément été remplacées dans les meilleurs délais, des personnes en arrêt maladie n'ont pas été forcément rapidement remplacées non plus. C'est surtout lié à des problématiques de gestion RH au Département.

Lorsque l'on crée un poste, le poste est pourvu par un professionnel qui arrive et travaille sur le territoire.

M. MANIER. - Pour approfondir un peu cette question importante, nous avons bien compris que, selon les territoires, il y avait un besoin en nombre. Au-delà de la photographie, au niveau des missions, y compris dans l'intérêt des agents du Département et dans le cadre aussi de l'intérêt intellectuel, cette fonction ne doit-elle pas être plurielle et qu'ils n'aient pas que des évaluations à faire ?

Serait-il possible de contingenter ? Par exemple, 50 % de leur temps de travail doivent être dédiés à l'évaluation. Si ce n'est pas un peu normé, la tendance naturelle étant, l'urgence étant, le quotidien étant, il y a des retards.

M. COUSTELLIER. - Sur l'organisation de leur travail, les responsables du pôle autonomie gèrent l'activité et s'assurent que ce qui est mis au service de telle prestation ou de tel dispositif correspond au volume qui doit être pris en compte par le pôle autonomie, donc c'est piloté.

En 2012, quand nous avons territorialisé ces équipes, les personnes n'étaient pas polyvalentes. Nous avions des évaluateurs médico-sociaux spécialisés en accueil familial. Justement, ils ont voulu mettre de la polyvalence, c'est toujours intéressant que d'avoir des regards croisés.

L'organisation du travail est normée. Un évaluateur médicosocial réalise quatre visites à domicile par jour et il consacre tant de jours à cette activité. L'activité est normée par son responsable sur les visites familiales, les visites partenariales et autres.

Le travail a lui aussi évolué depuis 2012. De par la volonté à être davantage dans le domiciliaire, à utiliser les dispositifs qui viennent appuyer les plans d'aide, les évaluateurs sont amenés à avoir un travail multidimensionnel avec, non plus les simples constats qu'ils faisaient, mais la possibilité de mettre en œuvre beaucoup plus de choses concrètes qui vont nécessiter de la coordination, le fait de revenir réexpliquer, etc.

C'est l'exemple de l'aménagement du logement. Le nombre de dossiers aujourd'hui est 10 fois plus important qu'il y a encore trois ans. Or, cette prestation nécessite de la coordination avec un ergothérapeute, avec les familles et avec les autres financeurs.

Dans tout ce qui a évolué dans ce métier, il y a la nécessité d'être davantage dans la coordination, dans le suivi, l'accompagnement et le dialogue et non plus dans le simple constat d'un GIR lors d'une visite avec une proposition de plan d'aide. Nous avons élargi les dispositifs.

Mme LETARD. - Concrètement, avec le même ratio de personnes pour les évaluations et ce qui environne, on fait beaucoup plus de choses parce que l'on a amélioré et ouvert le champ des possibles et des outils. En conséquence, on a moins de personnes pour évaluer *stricto sensu* alors que la gérontocroissance existe dès à présent.

C'est un sujet à traiter si l'on veut garder un délai raisonnable, non pas parce que l'on fait moins bien, mais justement parce que le Département améliore et ouvre le champ des possibles. Cela va nécessiter de réajuster tout cela.

M. COUSTELLIER.- Il existe également un enjeu actuel sur les aides techniques et le fait que, depuis 2019, le Département peut délivrer la carte mobilité inclusion à tous les bénéficiaires de l'APA, ce qui n'était pas possible auparavant.

Cela nécessite une explication, un accompagnement pour les démarches, etc. Effectivement, on a une évolution des responsabilités du Département, donc des évaluateurs et un travail beaucoup plus conséquent lorsque l'on peut proposer plusieurs aides.

Au sujet de l'APA d'urgence, elle est essentiellement demandée en sortie d'hospitalisation. Elle peut également être demandée par un médecin traitant, mais c'est très rare. Dans la majorité des cas, cela fait suite à une hospitalisation pour des personnes qui n'ont pas de droit APA ouvert.

La procédure actuelle est plutôt administrative, à partir d'une demande de l'hôpital qui, de par le médecin hospitalier, atteste tout de même d'une urgence. C'est l'hôpital qui atteste de l'urgence et il est demandé au Département d'ouvrir le droit en amont, de la façon la plus rapide possible, ce qui est censé être fait en 48 heures.

En 48 heures, le Département saisi par un service hospitalier ouvre un droit APA avec l'intervention d'un service d'aide à domicile dans la foulée.

Aujourd'hui, nous expérimentons une nouvelle procédure sur deux territoires, Roubaix-Tourcoing et Cambrai.

Pour revenir aux fondamentaux de l'APA, le Département avait une façon de fonctionner depuis quelques années, mais le système actuel n'est plus tout à fait satisfaisant au regard des évolutions. Aujourd'hui, nous constatons trop de ruptures de droit : on délivre la prestation en amont, ensuite on monte le dossier et on procède à l'évaluation médico-sociale.

Nous souhaitons renverser les étapes pour, dès la demande, avoir un dossier constitué pour sécuriser le droit et ne plus embêter les usagers en leur demandant les documents après coup et remettre une évaluation médico-sociale à ce moment-là afin de proposer si possible un plan d'aide définitif pour l'avenir, sans avoir la nécessité d'attendre plusieurs mois pour rencontrer la personne qui est en attente d'une confirmation ou d'un véritable plan d'aide.

Aujourd'hui, quand l'APA d'urgence est ouverte, c'est un forfait : on donne 40 heures au service d'aide à domicile. Le but est de rédiger un réel plan d'aide avec les heures d'aide technique et les heures d'aide humaine que les services d'aide à domicile devront mettre en place.

M. CATHELAIN.- L'APA d'urgence est souvent sollicitée par les assistantes sociales dans les hôpitaux. Est-il possible de distinguer ce qui relèverait de l'assurance maladie et ce qui relèverait de la dépendance ?

Une personne qui tombe a forcément besoin de soins, mais elle relève plutôt de la Sécurité sociale. Si vous avez fait une grave chute, lors de votre convalescence vous aurez besoin de soins et d'une personne qui vous aide.

La frontière est assez ténue entre ce qui relève d'une perte de dépendance effective qui s'inscrit sur du long terme et des soins pour lesquels, six mois plus tard, la personne remarquera et aura retrouvé son autonomie.

Cela pèse forcément sur les finances du Département et j'ai cru comprendre que les assistantes sociales proposaient assez facilement aux personnes de plus de 60 ans de faire une demande d'APA.

M. COUSTELLIER.- Nous travaillons sur ce sujet en partenariat avec les CARSAT et les CPAM avec ce fameux guide des prestations.

Du fait de la réactivité du Département à ouvrir rapidement la prestation sur critères administratifs, nous avons constaté une tendance à confier les dossiers au Département alors qu'il ne devrait pas avoir à les traiter.

Cependant, le droit va être ouvert et, trois mois après, l'évaluateur dira à la personne qu'elle n'a pas droit à l'APA. En termes de prise en charge, c'est compliqué pour la personne. Mieux vaut lui dire en

amont et qu'elle soit prise en charge directement par le dispositif adéquat. Il n'est pas question de ne pas la prendre en charge, mais de le faire avec le bon dispositif. Si c'est l'APA, elle doit être sécurisée pour l'avenir.

C'est dans ce sens que nous travaillons sur ce guide des prestations, un guide très technique à destination des professionnels pour expliquer qui fait quoi. En remettant les évaluateurs médico-sociaux au début du processus, eux pourront travailler en lien avec les assistants sociaux des centres hospitaliers.

Nous avons avancé dans ce partenariat qu'il fallait construire, qui était délité dernièrement. Aujourd'hui, notamment sur les deux territoires expérimentateurs, des réunions régulières sont organisées entre les équipes du Département et les équipes des services sociaux des centres hospitaliers. Nous souhaitons y inviter prochainement la CARSAT et les CPAM pour expliquer qui fait quoi et, à partir de telle situation, qui est le mieux placé pour prendre en charge la personne avec le dispositif adapté.

Nous progressons sur ce point.

Mme LETARD.- C'est le premier sujet. Nous avons intérêt à concentrer l'effort APA là où c'est justifié, c'est une évidence. Le travail que vous menez à titre expérimental démontre bien les effets pervers et ce qu'il faut éviter.

Au travers nos auditions, nous avons entendu une forte demande des services de comprendre le mécanisme : pourquoi optez-vous pour telle façon de mettre en œuvre le dispositif APA d'urgence plutôt que telle autre ?

Nous avons noté quelquefois une incompréhension : pourquoi parle-t-on d'APA d'urgence tout en demandant en amont un dossier très lourd ?

L'expérimentation vous donne l'occasion de vous coordonner avec les structures hospitalières qui ont trouvé le bon mode emploi. Ne serait-il pas opportun, pour répondre aux interrogations puisque nous sommes dans l'expérimentation (ce n'est pas une critique du tout, bien au contraire) de mener le même travail avec les services pour voir comment eux les perçoivent sur le terrain et ce qu'ils ont à vous remonter ?

Ce serait un petit comité de suivi opérationnel permettant de lever des interrogations qui seraient vite réglées. Je sais bien qu'il faut procéder par temporalité, que l'on ne peut pas tout faire en même temps, mais s'agissant du travail que vous menez sur ce plan hospitalier beaucoup de choses pourraient ressortir d'un petit aller-retour de même nature.

M. COUSTELLIER.- Ce comité existe, il se réunira la semaine prochaine. Seront autour de la table des responsables de pôle autonomie, des représentants des évaluateurs sur chacun des sept territoires avec une représentation plus prononcée pour les territoires expérimentateurs.

Le frein que nous avons rencontré avec nos collègues, puisque nous travaillons notamment sur ce domaine de l'autonomie avec d'autres directions, nous travaillons en partenariat du fait de l'histoire puisque nous étions tous ensemble à la cité administrative et que certains se connaissent déjà, le frein constaté, qui était attendu et compréhensible, c'est le frein de l'activité.

Les évaluateurs sont sur une activité très tendue en flux, avec la pression de devoir faire les évaluations dans les meilleurs délais alors que c'est compliqué de libérer des créneaux. Ils avaient l'impression qu'on leur ajoutait quelque chose.

Les premiers retours de l'expérimentation sont partagés, mais des retours sont tout de même très positifs, ne serait-ce que de la part des évaluateurs qui reprennent la main sur des situations qu'ils ne maîtrisaient pas. Quand ils allaient à domicile deux ou trois mois après, ils avaient l'impression que le Département n'était pas là où il fallait parce que les personnes requéraient des soins infirmiers, de l'hospitalisation à domicile ou autres.

De plus, les usagers avaient été appelés entretemps parce que le Département, pour aller jusqu'à l'APA sécurisée et à long terme, leur avait demandé des documents alors qu'ils avaient l'impression d'avoir déjà la prestation.

Le seul petit couac sur lequel nous allons continuer à travailler est un point très technique. Selon les territoires, on a plutôt tendance à être sur des plans d'aide sécurisés pour l'avenir et très peu de plans d'aide à revoir dans les six mois parce qu'il faudra les réadapter, mais sur notre territoire c'est un peu l'inverse. Il nous faut travailler cela.

Là où nous sommes satisfaits, alors que nous avons un blocage notamment avec le centre hospitalier de Roubaix qui était contre le Département, c'est que lors de la dernière réunion avec les partenaires il a accepté d'aller dans l'expérimentation parce qu'autour de la table, tous les centres hospitaliers qui résistaient également...

Quand vous êtes un centre hospitalier, faire au dernier moment une demande au Département qui répond en 48 heures, c'est confortable. On leur demande maintenant de faire cette demande plus tôt, nous répondrons en 48 heures ou trois jours, mais leur demande devra être faite plus tôt avec des dossiers complets.

Nous avons évoqué les paiements : les CESU pour l'emploi direct, le paiement direct aux services d'aide à domicile pour les prestataires avec un système d'avance et de régularisation. Il existe résiduellement des paiements sur les comptes bancaires, mais l'idée est de financer directement le service qui intervient afin de sécuriser le paiement plutôt que de donner des sommes et de devoir contrôler en créant des indus qui mettent les usagers en difficulté.

Mon collègue va maintenant répondre aux questions posées sur le contrôle qualité et quantité des prestataires dans le cadre de la mise en œuvre des plans.

M. DE VOS.- Pour moi, passer après M. COUSTELLIER ne va pas être facile. Je n'ai pas son antériorité dans les services ni son expérience. Je suis là depuis plus d'un an et mon approche est sans doute plus réduite que la sienne puisque je suis en charge aujourd'hui, au sein du service Financement et Modernisation des SAAD, de l'instruction des dossiers d'autorisation et, derrière, de l'évaluation de la conformité au fil du temps.

Je suis également en charge de l'instruction des réclamations. Ce sont surtout les liens avec les SAAD et exclusivement les SAAD prestataires. Je ne connais pas forcément les SAAD mandataires et je n'ai pas forcément à les connaître, sauf en cas de réclamation par exemple.

À ce titre, nous suivons également la santé financière des SAAD, un sujet considéré comme important compte tenu du fait qu'un SAAD qui viendrait à déposer le bilan laisserait de nombreux usagers dans la difficulté. Même avant ce stade, quand on est en grande difficulté, on a du mal à être présent sur la qualité. Nous devons réaliser un minimum de suivi de ces situations.

Concrètement, bien que nous ne soyons pas le service payeur des SAAD, payeur des prestations réalisées, nous sommes en charge d'un certain nombre de conventions comme le Covid dont nous parlions tout à l'heure. À cette occasion, des primes ont été versées aux salariés, ainsi que des compensations de la baisse de l'activité.

Je peux également citer l'avenant 43, les conventions liées aux métiers, les formations, le tutorat, etc.

Nous avons un lien privilégié. Je suis en charge du territoire de Lille métropole par exemple, chaque SAAD doit savoir qu'il a un lien privilégié avec son chargé de mission qui peut faire le lien lorsqu'il y a un problème de paiement ou un problème plus territorial.

Je suis présent depuis plus d'un an dans ce service, ce qui explique un petit manque de recul, mais je vais essayer de répondre au mieux à vos questions tournées autour de la qualité et du contrôle lié, des paiements et des contrôles liés ainsi que de la période Covid.

Pour ce qui est de la qualité, nous distinguons trois sujets, dont la conformité au cahier des charges. Lorsqu'un SAAD dépose une autorisation en tant que prestataire, nous étudions son dossier qui est un dossier normalisé, nous vérifions qu'il présente les diplômes nécessaires, son organisation qualité et

s'il a déjà des procédures, les appuis nécessaires et si la documentation est crédible, s'il a mis en place des procédures sur la bientraitance, si son business plan à trois ans est réaliste, etc.

Tout cela est regardé au moment de l'autorisation et nous pouvons être amenés à le regarder plusieurs mois ou plusieurs années plus tard dans diverses circonstances.

Tout d'abord, le SAAD est amené à faire des évaluations internes ou externes et à nous les transmettre. C'est un œil extérieur et nous devons être en mesure de regarder quelles sont les remarques.

Ensuite, notre attention peut être attirée des réclamations fréquentes, par un responsable de pôle autonomie, par une santé financière fragile, ce qui peut nous amener à déclencher un contrôle de conformité : nous reprenons avec le SAAD ses pièces et nous regardons si ce qu'il nous avait déclaré est toujours valable. Il peut nous arriver de découvrir qu'un SAAD a un problème de personnel, un directeur parti et que la qualité n'est plus suivie. Généralement, quand notre attention est attirée, c'est qu'il y a des problèmes de ce type.

En 2020, 28 SAAD ont fait l'objet d'un contrôle. 13 étaient conformes et 15 sont accompagnés vers la conformité, cela peut être en les amenant à travailler sur leur autorisation.

Voilà pour l'aspect conformité du dossier SAAD, conformité au cahier des charges. J'ai oublié de préciser qu'il existe un cahier des charges national qui nous guide.

Deux autres points sont, premièrement, la gestion des réclamations des usagers. M. COUSTELLIER évoquait 20 réclamations en 2020. C'est un nombre très faible, voire ridiculement faible, mais il faut signaler que ce sont les réclamations usagers qui sont arrivées en central et qui sont les seules qui sont tracées.

Cela signifie que nous ratons les réclamations des usagers qui arrivent sur les territoires, lesquels ont une autre façon de gérer les choses que nous. Quand eux reçoivent une réclamation, ils rencontrent directement l'utilisateur et le SAAD et résolvent le problème au plus près du terrain.

En revanche, ils sont peut-être moins soucieux que nous de tracer leurs actions et nous n'avons pas ces actions. Nous avons d'un côté une action tracée qui se contente de rappeler ses devoirs aux SAAD. C'est de l'autre côté une action beaucoup plus opérationnelle, mais pas tracée.

Nous revoyons notre procédure en expérimentation avec la DT de Flandres avec laquelle nous allons travailler puisqu'ils ont un outil de traçage. Nous essayerons d'étendre cela sur l'ensemble du territoire pour avoir un outil de traçage unique et une documentation de tout ce qui est fait sur le territoire en la matière, sans pour autant alourdir les territoires qui doivent conserver leur réactivité. Il faut qu'ils soient capables de continuer leur action en résolution de problèmes.

Toujours est-il que cette procédure de suivi des réclamations des usagers est travaillée, elle devrait changer d'ici la fin de l'année. Si vous voyez l'indicateur passer de 20 à 153, ce ne sont pas les SAAD sont devenus maltraitants, mais que nous aurons un meilleur indicateur.

Je reviens sur le premier item : peut-être capterons-nous plus de réclamations d'utilisateurs sur certains SAAD et que nous travaillerons mieux sur leur conformité.

Restait le suivi qualité, à savoir les questions liées à la mise en œuvre du plan d'aide et à des difficultés de mise en œuvre. C'est par exemple un SAAD qui signale des difficultés pour mettre en place la prestation parce qu'il n'a pas le personnel ou parce qu'il y a un écart entre ce qui a été évalué et ce que le SAAD est capable de faire.

Cela peut se traiter territorialement au sein des instances institutionnelles. Régulièrement, une fois par mois environ, le responsable du pôle autonomie, son médecin et son équipe d'évaluateurs se réunissent avec des SAAD pour traiter directement de situations d'utilisateurs. Cela peut être réactif.

Je passe maintenant au paiement de l'APA en mode prestataire. L'APA prestataire est versée directement aux SAAD, ce n'est pas un versement à l'utilisateur qui va ensuite payer le SAAD, c'est le Département qui va payer directement le SAAD, sauf refus express de l'utilisateur bien sûr. C'est sur la base d'un relevé d'heures mensuel qui est transmis au mois échu.

L'application Alfresco permet aux SAAD de déposer un fichier avec le nombre d'heures réalisées.

Il faut savoir que ce paiement à mois échu ne facilite pas la trésorerie des SAAD, notamment des SAAD les plus importants qui ont beaucoup d'usagers, qui dépensent d'abord l'argent pour payer leurs intervenants.

Il a été mis en place il y a quelques années une avance trimestrielle payée aux SAAD qui ont un certain volume de bénéficiaires de façon à constituer une trésorerie avec une récupération sur avance si les heures ne sont pas réalisées.

Cela permet également au Département de lisser sa dépense.

Je passe au contrôle d'effectivité des heures prestées. Nous avons évoqué les plans d'aide décidés et prescrits et la réalisation des plans d'aide, avec un certain nombre d'heures prescrites et un certain nombre d'heures réalisées, ces dernières étant les heures que le SAAD introduit dans Alfresco. Nous pouvons donc le mesurer sur la base de la déclaration du SAAD qui dispose lui-même d'outils de télégestion.

Bien entendu, nous devons réaliser des contrôles d'effectivité des heures prestées.

Je précise pour fixer des ordres de grandeur que le taux d'effectivité en APA, le rapport entre les heures réalisées et les heures prescrites, était de 74 % en 2020. Le taux d'effectivité en PCH en 2020 était de 79 %.

À partir de là, le Département réalise les contrôles d'effectivité particulièrement sur les SAAD qui sont au-delà de ces taux et particulièrement au-delà de 90 %. Nous nous rapprochons des SAAD qui doivent nous justifier comment ils font pour atteindre 90 %. Quelquefois, cela nous vaut des réponses telles que : « Si je suis au-dessus de 90 %, c'est que je fais mon travail et que j'essaie de le faire bien ». Cela peut nous mettre en position délicate.

Certains SAAD qui font de la PCH déploient beaucoup d'énergie pour réaliser à tout prix ces plans d'aide, d'autres ont plus de mal à les réaliser.

Quoi qu'il en soit, ces contrôles sont réalisés, d'abord en demandant un justificatif, puis éventuellement sur pièces.

En 2020, sept SAAD ont fait l'objet d'un contrôle sur pièces avec contrôle des heures de pointage, des factures des usagers et des heures déclarées.

Un peu comme tout à l'heure, j'ai terminé en évoquant une nouvelle procédure qualité, en l'occurrence nous avons un projet de télétransmission. L'un des talons d'Achille de cette procédure de paiement est la déclaration et nous mettons en place un projet de télétransmission des heures par les SAAD qui pourraient aller directement de la télégestion sur place par l'auxiliaire de vie qui intervient, rapatriées sur le logiciel du SAAD et transmises directement sur un portail départemental.

Nous n'en sommes pas encore là, mais cela fait partie des développements que nous imaginons pour la suite.

Je vais passer à la période Covid : l'activité a continué pendant cette période et les SAAD ont vraiment fait l'essentiel pour adapter leurs interventions. Là où ils pouvaient alléger, ils le faisaient pour se concentrer sur les personnes qui en avaient le plus besoin, les personnes qui ne bougeaient plus par exemple, sauf en cas de refus de la prestation.

Cela a été accompagné par le Département par des conventions de compensation de baisse de l'activité et par des primes d'activité.

Mme LETARD.- Merci beaucoup. Nous vous avons demandé d'être plus que synthétiques et nous avons le support écrit de vos interventions.

Bravo pour le travail que vous accomplissez. Ce n'est pas le sujet le plus simple que le Département a à prendre en compte. S'il y a un sujet humain parmi tous, c'est bien celui-là.

Nous vous souhaitons bon courage et merci pour toutes les explications que vous avez bien voulu nous donner.

(Départ de M. COUSTELLIER et de M. DE VOS)

(Entrée en séance des représentants des fédérations représentatives des services d'aide à domicile)

❖ **Les modalités d'attribution - Points de vue des Fédérations**

Mme LETARD.- Bonjour à toutes et à tous. Merci de nous accorder, pour la deuxième fois pour beaucoup d'entre vous, de votre temps pour échanger et continuer à approfondir le sujet de cette mission d'information.

Peut-être pouvons-nous faire un tour des présents.

(Tour de table, présentation des représentants de la FESP, du SYNERPA, de l'UDCCAS, de l'UNA Nord, de l'ADMR, de la FEPEM et de l'URIOPSS.)

Mme LETARD.- Vous étiez déjà venus dans une première séquence qui était consacrée à poser le sujet. Chacun a eu largement l'occasion, au-delà de l'objet de la première réunion, de rappeler les interrogations de vos professions, de vos services et de vos équipes respectives.

Bien que nous ayons déjà dans les séquences précédentes abordé les enjeux de l'APA d'urgence et les plans d'aide, aujourd'hui cette séquence est spécifiquement consacrée aux plans d'aide, au rôle des services d'aide à domicile au moment de leur notification, aux modalités d'attribution, à l'évaluation du juste droit de la personne, aux modalités de paiement ou encore aux modalités de contrôle.

Nous avons déjà évoqué plus ou moins largement tout le champ, mais l'idée est de creuser cette partie spécifique du travail que nous menons sur la mission avec vous et de vous laisser la parole sur ces questions précises.

Peut-être vous êtes-vous organisés entre vous, peut-être préférez-vous successivement prendre la parole sur ce spectre du travail que nous allons mener ensemble.

Vous avez eu le questionnaire comme la dernière fois. Je vous propose de vous exprimer sur ces sujets très précis, que vous nous apportiez vos critiques, vos interrogations et vos préconisations éventuelles.

FESP.- L'idée est de vous donner quelques éléments de contexte.

ADMR.- Nous avons eu un peu de temps pour nous coordonner et débattre d'un sujet que j'avais mis sur la table la semaine dernière et qui a été remis à l'honneur en début de semaine.

Merci, Monsieur CATHELAIN, pour toutes vos précisions de la semaine dernière.

L'idée est de vous exprimer notre dépit sur les décisions qui ont été prises. Aujourd'hui, les dotations de l'avenant 43...

Je suis désolée, je fais un aparté, mais j'en profite pour en parler.

Les dotations qui nous ont été attribuées ne correspondent malheureusement pas au montant que nous avons reçu au dernier trimestre 2021. Or, il est précisé que les surcoûts de l'avenant 43 doivent être calculés sur l'activité de 2019, donc je m'interroge sur la différence de montants qui nous ont été octroyés en 2022 et en 2021.

Nous avons tous été contrôlés via un système de tableaux en début d'année sur les revalorisations de salaire. De mon côté, je n'ai pas eu de retour des techniciens, donc je pars du principe que nous sommes dans les clous. C'est notre première incompréhension.

Notre deuxième inquiétude, c'est : comment allons-nous faire ? S'agissant de ce surcoût, je vous rappelle que la dotation n'est basée que sur les heures APA et PCH. Toute la partie taux plein n'est pas prise en compte dans ce surcoût. Pour mon réseau, le surcoût est estimé à environ 2,1 M€ par an et notre dotation est de 1,6 M€. Je vous laisse faire le calcul.

Notre second dépit porte sur la deuxième compensation. C'est un vrai sujet qui a été porté sur le plan juridique, d'ailleurs, puisque le premier décret prévoyait, dans la première compensation de baisse d'activité, un calcul en lien avec une période de référence. Trois périodes avaient été choisies et nous prenions la période la plus favorable aux services d'aide à domicile. Je vous donne un exemple, pour nous c'était janvier 2020.

Sur la première période de confinement, il était calculé ce que nous avons facturé au regard de notre mois de référence, le mois de janvier 2020 dans le cas d'espèce, et le delta était compensé d'un point de vue financier. C'était parfait.

Quant à la deuxième compensation décidée pour la période du 30 octobre à fin mai 2021, le calcul devait être le même. Je ne sais pour quelle raison, il a été décidé de faire autrement et de calculer cette deuxième compensation sur les cas de Covid que les services d'aide à domicile reportaient toutes les semaines au Département, cas Covid uniquement chez les usagers.

Autrement dit, si nos aides à domicile avaient le Covid et ne pouvaient pas aller travailler, donc faire leurs heures, ce n'était pas pris en compte.

Ce manque à gagner pour nos services a été sur cette période de 400 000 €. La deuxième compensation calculée sur les cas Covid nous a permis d'avoir 116 000 € et aujourd'hui j'ai appris que nous aurions une rallonge de 43 000 €. Autrement dit, mon réseau bénéficie de plus de 160 000 € pour une baisse d'activité de 400 000 €. Pour autant, nos charges restent identiques.

Nous avons le sentiment, au-delà du fait que nous ne comprenons pas la stratégie du Département concernant les services d'aide à domicile, puisque c'est une vraie question, au-delà de la réforme des services à l'autonomie qui se profile et qui est en train de se détailler (nous voyons à peu près où l'on veut nous emmener, mais comment c'est plus compliqué), aujourd'hui notre cri d'alerte est le suivant : quel est le souhait du Département, quelle est la politique menée pour les services d'aide à domicile quels qu'ils soient ?

Comment faisons-nous financièrement pour tenir, puisqu'il y a une logique financière ? À un moment donné, il faudra que nous prenions des décisions. Qu'il y ait ou pas revalorisation des salaires, nous sommes en difficulté financière.

J'ai insisté la semaine dernière en vous disant : ne croyez pas que les associations sont toutes mal gérées, loin de là. Nous optimisons, nous sommes dans l'efficacité. J'imagine que des structures peinent un peu, certainement, mais dans l'ensemble nous avons tous des cultures et des logiques d'entrepreneurs et ce n'est pas parce que nous sommes pour certains en format associatif que cette logique ne s'applique pas, bien au contraire.

Dans mon réseau, je parle de résultat, je parle du bénéfice, je parle de rentabilité et d'équilibre budgétaire.

Seulement, quand vous êtes sur un coût moyen de 22 € alors que nos coûts d'intervention, pour chacun d'entre nous, sans avenant 43, sans revalorisation de salaire, sont de minimum 25 €, c'est impossible de tenir.

Nous avons besoin de vous pour nous aider à y voir plus clair, pour nous expliquer la stratégie du Département pour que nous sachions sur quel pied danser, parce que c'est difficile à comprendre.

FESP.- En complément d'information sur la situation, vous n'êtes pas sans savoir que l'avenant 43 ne concerne que les acteurs du champ associatif. Comme j'ai pu l'évoquer, au sein de la FESP et du SYNERPA se trouvent des acteurs qui relèvent de la convention collective des entreprises, ce sont des entreprises de services qui interviennent auprès des personnes les plus fragiles, mais qui n'ont pas été concernées par ces revalorisations.

Cette situation crée une forme de déloyauté d'activité, avec une revalorisation avec de l'argent public orienté vers une certaine typologie d'acteurs. En face, les acteurs entrepreneuriaux n'ont plus les moyens de maintenir ou de conserver leurs professionnels dans ces situations.

Il existe plusieurs possibilités d'agir. Par exemple, la Saône-et-Loire a appliqué à tous les acteurs une revalorisation et l'équivalent de l'avenant 43 est réparti pour toutes typologies d'acteurs, hors statuts. En Ille-et-Vilaine, le Département permet aux acteurs de déroger à l'encadrement des tarifs.

Dans le Département du Nord, plusieurs structures ont demandé au président Christian POIRET d'impacter sur leurs tarifs la revalorisation nécessaire pour payer leurs collaborateurs, mais aujourd'hui ces dérogations ne leur ont pas été accordées.

SYNERPA.- Nous sommes pris en étau avec le plafonnement. Il faut bien que la charge soit répartie sur quelque chose. Nous avons une prise en charge à 22 € par le Conseil départemental pour les bénéficiaires de l'APA. Nous ne pouvons pas facturer au-delà de 10 % en reste à charge en dehors du ticket modérateur.

Cela ne concerne pas les personnes dont le revenu est supérieur à 2 500 € par mois, mais dans le Département du Nord nous ne sommes pas trop sur ce profil. De plus, ces profils ont des entrées en dépendance qui n'ont rien à voir. Vous n'êtes pas sans savoir qu'en fonction de sa CSP on n'a pas tout à fait la même entrée en dépendance ni les mêmes besoins.

Nous sommes pris en étau avec des collaborateurs qui, de façon tout à fait justifiée, demandent des revalorisations salariales. C'est tout à fait normal, aujourd'hui le salaire moyen d'une auxiliaire de vie c'est à peine plus que le Smic.

De l'autre côté, les clients demandent de plus en plus de professionnalisation, d'encadrement. Avec l'intégration de tous types de publics dans la vie courante, nous avons aujourd'hui un panel de prises en charge qui demandent de plus en plus de formations, de plus en plus de qualifications, donc de plus en plus de charges et nous ne pouvons pas facturer le coût réel de la structure.

Le représentant de la FESP et moi sommes des fervents défenseurs des organisations collaboratives au sein de nos équipes. Attention cependant, je vous alerte, ces organisations ne sont pas des organisations moins coûteuses, loin de là. Au contraire, nous remettons en place davantage de temps d'échange, de temps collaboratifs qui ne sont pas des temps facturables.

Nous sommes tous coincés et nous nous posons la question de comment faire demain pour survivre.

UDCCAS.- Ainsi que nous l'avons évoqué la semaine dernière, cette situation de l'avenant 43 préoccupe également les services d'aide à domicile publics.

Mme BOURGUIGNON s'est engagée récemment à améliorer les conditions salariales des agents dans les SAAD publics puisqu'il y avait des mises en concurrence entre les professionnels des SAAD privés et des SAAD publics, avec des conditions salariales.

Nous avons eu l'accord de Mme BOURGUIGNON, mais nous nous questionnons sur la mise en application dans le Département.

UNA Nord.- Concernant l'avenant 43, l'intervention de l'ADMR était parfaite et je n'ai rien à ajouter, si ce n'est que nous sommes tout à fait alignés sur son propos.

Sur l'année 2022, en l'état des dotations, je vois déjà une grosse structure qui ne passera pas et ce sera public. Sur 2023, si cela passe, c'est grâce aux PGE négociés depuis 2020, qui sont aujourd'hui reportés grâce aux nouvelles dispositions gouvernementales. Cependant, c'est une mesure temporaire et c'est de la trésorerie.

Quant aux autres sujets, nous avons travaillé tous ensemble sur les thématiques et nous sommes complètement rattachés sur tous les sujets. Je peux me risquer à une synthèse rapide sur le volet opérationnel des éléments relevés.

Pour ce qui est des plans d'aide, ce qui ressort de manière systématique, c'est que le faire signer à l'utilisateur pose problème. Parfois, des plans d'aide ne sont pas retournés, des plans d'aide se perdent, des usagers ne comprennent pas que l'on attend encore quelque chose d'eux. Le délai de 10 jours avant le retour du plan d'aide pose vraiment problème dans la gestion du dossier.

Concernant l'APA, il y a eu un consensus sur la nécessité de prévoir soit des fiches d'aggravation comme cela a été mis en place sur la DTML soit des possibilités de revoir l'APA en urgence au regard d'une dégradation de la situation de la personne.

Sur le volet financier, il y a consensus également sur le fait que les avances trimestrielles sont vitales pour les structures et qu'il faut bien entendu les maintenir.

Quant à l'exécution du plan d'aide et plus particulièrement le volet contrôle, les questions étaient posées sur le volet qualitatif et quantitatif. Ce qui ressort majoritairement, c'est le volet quantitatif via la télégestion qui permet de relever les heures réalisées à domicile, avec un contrôle d'effectivité indiscutable et indéniable qui peut être réalisé grâce aux outils développés par les structures depuis de nombreuses années et largement financés par le Département.

Pour ce qui est des éléments dans les factures, la question nous a été posée, mais c'est la loi de 2002 qui encadre le contenu des factures. Il suffit de s'y référer, le contenu est déjà déterminé par la loi.

Une question m'a un peu surprise concernant le trop-perçu éventuel des SAAD à la fin de la mise en œuvre d'un plan d'aide. La question ne se pose pas, puisque nous sommes en facturation au réel, nous facturons les heures réalisées au taux horaire défini par le Département.

Je fais un petit aparté : ce taux n'est pas de 22 € comme on peut l'entendre, mais d'environ 18 € puisque, dans ces 22 €, le ticket modérateur est intégré. Sur l'année en cours, ce sont plutôt 18 € (cela dépend des plans d'aide, évidemment), mais en moyenne c'est cela, et ce hors TVA pour les structures lucratives.

Je conclurai sur le dernier point de vos questions qui est effectivement très important, le rôle qu'ont joué les SAAD durant la crise sanitaire, indispensable, essentiel et très mis en avant, en tout cas dans les paroles.

Dans les actes, nous avons reçu un très fort soutien du Département en début de crise sanitaire sur le premier confinement, notamment sur les EPI fournis par le Département par exemple. Aujourd'hui, tous ces surcoûts sont restés à la charge des structures et ils continuent d'être fournis par les services d'aide à domicile (masques, gel, etc.).

Sur le terrain, nous avons été un relais essentiel avec le maintien du lien social assuré par nos services, et ce exclusivement puisqu'il n'y avait pas grand monde sur le terrain à part nous, avec l'identification des situations d'isolement, le maintien du lien social, le lien noué avec les équipes du Département, notamment sur les évaluations.

Nous sommes allés chercher les documents à domicile quand les équipes du Département ne pouvaient pas se déplacer.

Je rappelle que les baisses d'activité que nous avons subies sont liées à la crise sanitaire et le sont pour plusieurs raisons : nous avons dû recentrer nos interventions sur les actes essentiels. Au regard de la crise, nous n'allions pas au domicile pour des missions qui n'étaient pas réellement vitales.

De plus, de très nombreux salariés étaient arrêtés car cas Covid ou cas contacts, ce qui a pénalisé l'activité. Nous n'y sommes pour rien, mais cela explique les baisses d'activité particulièrement importantes et conséquentes pour nos services.

ADMR.- Je voudrais ajouter un point sur l'activité.

Notre système de financement est un système d'avances trimestrielles calculées sur un pourcentage de ce que nous avons facturé l'année précédente. C'est un peu compliqué d'entendre de la part des services que la compensation est limitée étant donné qu'il y a un niveau d'activité équivalent alors que pour ma part – et je ne sais pas si c'est le cas de mes collègues – mon avance trimestrielle a largement diminué puisque j'ai perdu 80 000 € entre 2022 et 2021. Cela confirme qu'il y a eu une baisse d'activité de nos services.

SYNERPA.- Je confirme et c'est paradoxal.

ADMR.- Nous avons d'un côté un surcoût, une revalorisation des salaires, j'ajoute que cette revalorisation s'accompagne d'une convention collective qui n'est pas tout à fait la même que le privé, nous ne sommes pas sur les mêmes règles, je pense par exemple aux indemnités de trajet, donc il y a aussi des surcoûts dans notre convention collective, et de l'autre côté une compensation qui ne suit pas le manque d'activité et, pour autant, une baisse de nos avances trimestrielles.

Mme LETARD.- Merci de la précision.

FEPEM.- S'agissant de la FEPEM, nous pouvons également vous faire une synthèse.

Les modalités de mise en œuvre d'un plan d'aide sont gérées directement par le particulier employeur ou son aidant naturel. C'est une adaptation au quotidien du besoin. Il peut être intéressant de voir comment nous pourrions contribuer à une meilleure information par les équipes du Département auprès de ces personnes qui choisissent ce mode d'emploi, notamment sur le reste à charge.

C'est une question qui est très importante, le reste à charge pour les particuliers employeurs qui choisissent l'emploi direct : comment sont-ils informés par les équipes médico-sociales sur le coût qu'ils devront assumer en complément des CESU préfinancés ?

Concernant l'impact sur la crise sanitaire, nous avons mené une étude en partenariat avec IPSOS. Comme les SAAD, les salariés des particuliers employeurs ont maintenu leur activité et 98 % des particuliers employeurs ont poursuivi également l'activité.

Du côté de la FEPEM, nous avons beaucoup œuvré pour que le dispositif de chômage partiel puisse être appliqué à notre secteur et afin que les salariés de notre secteur puissent bénéficier de masques gratuits. Une communication a été menée en partenariat avec l'ACOSS.

Le secteur a également œuvré pour que les assistants de vie puissent bénéficier de la prime Covid. Dans le département du Nord, cela a été suivi : les assistants de vie qui travaillent via des structures mandataires ont pu bénéficier d'une prime Covid.

Dans l'action de la FEPEM, notre difficulté est que l'on ne connaît pas nos particuliers employeurs ni nos assistants de vie. Tout le travail que nous pourrions mener avec vous visera à sensibiliser les particuliers à ce mode d'emploi et au libre choix.

FEPEM.- J'insiste sur le travail paritaire mené pendant la crise Covid. Il s'agit d'une relation d'emploi particulière entre un particulier et son salarié à domicile. Il est important que le niveau d'information soit le même du côté du particulier employeur et du côté des salariés.

Un travail a été mené avec les organisations syndicales pour travailler dans un premier temps sur un guide de bonnes pratiques lié à la période Covid, qui a été diffusé très largement auprès des salariés et des particuliers employeurs.

Je souligne également que cette période Covid a été l'occasion pour les organisations syndicales et la FEPEM de retravailler le cadre conventionnel. Depuis le 1^{er} janvier 2022, une nouvelle convention collective est applicable à notre secteur.

Cela a été négocié pendant la crise Covid et ce qui est intéressant sur cette nouvelle convention collective c'est qu'elle ouvre de nouveaux droits aux salariés du particulier employeur et qu'elle renforce certains droits, ce qui nous permet de trouver des leviers d'attractivité pour notre secteur de l'emploi à domicile.

C'était important de le dire puisque nos salariés ne sont pas concernés par l'avenant 43, quand bien même nous travaillons sur l'attractivité de ces métiers et la convention collective est un très bon levier pour travailler sur ce sujet.

Mme LETARD.- Merci, Madame.

Monsieur, vous vouliez préciser quelque chose ?

FESP.- Je voulais aborder deux sujets, notamment l'impact du Covid sur les SAAD et les enjeux de qualité.

J'aimerais parler au nom d'un collectif qui s'appelle L'Humain d'abord et qui regroupe des acteurs de tous statuts : entreprises, associations ou autres, qui sont engagés dans l'innovation organisationnelle notamment au niveau du maintien à domicile. Ce sont des sujets importants pour le Département du Nord puisqu'il a engagé un deuxième programme pour accompagner tous types de structures vers ce que nous appelons dans notre jargon les équipes autonomes, c'est-à-dire des niveaux de délégation assez avancés au niveau des auxiliaires de vie.

Dans le contexte de la crise Covid, ce sont ces modèles qui ont fait leurs preuves. Ce sont notamment les niveaux de délégation assez importants concédés aux auxiliaires de vie qui ont permis d'assurer les continuités de service et d'éviter les ruptures, l'isolement des personnes.

Ce sont d'abord les auxiliaires de vie, hommes et femmes sur le terrain, auxquels les services à domicile ont délégué le maintien à domicile qui se sont organisés le mieux possible en fonction des problématiques de leurs collègues, de leurs territoires et de leurs enjeux pour assurer de la continuité de service.

Lors de la dernière audition, nous avons évoqué les enjeux de délégation au niveau des services en termes d'évaluation de plans d'aide ou autres. Je voulais donc rappeler que l'on peut déléguer un nombre de choses assez important aux auxiliaires de vie.

L'autre élément à aborder avec vous porte sur les enjeux d'évaluation et de qualité. La question était posée dans le questionnaire : comment vous assurez-vous que le plan d'aide convient aux personnes accompagnées ?

Dans la précédente mandature, nous avons évoqué qu'il nous semblerait important que le Département lui-même évalue le niveau du service rendu lorsqu'il verse l'allocation personnalisée d'autonomie. Une personne qui perçoit l'allocation est tout à fait capable de dire que cela lui convient ou non, sans devoir passer par un intermédiaire qui serait le service d'aide au domicile.

Nous avons préconisé des outils assez simples, notamment le Net Promoter Score. C'est un simple texte qui peut être envoyé à toutes les personnes, aidants ou personnes concernées, qui vous permet d'obtenir une cartographie immédiate du niveau de service rendu par les acteurs du domicile. Cela permet même d'évaluer éventuellement le service rendu par l'emploi direct.

Ce chantier a été abandonné, je vous propose de le réaborder puisque cela me paraît indispensable que le Département qui finance connaisse le niveau de satisfaction des personnes qui perçoivent cette allocation. Pour moi, c'est l'outil d'animation.

Enfin, pour revenir sur le sujet des plans d'aide, actuellement, dans le déroulé, nous y voyons surtout trois confusions, à commencer par la multiplication d'intervenants de profils différents qui viennent dans le processus de démarrage des plans d'aide : l'évaluateur, le SAAD ou d'autres intervenants, lesquels ont des discours différents sur les dispositifs qui seront appliqués et leur financement. Quand vous vous adressez à un public vulnérable, ce n'est pas simple.

Ce sont ensuite des différences de département à département. Une famille qui a une cousine en Corrèze va dire : « Pour ma cousine, c'est comme cela », mais ici c'est différent et cela crée une autre forme de confusion.

Pour finir, sur les plans d'aide, on arrive avec des changements subis. Ce n'est pas parce que l'on arrive avec un plan d'aide prévu (on évoquait l'APA d'urgence ou l'aide sociale), une structure peut démarrer, mais parce que la personne est éligible à l'aide sociale une autre structure devra intervenir. Ce contexte génère beaucoup de confusions au démarrage.

SYNERPA. - Sans compter qu'en général, lors de l'évaluation, l'évaluateur ne parle que de la prise en charge du Conseil départemental, donc des 22 €. Il ne parle pas du reste à charge possible entre ces 22 € et le prix tarifé par la structure.

Il oublie quelque chose de très important : les prestations les dimanches et jours fériés. Le Conseil départemental, dans sa façon d'élaborer les plans d'aide, dans sa façon d'aborder la tarification, semble imaginer que l'on ne vient pas les dimanches et les jours fériés.

Or, certaines prises en charge nécessitent des interventions 365 jours par an, dimanches et jours fériés compris. Nous nous retrouvons coincés avec ce plafond puisque nous y arrivons très vite avec les majorations des dimanches et jours fériés.

Sur cette notion de parcours, la façon dont est géré l'accès au plan d'aide, la façon dont sont gérées les aggravations actuellement, lorsque l'on parle du parcours global de l'utilisateur, ce n'est pas uniquement dans sa vie domiciliaire, mais également en dehors du domicile et, aujourd'hui, la façon dont l'APA est gérée crée des ruptures de parcours avec des allers et retours sanitaires.

Parfois, on ne peut pas faire autrement parce que l'on a des plans d'aide trop étroits, que l'on ne sait pas où mettre les personnes ni comment réagir puisque l'on ne nous laisse pas de latitude pour adapter assez rapidement le plan d'aide.

Sur un retour d'hospitalisation, la personne aura besoin d'un renfort de prise en charge pendant une quinzaine de jours, mais les plans d'aide ne le permettent pas. Il arrive que l'on reporte le retour à cause de cela.

Mme LETARD.- Pouvons-nous croiser ce que vous dites avec ce que vous disiez lors d'une précédente séance sur la souplesse des plans d'aide ?

Comment voyez-vous les évolutions qu'il pourrait y avoir par rapport à cette réalité ? Sous quelle forme la voyez-vous ?

SYNERPA.- Imaginons un plan d'aide selon lequel nous intervenons 40 heures par mois, sachant que les mois comptent entre 28 et 31 jours. En mai par exemple, nous avons énormément de jours fériés. Une dotation nous est octroyée avec trois passages : un le matin, un le midi, un le soir.

La personne entre à l'hôpital, puisque nous stoppons les passages nous ne facturons pas, mais quand elle rentrera de l'hôpital elle aura plus besoin de nous, forcément. Il se peut également que, pendant qu'elle est à l'hôpital, elle ait besoin de nous pour lui apporter du linge, gérer son chien ou son courrier. Tout cela n'est pas compris.

Nous devons tarifier trois quarts d'heure de toilette, trois quarts d'heure de repas, trois quarts d'heure de soins. Pourquoi ne pas nous laisser gérer l'enveloppe ? Nous sommes sur tel niveau de dépendance, la personne a besoin d'un accompagnement de telle intensité, laissez-nous faire avec une dotation annuelle qui semble plus pertinente.

Nous pourrions alors nous adapter. En période de vacances, si les petits-enfants sont présents, nous allégeons le plan d'aide. Au départ des petits-enfants, il y a un petit coup de cafard, il faut que nous soyons là plus souvent.

Mme LETARD.- Depuis le début des auditions, nous vous écoutons. Nous sommes dans une évaluation, nous essayons de déterminer comment cheminer ensemble dans un contexte que vous connaissez. Notre attention collective est de construire avec vous une réflexion dans la limite de ce que nous pouvons.

Le sujet a déjà été évoqué la dernière fois : comment arriver à quelque chose de plus souple ? Nous pouvons partir du principe que nous pouvons vous faire confiance, mais le payeur a besoin de contrôler et, sans vous museler ou vous faire l'enfer, de trouver les voies et moyens de mesurer, quand nous vous laissons cette souplesse dont vous parlez, qu'elle a été utilisée à bon escient.

Comment trouver des voies de réflexion communes qui nous permettent de trouver ces souplesses ?

Je n'ai pas la réponse, vous imaginez bien. De la même façon, ce n'est pas moi qui vais vous dire quelle est la vision du Département sur la stratégie puisque, si nous posons ce sujet aujourd'hui et que nous le porterons à la connaissance et du président et des vice-présidentes en charge, puisqu'il y a un lien avec Sylvie CLERC, nous avons besoin d'emmagasiner, d'entendre.

Vous savez que nous avons nos propres difficultés, mais nous voulons regarder jusqu'où nous pouvons aller dans les évolutions. Nous essaierons de lever tous les outils, toutes les possibilités. Même en

interne, avec la Direction de la Communication, nous avons noté des voies de progrès ne serait-ce que sur les différents outils internes dont nous disposons pour raccourci les délais. C'est un exemple.

Nous devons déterminer comment améliorer les choses. Nous n'allons pas le faire en claquant des doigts ni en faisant la révolution, mais nous avons besoin de traiter ce sujet.

FESP.- Tant que vous ne mesurez pas la satisfaction du service rendu, vous ne pourrez pas agir.

ADMR.- Nous sommes bien d'accord, c'est comme la Sécurité sociale : quand vous avez un doute, vous envoyez un contrôleur au domicile de la personne en arrêt maladie. Je pense que nous sommes tous d'accord pour dire que nous n'avons aucun souci à être contrôlés.

Aujourd'hui, nous avons des outils de télégestion, nous ne pouvons pas faire ce que nous voulons. On pourrait trafiquer les lignes, ce serait facile finalement, mais quand vous regardez les taux de réalisation des plans APA vous constatez que l'on n'arrive pas à dépasser les 80 %. Nous manquons de personnel et nous n'arrivons pas intervenir correctement au domicile.

Nous pourrions vous fournir beaucoup d'indicateurs sur ces sujets.

À partir du moment où nous avons du financement public, c'était la question d'une des conseillères la semaine dernière, c'est compliqué d'être juge et partie. Que le SAAD fasse l'évaluation au domicile peut paraître compliqué, surtout si un jour la tendance s'inverse et que nous avons beaucoup de personnels et beaucoup de personnes à accompagner.

En revanche, nous n'avons pas de souci à nous faire contrôler. C'est normal et cela rejoint ce que disait la FESP : il faut mesurer la satisfaction du client, de l'utilisateur, c'est normal. Ce n'est pas compliqué de venir nous voir et de nous dire : je vais étudier tel dossier de tel usager, donnez-moi les éléments. Nous vous donnerons la facturation, les heures d'intervention, le planning et vous pouvez aller au domicile.

Le sujet est là, il faut que le Département descende sur le terrain pour voir ce qui s'y passe. Cela permettra aussi à certaines structures qui ne font pas le job correctement, puisque l'on en a tous, on a parlé du scandale ORPEA et j'imagine que des structures ne font pas les choses correctement, nous avons nous-mêmes des difficultés avec des intervenantes qui font des choses qu'elles ne devraient pas faire, cela arrive, il n'y a pas que des gens parfaits et je confirme que cette notion de contrôle est importante.

Toutefois, à la base, il faut nous faire confiance. Notre but n'est pas de dilapider l'argent du contribuable, mais de rendre un service tout en étant rentables et équilibrés financièrement.

URIOPSS.- Je voulais intervenir sur ce sujet de la qualité. J'entends bien que le Département souhaite contrôler les structures, mais il ne faut pas oublier que les structures ont cet objectif d'assurer un service de qualité. Le contrôle que vous souhaitez imposer, les structures se l'imposent elles-mêmes. Elles n'hésitent pas à soumettre des enquêtes de satisfaction aux usagers et, sur cette base, l'utilisateur va indiquer si l'on a répondu entièrement à ses besoins ou non.

Je voulais faire un aparté sur les prestations complémentaires effectuées. Les adhérents de l'URIOPSS ont précisé que les modalités de révision des plans d'aide étaient beaucoup trop longues pour des usagers dont la santé se dégradait quand même assez rapidement, notamment en lien avec la crise Covid.

Les structures proposent des aides complémentaires pour lesquelles les usagers doivent payer un taux plein. La structure demande une rétroactivité de ces aides complémentaires transformée en avoir au Département. À ma connaissance, le Département accepte à la marge ce genre de rétroactivité, mais si la structure ne propose pas les aides complémentaires elle ne répond pas entièrement aux besoins des usagers et l'enquête de satisfaction peut être biaisée puisque la situation ou la simulation n'aurait pas été faite auprès des usagers.

UNA Nord.- Ce n'est pas compliqué de mettre en place un premier niveau de contrôle. Les heures sont relevées par le biais d'un fichier transmis au Département tous les mois. Cela permet de contrôler un taux d'effectivité par structure et, au-delà de 80 %, des questions peuvent se poser.

Pour identifier ceux qui fraudent aujourd'hui, sur la base d'un simple fichier Excel, on a déjà une vision d'ensemble.

Mettre en place des équipes de contrôle sur le terrain, c'est une autre affaire pour le Département. Ce sont des fonds et une équipe à mettre en place, néanmoins cela dépend comment c'est organisé. Si ce sont des postes orientés différemment, avec moins d'implication sur l'évaluation et plus de liberté donnée aux SAAD, il y a peut-être des fonctions à revoir, mais c'est l'organisation interne du Département.

Je rebondis sur L'Humain d'abord, le propos de la FESP. Tout ce qui est équipes autonomes, équipes postées et autonomie laissée aux salariés de terrain relève selon moi du pilotage managérial de chacune des structures d'aide à domicile. Ce sont des choix que font les directions. Cela ne doit pas forcément être le financeur qui oriente ce choix.

Ce que ce n'est pas et ce que cela ne sera jamais, c'est ce que nous avons pu entendre encore hier en plénière dans la bouche de M. POIRET, ce n'est pas une démarche d'optimisation budgétaire, mais une démarche de pilotage managérial.

Des études seront faites sur le sujet, si elles démontrent que les équipes autonomes permettent d'économiser sur les volets absentéisme et temps de transport, elles ne permettront pas d'économiser sur le reste, sûrement pas sur les frais de structure et sûrement pas en réduisant de manière intéressante la masse salariale du siège qui pèse déjà très peu dans les coûts des structures. 80 % de la masse salariale, ce sont les salariés du terrain.

Mme GREAUME.- Je vous remercie d'avoir bien décrit la situation des SAAD.

Quelques chiffres m'ont interpellée, notamment le montant payé par le Département. Ce n'est pas une critique du Département, c'est pour essayer d'avancer et d'améliorer. Vous avez parlé de 18 € et du ticket modérateur pour un coût réel de prestation d'environ 25 €, ce qui dénote d'un manque à gagner pour les SAAD très important, si l'on ajoute les jours fériés, les déplacements.

Nous devons avoir un regard particulier sur la disparité entre les SAAD publics et les SAAD privés. Je rappelle que certains SAAD publics ont fermé, du fait de ce manque à gagner. Des services ont fermé à Valenciennes récemment. De plus, nous observons des fuites vers le privé, mais le coût y est beaucoup plus important pour les personnes bénéficiaires alors que la qualité de service est parfois à revoir.

J'entends qu'il y a des contrôles, mais il faudrait également contrôler les montants payés avec les formations. Dans certaines sociétés, dans certains services, certains font des toilettes alors qu'ils n'ont pas les diplômes adéquats et ils sont payés au plus bas.

Le contrôle devrait être par rapport aux prestations effectuées, pas forcément vis-à-vis des personnes âgées parce qu'à partir du moment où elles ont eu satisfaction sur les interventions c'est très bien, mais faisons attention également à ne pas sous-payer des personnes diplômées.

Regardons bien la prise en charge pour les personnes bénéficiaires. S'ils doivent payer plus, ils solliciteront beaucoup moins les services d'aide à domicile.

Mme PARMENTIER-LECOCQ.- Suite à tout ce que vous nous faites remonter, je vous réaffirme notre volonté d'avoir une stratégie claire sur le sujet du grand âge et de l'autonomie et avant tout de répondre aux besoins des Nordistes.

Nous avons besoin d'une vision claire des besoins sur les différents territoires, en nous projetant sur un vieillissement de la population extrêmement important qui impactera énormément ces besoins. Nous l'avons bien en tête.

Nous sommes bien conscients que nous arrivons un peu à la limite du fonctionnement des SAAD, c'est pourquoi nous menons cette mission APA : pour y voir clair et construire cette stratégie.

Dans cette stratégie, nous savons que nous voulons prendre le virage domiciliaire en allant vers le plus possible de maintien à domicile et travailler en nous appuyant sur les services d'aide à domicile.

Nous avons besoin de valoriser les salaires, de mieux reconnaître les compétences pour attirer et recruter sur ces profils. C'est pourquoi nous avons suivi l'augmentation des rémunérations dans le secteur associatif avec l'avenant 43.

Notre problématique est que les services d'aide à domicile ont des statuts différents, avec des conventions collectives différentes, avec des contraintes fiscales différentes (nous avons évoqué la TVA tout à l'heure). Nous devons trouver le modèle économique qui nous permettra d'abord et avant tout de répondre aux besoins de la population qui iront croissant tout en reconnaissant les salaires et en prenant en compte ces différences de modèles économiques.

L'équation est tout de même un peu complexe. De fait, vous avez des statuts très différents et le Département doit faire une gymnastique pour s'adapter et répondre à ces contraintes.

Le secteur associatif a décidé de prendre le taureau par les cornes et de réaliser cette augmentation de salaire, avec le feu vert de l'État sur la compensation des rémunérations. Le secteur privé peut-il faire ce même effort ?

Dans les CCAS, ces efforts sont en cours.

FESP.- C'est de l'argent public, l'avenant 43.

Mme PARMENTIER-LECOQ.- Le modèle économique du secteur privé lucratif n'est pas le même que celui du secteur associatif non lucratif ou celui du secteur public.

FESP.- Qu'entendez-vous par modèle économique ?

Mme PARMENTIER-LECOQ.- Si l'on veut définir des règles, il faut rendre les choses équitables et évidemment revaloriser les salaires, mais également déterminer comment chacun y contribue.

FESP.- Il s'agit d'éviter les inégalités de traitement.

Mme PARMENTIER-LECOQ.- J'ai bien entendu ce que vous avez dit, vous l'avez dit plusieurs fois.

Notre engagement est de prendre ce virage domiciliaire et d'aller de plus en plus en réponse aux besoins des populations. Nous avons besoin de ce temps d'approfondissement et de vos retours sur la façon de construire cette viabilité économique de la réponse que nous devons apporter à nos concitoyens.

Mme LETARD.- En fonction des spécificités des différents profils, des différents statuts.

Mme PARMENTIER-LECOQ.- Et des territoires.

Certains territoires impliquent des contraintes de déplacements beaucoup plus importantes et leurs structures sont différentes.

Nous avons conscience des difficultés économiques, des contraintes économiques. Nous avons commencé à y répondre en suivant l'avenant 43. Nous devons aller plus loin et c'est bien l'objet de cette mission.

J'aimerais connaître la façon dont vous voyez stratégiquement la réponse aux usagers. Vous l'avez dit, tant que nous ne faisons pas des enquêtes de satisfaction auprès des usagers, nous ne pouvons pas nous positionner, mais nous avons besoin que vous nourrissiez cette réflexion sur les attentes des usagers.

S'il doit y avoir de la confiance entre nous sur cette souplesse que vous appelez de vos vœux quant à l'utilisation de la prise en charge, il faut d'abord que nous remettions l'utilisateur au cœur du dispositif et la façon dont il a envie que l'on réponde à ses besoins, qu'il soit le pilote de cette souplesse.

J'aimerais avancer sur les propositions que vous pourriez faire particulièrement sur votre positionnement sur la réponse à l'utilisateur.

FESP.- Je pense avoir répondu concernant la place de l'utilisateur, le Département doit l'interroger directement et construire sa politique d'animation des acteurs autour de cette évaluation de la satisfaction des personnes âgées ou dépendantes vis-à-vis des services qui les accompagnent.

Je mettrai en vigilance à avoir systématiquement une posture de silos entre les acteurs. Nous avons un constat assez unanime sur nos problématiques, nos enjeux et les attentes que nous avons vis-à-vis de vous. J'aimerais être assez prudent sur le fait de ne pas être repositionnés systématiquement. Évidemment, nous avons des écarts entre nos conventions collectives, évidemment les fonctionnements et les gouvernances sont différents, mais globalement les acteurs privés sont dans le champ de l'économie sociale et solidaire en termes d'application des règles, en termes de lucrativité limitée.

Les passerelles sont très nombreuses. Je préférerais que l'on travaille à l'harmonisation des passerelles, aux points communs, à ce que l'on fait ensemble avec les mêmes ressources, quitte à ce que le Département évalue, accompagne, contrôle et suive plutôt que des mesures spécifiques en fonction des uns ou des autres.

UDCCAS.- Nous sommes absolument d'accord avec la FESP, nous ne voulons pas travailler en silos sur le territoire, mais valoriser le fait que les SAAD publics dans leur grande majorité travaillent très bien avec les SAAD privés lucratifs.

La pluralité des SAAD publics, associatifs, lucratifs, majoritairement dans l'ESS, représente aussi la pluralité des besoins de la population du Nord. Nous sommes l'un des départements les plus peuplés avec une diversité de revenus et de territoires hyperurbains et hyperruraux. Je pense que cette pluralité de services d'aide à domicile dans leurs fonctions représente les besoins.

Pour connaître d'autres unions départementales ailleurs, dans le Nord nous avons cette richesse de vouloir travailler ensemble et d'avoir une vraie complémentarité en termes d'actions.

Pour revenir sur la qualité des services apportés, je pense que personne, que ce soit un SAAD public, associatif ou privé lucratif, n'a intérêt à mal travailler, à apporter une mauvaise qualité de service à la personne, à ne pas respecter ses besoins, ses envies, le tout dans des contraintes financières importantes.

Tout le monde a intérêt à apporter de la qualité à la personne. Nous sommes évidemment pour un contrôle accru auprès des personnes pour qu'elles soient actrices.

Pour faire en sorte que les personnes accompagnées au domicile puissent être totalement actrices, il faut se poser la question de la bonne information de ces personnes. Encore une fois, en termes de lisibilité, au vu du nombre de personnes qui interviennent à leur domicile, entre les équipes médico-sociales qui évaluent leurs besoins, les services d'aide à domicile, le CLIC relais autonomie et le CCAS, l'aidant, l'association du coin, le centre social, il y a pléthore de possibilités d'intervention à domicile et il y a un vrai enjeu de coordination.

L'équipe médico-sociale vient chez la personne, si celle-ci a déjà fait le choix d'une intervention, pourquoi ne pas prendre un rendez-vous avec l'intervenant du SAAD, avec l'aidant, etc., afin d'évaluer ensemble. Il existe beaucoup de possibilités pour que la personne ait une information éclairée.

La qualité, c'est avant tout de respecter ses choix et qu'elle soit avertie de ce qu'elle va payer, ce dont elle peut bénéficier ; de tout ce qui existe.

Sur la gestion de crise, nous rappelons l'importance des services à domicile et des CCAS qui ont été très réactifs. Nous voulions valoriser la réactivité dans la gestion de crise avec le Département. Nous avons eu des visios avec l'ARS et le Département toutes les semaines, avec des équipes hyperréactives. C'était impressionnant, il y avait un vrai soutien, une vraie écoute et une vraie réactivité de la part du Département.

Avec ma vision hors Nord, je peux vous assurer ce n'était pas le cas partout. Je tenais à le dire.

Une dernière chose a été très rapidement évoquée : les plans APA mettent parfois quatre à six mois à être validés alors que la loi donne deux mois maximum. Nous avons rapidement parlé la semaine dernière de l'APA d'urgence qui est en réflexion de réorganisation, de redéfinition avec un manque de coordination des équipes sur le terrain.

Au-delà de cela, une personne qui a un plan d'aide APA et qui, pour une raison ou une autre, est hospitalisée aura des besoins complémentaires lors de son retour à domicile, mais aucune APA d'urgence ne sera mise en place parce que la personne bénéficie déjà de l'APA.

Cela crée un manque, il devrait y avoir une procédure d'aggravation d'urgence.

Mme LETARD.- Nous avons évoqué avec les intervenants précédents la question de la différenciation. En cas d'hospitalisation, une part relève de la maladie et pas forcément de l'APA. Comment coordonner ?

Quand une assistante sociale hospitalière intervient, elle dirige les personnes. Certains sont déjà bénéficiaires de l'APA, d'autres non. Quelle que soit la situation, la solution la plus facile employée par les professionnels hospitaliers est d'envoyer vers l'APA.

Or, une partie des personnes relève de l'assurance maladie et une partie relève de la révision du plan d'aide puisque le plan d'aide doit vraisemblablement être renforcé pendant un temps donné.

Dans l'expérimentation qui est regardée de près par les services départementaux, il s'agit de dénouer ce qui peut être fait pour que le Département ne se retrouve pas systématiquement avec une charge supplémentaire qui est de transformer ce qui devrait relever de l'assurance maladie en APA systématique pour que chacun joue bien son rôle complémentirement.

Il ne s'agit pas de se débarrasser, pour le Département, mais au contraire de faire en sorte d'être au rendez-vous de ce qu'il est nécessaire d'adapter d'un côté et que chacun fasse son job.

Vous l'avez évoqué dans une réunion précédente, nous sommes dans la phase expérimentale et vous avez certainement des choses à dire. Au même titre qu'un travail est en train de se mener avec le secteur hospitalier par exemple pour trouver des articulations, nous pourrions réaliser le même travail avec vous de l'autre afin de savoir ce que vous avez à dire sur l'organisation de ce dispositif APA d'urgence.

Nous avons échangé avec la vice-présidente en charge, il pourrait y avoir sans que cela alourdisse trop les choses des échanges afin de prendre en compte vos remarques.

UDCCAS.- L'aggravation peut survenir quand l'aidant décède. Ce n'est pas la situation d'une personne hospitalisée, mais ce sont des situations qui arrivent.

Au-delà de l'APA d'urgence, les personnes qui ont un plan d'aide APA peuvent être confrontées à l'hospitalisation ou au décès de leur aidant. Il peut leur arriver plein de choses au-delà d'être elles-mêmes hospitalisées et il faut pouvoir réviser rapidement les plans.

Nous faisons face à des publics qui ont une exigence de qualité de service et, en 2022, cela passe aussi par la réactivité des services d'aide à domicile et du Département.

Mme LETARD.- Comment réévaluer de façon réactive un plan d'aide en cas de situation d'urgence quand l'APA est déjà en cours ?

UDCCAS.- Quand on parle de réactivité, c'est parfois en allant sur la plateforme Alfresco que les personnes découvrent leur plan d'aide ou que des plans d'aide s'annulent.

En termes de réactivité, nous vous ferons des propositions écrites. On parle de qualité, cela en fait partie. Nous SAAD pouvons certainement nous améliorer, mais en coordination avec le Département du Nord.

Mme LETARD.- Vous nous ferez une proposition précise sur le sujet.

UDCCAS.- Sur certains territoires, quand il y a une bonne relation de coordination entre les services d'aide à domicile et le pôle autonomie, on nous dit que cela peut aller plus vite, mais ce n'est pas uniforme.

Mme LETARD.- Tout à l'heure, vous parliez de coordination. Vous coordonnez auprès de la personne bénéficiaire, mais comment percevez-vous aujourd'hui le travail mené et comment le faire évoluer de façon uniforme ?

Un territoire n'est pas l'autre, nous avons des réalités différentes. Nous parlons en général, mais ce qui nous tient à cœur c'est la réalité territoriale. Dans l'Avesnois, le Dunkerquois ou à Lille, ce ne sont pas les mêmes réalités. Dans une commune rurale ou une commune urbaine, c'est différent. L'organisation, la présence de services, la présence de moyens peuvent être différentes d'un territoire à l'autre. Les équipes sont parfois organisées différemment dans les pôles autonomie.

Quel rôle voyez-vous les pôles autonomie jouer ? La coordination à l'échelle des pôles autonomie est-elle un élément important ? Comment la voyez-vous, comment pourrait-elle évoluer ? Est-elle satisfaisante, doit-elle progresser ?

Les intervenants sont extrêmement nombreux et la nécessité à l'échelle d'un territoire de proximité est de les articuler pour débloquer un certain nombre de situations. Est-ce optimisé, comment voyez-vous les choses de ce point de vue ?

SYNERPA.- C'est territorial et *intuitu personae*, il n'y a pas de logique départementale.

Ce qui est paradoxal, c'est que l'on peut parfois avoir une information en *off* que l'aggravation va être prise en compte et qu'il y aura un effet rétroactif, mais on peut attendre six mois et, en attendant, c'est le service qui fait la banque. Cela nous demande un travail extrêmement fastidieux par la suite de représentation.

Sur certains territoires, nous n'avons aucune nouvelle. En fonction des territoires, les services font confiance dans l'attente de l'évaluation, mais sur certains autres territoires il n'y a rien.

Si l'on pouvait davantage travailler avec les pôles autonomie dans nos relations, cela faciliterait les choses. Sur Valenciennes, j'ai en souffrance cinq ou six dossiers de PCH qui bloquent sur la convocation et il faut que nous trouvions une solution depuis juin 2021. Nous ne trouvons pas de solution et 15 enfants trisomiques n'ont pas de solution aujourd'hui, ce n'est pas acceptable.

Ce qui est terrible pour nos équipes, c'est qu'elles compensent. Quand une situation s'aggrave, quand un bénéficiaire perd son conjoint ou quand un aidant est hospitalisé, c'est l'auxiliaire de vie qui va faire les courses, ramener le pain, etc. Humainement, ce n'est pas acceptable pour elles de laisser les personnes dans cette situation.

Il faudrait travailler en binaire avec les pôles autonomie ou avec d'autres personnes, l'EMS par exemple.

Mme LETARD.- Quelles sont les bonnes pratiques à instaurer ?

(Discussions)

SYNERPA.- Nous appelons l'EMS, on contacte quelqu'un de la MDPH qui semble avoir envie de faire avancer le dossier, mais c'est catastrophique que l'on soit aujourd'hui sur un service public et républicain confrontés à une situation selon laquelle, en fonction de l'intermédiaire, quelqu'un aura une réponse et l'autre non.

Aujourd'hui, nous pouvons faire des dossiers en partenariat avec les services publics financiers, les pôles autonomie, les CLIC, etc.

Vous avez évoqué la problématique sur le rôle entre le sanitaire et le social. La grande différenciation entre le sanitaire et le social, c'est le diagnostic de récupération. S'il n'y a pas de diagnostic de récupération, c'est que vous êtes en perte d'autonomie et c'est le Département qui gère.

Sur certains territoires, vous avez la possibilité de faire intervenir le sanitaire sur du social en attendant une aggravation quand vous avez de bons partenariats avec des SSIAD, des HAD ou des infirmières libérales.

Quand vous êtes sur un diagnostic de récupération selon lequel la personne ne pourra plus jamais faire sa toilette seule, l'aide relève de l'APA.

Il y a toute cette organisation par territoire à travailler afin de trouver les acteurs et pas uniquement les acteurs du Département.

Mme LETARD.- Justement, quand je parle de territoires, de pôles autonomie, c'est justement parce qu'il y a une multiplicité d'acteurs. Des échanges réguliers permettraient de lever des dysfonctionnements dans les territoires.

SYNERPA.- Il existe certains acteurs du Conseil départemental, certains techniciens, certains intervenants face auxquels nous sommes en position d'échec. La première chose à faire est de rétablir la confiance.

Dans le vocabulaire utilisé, vous évoquiez le contrôle. Or, si nous devons travailler ensemble, nous ne sommes pas sur des notions de contrôle, mais d'évaluation continue, d'accompagnement, etc.

Je prends un exemple : pour les équipes autonomes mises en place, nous avons banni le terme de contrôle et nous avons libéré les équipes dans leur capacité à être intuitives, créatives.

Nous devons faire attention au vocabulaire employé. Nous savons que des services que nous accompagnons ne sont pas à la hauteur de ce que nous en attendons. Si nous sommes sur une base saine, normale, nous pouvons accompagner le service vers plus d'amélioration. Si le service dysfonctionne totalement, il faut prendre des mesures radicales.

Aujourd'hui, vous avez beaucoup de tout petits services et le niveau de service rendu doit être équivalent. Si nous devons travailler ensemble, parlons d'évaluation continue, d'accompagnement, de travailler ensemble pour les cas complexes.

Dans certaines situations, trois personnes du domicile ont l'APA parce que l'enfant vit avec ses parents. Peut-être est-il possible de mutualiser les plans d'aide, mais aujourd'hui sur le papier c'est interdit.

Ce sont des choses à travailler, des verrous à faire sauter.

Sur Valenciennes, vous n'avez pas la même problématique que sur Dunkerque et nous avons besoin de ces relais territoriaux. Cela commence à s'ouvrir, nous avons quelques réunions.

UNA Nord.- On nous a signalé des initiatives de réunions entre les équipes médico-sociales, les SAAD et les médecins coordinateurs.

Mme LETARD.- C'est à cela que je fais référence. Si l'on attend que cela revienne à la tour de contrôle, on peut attendre un certain temps parce que le Département du Nord est énorme. Plus vous avez une masse à gérer, plus c'est compliqué.

Quand vous êtes à six mois d'attente à Avesnes alors qu'ailleurs cela fonctionne bien, vous ne traitez pas les sujets de la même façon. Il faut une vision stratégique globale, puis une capacité sur les territoires afin de trouver des liens entre les acteurs.

Le pôle autonomie est l'échelon territorial qui peut être le lieu de lever un certain nombre de difficultés qui seront remontées et qui feront l'objet d'une prise en considération. C'est au moins un peu de péréquation quand c'est possible, ou réajuster des pratiques quand il apparaît de petits dysfonctionnements.

La coordination à une échelle territoriale dans un dispositif qui doit être piloté départementalement, puisqu'il ne peut pas y avoir de disparités de traitement, permettrait justement d'identifier des fragilités qui sont parfois à un endroit, mais pas partout.

Il faut avoir les deux échelons, il me semble. Il est important et intéressant pour nous de comprendre comment l'échelon territorial impacte vos pratiques.

Il y a deux niveaux : les moyens que l'on vous donne globalement et la stratégie départementale et ensuite, dans l'application au quotidien, dans votre action territoriale et dans votre action de proximité, l'échelon territorial peut être un échelon de coordination qui peut lever quelquefois des difficultés et les faire évoluer.

SYNERPA.- Dans cet échelon territorial, n'oublions pas les actions autres que celles du Département. C'est compliqué pour nous de jongler entre les dispositifs. Nous avons besoin des MAIA et des réseaux de santé gérontologiques financés par l'ARS.

En réunion de concertation avec les MAIA, il n'y a pas le Département. C'est impossible de coordonner les actions alors que la MAIA peut être un bon relais de coordination.

Aujourd'hui, la coordination, ce sont les SAAD qui la portent. Quand il faut appeler la HAD, le SSIAD, l'aidant, le CLIC, c'est le SAAD qui porte. Il faut que vous en ayez conscience. Aujourd'hui, le principal acteur de la coordination sur le territoire, c'est le SAAD. Je pense que tout le monde est d'accord avec moi.

Il n'est pas financé pour le faire, mais si on ne le fait pas on met les salariés en souffrance puisqu'ils sont confrontés au quotidien à une réalité d'abandon de personnes en perte d'autonomie à leur domicile.

C'est un facteur important de la qualification et de l'attractivité de nos métiers. Il ne faut pas oublier que ce sont des travailleurs isolés. Notre métier est de consolider tout cela et de sécuriser la membrane. Notre métier, c'est de coordonner.

Les équipes autonomes permettent de libérer du temps à nos équipes d'encadrement pour faire davantage de coordination et non plus de management au niveau précédent. Si l'on doit travailler territorialement sur la coordination et le partage de l'information, il faut absolument intégrer dans ces échanges les MAIA, les réseaux de santé gérontologiques, les HAD et les SSIAD.

Sans cela, nous allons continuer ce schisme, d'autant que la loi nous oblige à évoluer vers des dispositifs qui se mettent en place. On peut travailler sur des idéaux de territoire et pas sur des territoires aussi importants que celui de la DAC qui est compliqué. Nous pouvons trouver des échelons de territoires qui seront peut-être des micro-échelons de relais autonomie parce qu'il y a des bassins.

Il faut sortir d'une vision départementale.

Je rappelle que le coordinateur principal de l'aide à domicile aujourd'hui et du parcours de l'utilisateur en perte d'autonomie, c'est le SAAD.

Mme LETARD.- Qui veut s'exprimer en complément ?

ADMR.- Pour répondre à la question posée par Mme PARMENTIER-LECOQ, le fond du problème est de définir ce qu'attendent nos usagers et, à partir de là, de dérouler ce que nous pouvons mettre en place pour être efficaces.

La première attente, c'est une simplification administrative. La France est tout de même championne en termes de dossiers, de procédures. Moi qui suis arrivée sur le secteur de l'aide à domicile il y a trois ans, il y a toujours des strates que je ne comprends pas. On parle des DAC, des CLIC, des MAIA qui ne se correspondent pas en termes de périmètres, qui se chevauchent, pour telle question c'est tel interlocuteur, etc.

En étant sur un réseau à l'échelon départemental, on s'arrache les cheveux parce que l'on ne sait plus à qui s'adresser.

Dans cette simplification administrative, on avait parlé de l'évaluation de l'APA, il faut impérativement que dans l'évaluation du niveau de dépendance des usagers soit pris en compte l'environnement familial. Avoir un aidant qui a lui-même 85 ans, qui a des difficultés à se déplacer, ce n'est pas un aidant et il faut vraiment en tenir compte.

Habiter dans le centre de Lille ou en ruralité, ce n'est pas la même dépendance. Habiter dans un désert médical ou à côté d'un hôpital, ce n'est pas la même dépendance. Or, cet environnement n'est absolument pas représenté dans le niveau de dépendance et c'est dommageable, dans les classifications AGGIR.

Mme LETARD.- Cela relève de la stratégie nationale. Tout ce qu'on dit là va dépendre de ce qui va se passer au niveau du dessus.

ADMR.- Le Département peut se démarquer. Je sais que le Département du Nord a à cœur d'être novateur, c'est peut-être l'occasion d'y aller, de se baser sur la loi, les règles nationales, en y ajoutant ce que l'on peut pour être au plus proche du besoin de l'utilisateur.

Mme LETARD.- Il faudra voir jusqu'ou l'expérimentation peut aller, jusqu'ou nous sommes en capacité d'accompagner des expérimentations.

Ce sera l'un des sujets prioritaires de la prochaine mandature, puisque ce que vous décrivez ici est la réalité de tous les départements de France. Nous sommes au bout du système et ce n'est pas en se renvoyant la balle que cela ira mieux. Il faut que chacun prenne sa part dans le dispositif. Une part relève de la stratégie nationale et de la façon de faire évoluer ce dispositif, avec quels moyens et selon quelle vision de nos personnes âgées, comment on voit les choses, et la façon dont nous nous inscrivons là-dedans.

Il y a ce que nous vivons aujourd'hui, l'immédiateté : comment en attendant on passe le cap, comment fonctionner de façon qualitative ?

Il y a plusieurs échelles de temps et plusieurs niveaux à articuler. Cela va se faire par itérations. Ce qu'on va entendre, comprendre et faire dans les mois qui viennent avec vous, on va certainement le réinterroger en fonction de ce qui va encore se passer ensuite.

Nous sommes dans une phase totalement mouvante où chaque étape est importante. Cette réalité est compliquée.

ADMR.- À cela s'ajoute la qualité de service dont vous avez parlé.

Avant tout, l'usager attend d'avoir toujours les mêmes équipes. Ce n'est déjà pas simple d'accepter d'être dépendant et d'avoir besoin d'une aide, ce n'est déjà pas simple que le voisinage le sache, on se dit toujours que ce serait bien de floquer les véhicules de nos réseaux, mais les usagers nous disent qu'il est hors de question de voir un véhicule de l'ADMR se garer devant chez eux, que pensera le voisin ?

Cela fait sourire, mais c'est une dimension psychologique et c'est culturel. Ce n'est pas tout à fait anodin.

Dans ce métier, on entre dans l'intimité des personnes au quotidien et elles n'aiment pas voir défiler 12 000 personnes. On explique que leur auxiliaire de vie est absente, est en congés, mais c'est l'horreur pour eux, c'est une intrusion dans leur vie familiale. On tisse des liens et ils ont besoin de voir les mêmes personnes.

Il faut donc avoir du personnel et un taux d'absentéisme pas trop important. Il existe différents moyens d'y parvenir. Nous avons évoqué les équipes autonomes. C'est un levier, mais pas la solution. Je voudrais dénoncer cela : récemment, une responsable de pôle autonomie m'a dit : « De toute façon, les petits SAAD qui ne vont pas aux réunions d'animation territoriale sur les équipes autonomes n'ont rien compris, c'est le seul moyen de sortir de l'ornière ».

Je ne peux pas laisser dire cela. Nous expérimentons les équipes autonomes dans notre réseau, aujourd'hui environ 140 salariés fonctionnent sur ce modèle. C'est de l'argent, c'est un investissement. Nous avons répondu à un appel à projet et la question se pose de leur pérennité.

Quand elles se réunissent pour travailler ensemble sur leur planning, c'est du temps qu'elles ne passent pas au domicile des usagers, donc nous ne le facturons pas.

C'est un levier d'action, c'est certain. On y retrouve de la relation, de la qualité de vie. Elles peuvent discuter des dossiers entre elles, essayer de résoudre les situations entre elles, répondre aux difficultés, se donner des conseils. C'est très bien, je suis convaincue du système, en revanche le modèle économique est compliqué.

Mme LETARD.- Cela réduit le temps à domicile.

SYNERPA.- En qualité de vie, en proximité, en réactivité, en insertion des collaborateurs c'est plus dynamique, mais attention nous avons doublé les heures non productives.

ADMR.- Il n'y a pas que les équipes autonomes, on peut fonctionner en équipes postées. Actuellement, on nous parle beaucoup des équipes autonomes, une pression nous est mise sur ce sujet. C'est bien, mais ce n'est pas le seul levier.

Il faut essayer d'élargir un peu. Les services qui travaillent sur le terrain ont peut-être d'autres idées à proposer qu'il serait intéressant d'étudier et d'accompagner dans le financement.

SYNERPA.- La problématique est que nous sommes face à des publics qui n'ont pas les mêmes capacités en termes d'autonomie. L'important, c'est de déclencher du travail collaboratif. La décision doit être prise au plus près de la problématique.

Certains services vont préférer des équipes postées ou autres, mais toutes les équipes peuvent fonctionner autrement et il faut leur laisser cette liberté. C'est libérer nos collaborateurs, l'équipe autonome est envisageable, mais il faut rendre à nos collaborateurs la liberté de créer le modèle qui leur convient à eux. Arrêtons d'être dogmatiques.

ADMR.- Ce qui est important et vital, c'est la continuité de service. C'est ce qu'attend l'utilisateur, qu'on ne le laisse pas tomber à la dernière minute parce qu'il y a trop d'absentéisme ou une réunion.

C'est bien, aujourd'hui nous sommes sollicités sur des analyses de pratiques professionnelles, des réunions à gauche ou à droite, mais pendant que mes intervenantes sont mobilisées sur ces réunions elles ne vont pas au domicile de l'utilisateur.

Or, l'utilisateur a besoin de se dire : ce week-end j'ai quelqu'un, je ne suis pas tout seul.

A contrario, cette souplesse dont nous avons parlé, c'est pouvoir se dire : je ne vais pas bien, j'ai la grippe, je ne suis pas capable de me lever et je vais avoir besoin de plus de temps.

Aujourd'hui, la qualité de service passe par le temps qu'on leur accorde. Imaginez qu'en 30 minutes il faut déjeuner, s'habiller et s'installer dans le fauteuil, vous avez à peine le temps de tenir une conversation. Je ne parle pas du soir où vous gavez la personne, vous la mettez en tenue de nuit et vous la mettez au lit. C'est difficile et je ne vois pas comment on peut parler de qualité de service. Cependant, nous sommes contraints sur ces temps, nous ne pouvons pas faire différemment.

Un dernier point sur ce qu'attendent les usagers, c'est aussi que l'on entoure leurs aidants. Dans nos SAAD, la réalité c'est également de l'accompagnement en fin de vie, des sorties d'hospitalisation compliquées et il faut aider les aidants.

Les aidants, ce sont aussi les intervenantes. Certaines me disent : je n'en peux plus, je dois faire face à une fin de vie, accompagner la personne qui est en train de mourir et je dois accompagner sa famille.

C'est un vrai sujet. Je vous parle de la fin de vie, mais il y a d'autres situations bien évidemment et c'est compliqué pour les aidants.

Les aidants, ce n'est pas que l'entourage, mais également nos intervenantes. Malheureusement, pour les envoyer en formation, il faut du temps.

Mme PARMENTIER-LECOQ.- Elles sont là humainement face à quelqu'un qui a un besoin et elles ne peuvent pas dire : je m'en vais, débrouillez-vous, donc elles rallongent le temps.

ADMR.- La situation la plus courante, c'est la personne qui a un change et que c'est la catastrophe parce qu'elle n'est pas bien et qu'elle a des selles hyper liquides. Cela va mettre plus de temps puisqu'on ne peut pas la laisser dans cet état, il faut tout nettoyer, changer les draps et les 30 minutes sont largement dépassées.

Nous en revenons toujours à ce souhait d'avoir un plan annualisé et géré par le SAAD, voire par les intervenantes du SAAD.

Mme GREAUME.- Il est clair que le mal n'est pas chiffrable.

(Discussions)

Mme LETARD.- Ce qui avait été demandé la semaine dernière, c'était une souplesse, une sorte de forfait et pas des horaires fixes chaque semaine.

Si pendant une semaine la personne n'est pas à son domicile parce qu'elle est hospitalisée ou qu'elle est dans sa famille, si à une autre période après l'hospitalisation il y a une recrudescence d'heures de présence à mobiliser, aujourd'hui la façon dont vous êtes organisés ne vous permet pas de faire face.

On entend que les services attendus par la personne ne sont pas homogènes et uniformes dans le temps, dans la nature de l'accompagnement attendu.

Intervenante.- Le contrôle qualitatif ne peut pas être décorrélé de la fragmentation des interventions et de ces plans d'aide qui attribuent des horaires extrêmement restreints, 30 minutes le matin, l'après-midi et le soir pour des personnes extrêmement dépendantes.

Si vous contrôlez, vous verrez que les personnes ne sont pas contentes. On n'a pas besoin de vérifier cette information. À partir du moment où les toilettes et les repas sont expédiés et que, dans le meilleur des cas, on fait un réchauffage au micro-onde, ils ne sont pas ravis.

On ne peut pas déconnecter le contrôle qualitatif du nombre de plans d'aide fractionnés pris en charge par les structures, ce qui augmente le mécontentement des usagers.

Sur cette question de la qualité, nous avons un sujet qui se profile pour le mois de septembre, dans six mois : on met qui dans la dotation qualité de 3 € ? Il faudra se poser cette question collectivement. La montée prévue sera progressive et, à partir du mois de septembre, le Département devra décider quels services d'aide à domicile bénéficieront de 3 € complémentaires pour la dotation qualité.

Il y a six critères déjà connus, bien que le cahier des charges ne soit pas public. Il y a des volets de continuité de service : qui prend en charge les week-ends, les jours fériés, les nuits ? Pour moi, c'est un critère déterminant. C'est le point de vue que je porte et le point de vue de chacun est important.

Sur cette thématique, si l'on attend tranquillement six mois, que l'on part tous en vacances et que l'on se la pose en septembre, il y aura des structures mécontentes. S'il y a bien un point à anticiper collectivement avec les opérationnels du Département, c'est celui-là. Il y a un suivi à mettre en place avec nos structures.

Quant à ce que fait le national, je suis très inquiète par rapport à la réforme des SAAD autonomie. Il y a toujours deux financeurs, l'ARS et le Département. Nous n'avons toujours pas réglé le problème de la territorialisation des SAAD.

Aujourd'hui, les SAAD, services d'autonomie de demain, on colle un SAAD avec un SSIAD, on a toujours deux financeurs sans fongibilité et des territoires calqués sur ceux des SSIAD qui n'ont pas franchement de cohérence avec la réalité et le besoin des usagers.

Selon moi, on passe à côté du sujet dans la réforme qui sera mise en place.

Mme PARMENTIER-LECOQ.- Il serait bon que nous ayons vos recommandations concernant la coordination en termes d'échelle et de bonnes pratiques.

Si l'on réfléchit à une forme de forfait, finalement c'est l'intervenante qui arbitre ce qui est prioritaire et cela repose beaucoup sur ses épaules. Comment le mettre en place sans que ce soit trop lourd, tout en garantissant que l'utilisateur reste maître de ce qu'il veut, de ce qu'il demande, de ce dont il a besoin ?

Vous pourrez peut-être nous faire des recommandations dans ce sens.

SYNERPA.- Avec l'outil de télégestion, nous savons ce que fait le collaborateur très rapidement. S'il est resté un quart d'heure de plus ou de moins nous savons pourquoi. En général, c'est justifié et nous pouvons regarder ce qui se passe.

En cas de situation d'aggravation, nous sommes rapidement informés, mais cette mise en pratique peut être officialisée.

Je ne peux pas parler pour les particuliers employeurs parce que je connais très peu ce mode de fonctionnement, mais l'auxiliaire de vie le fait déjà aujourd'hui et elle fait parfois en *off* : on apprend une fois qu'elle est partie en vacances que cela fait trois semaines ou un mois que c'est elle qui va faire les courses parce que plus personne n'y va.

Si nous pouvions l'officialiser, cela nous permettrait de faire émerger la réalité de l'intervention à domicile de façon plus fine.

FESP.- La recommandation n'est pas de faire des choses en plus, mais plutôt d'identifier ce que nous pourrions supprimer. Cela nous permettrait de franchir déjà quelques étapes.

URIOPSS.- Je voudrais répondre à la question posée au sujet de la coordination.

Ce qui fonctionne bien sur Dunkerque, les structures s'en disent satisfaites, c'est un comité qui rassemble tous les lundis matin les EMS, les structures SAAD et tous les acteurs. Les bénéficiaires APA qui seront évoqués sont inscrits en amont et c'est l'ordre du jour de ce comité.

Cela fonctionne plutôt bien, mais quand j'en ai parlé avec les acteurs de la métropole lilloise par exemple ils disaient que cela pouvait être chronophage. Il faut peut-être trouver un intermédiaire entre les territoires.

Dans le questionnaire, vous posiez la question du relais et du suivi de la personne quand il y a une fin de versement. Il faut savoir que les SAAD n'ont pas forcément les coordonnées directes ni des interlocuteurs du Département ni de leurs homologues, ce qui ne favorise pas forcément la communication.

Sachez que la rupture d'un contrat de prestation peut être à l'initiative de la structure qui rendait les prestations d'aide pour une mise en danger du personnel ou des impayés. Une structure me dit avoir mis fin à un contrat de prestation parce que l'utilisateur avait une arme à feu chez lui, mais ce ne sont pas forcément des données qui sont communiquées du fait de la RGPD et de la CNIL, donc la structure qui va prendre le relais peut mettre en danger ses salariés.

Cela touche la bientraitance et la qualité de vie au travail des salariés, donc la coordination touche deux volets selon moi : les salariés et les usagers.

Mme LETARD.- Merci beaucoup, Madame.

Un dernier mot avant de conclure ?

FEPEM.- Entre un particulier et un salarié, l'adaptation se fait automatiquement puisqu'il n'y a pas ce retour auprès de la structure qui est le cas des services à la personne.

Quant à l'évaluation de savoir combien de temps cela va durer en plus ou en moins, il y aura certainement des outils à construire puisque cela se pratique de fait ainsi, au *feeling*.

Mme LETARD.- Tout à fait, merci beaucoup.

Avant de conclure, en relais et en complément de ce que Charlotte disait, vous avez des contributions écrites à nous proposer. Essayez de nous apporter des propositions en hiérarchisant vos priorités sur les sujets sur lesquels nous vous avons interrogés plus spécifiquement.

Plus nous aurons de matière plus cela nous permettra de comprendre vos attentes, vos intentions sans les tronquer. Quand vous appuyez vos propos par une contribution écrite, cela nous permet de ne pas dénaturer ce que vous avez dit. On peut comprendre une partie, une autre moins. Cela nous permet de mieux structurer tout cela.

Ces auditions ont pour vocation à nous éclairer et à comprendre ce que vous attendez en améliorations, en critiques, en propositions, en satisfactions également puisqu'il n'est pas non plus interdit d'être satisfaits d'un certain nombre d'aspects de votre relation et du fonctionnement qui existe entre vous et l'administration départementale, dont nous savons qu'elle ne ménage pas non plus sa peine. Elle est quelquefois elle-même contrainte par ses moyens d'action.

Nous sommes tout aussi attentifs aux services et aux équipes départementales qui font franchement beaucoup sur ces sujets, mouillent la chemise eux aussi.

On a toujours les réalités de chaque personne, de chaque individu, comme pour tout le monde. Nous avons tous notre équation personnelle.

L'intention qui est la nôtre est vraiment de relater, de relayer et de structurer tout ce que nous aurons entendu sur ce sujet, que nous allons continuer à creuser avec vous et de le faire vraiment en croisant les univers que nous aurons auditionnés.

Nous essayerons de donner à l'exécutif une clef de lecture qui devra lui permettre de faire des choix éclairés.

Beaucoup de choses ont été dites, entendues. Elles ne relèvent pas que du budgétaire, mais aussi beaucoup de l'organisationnel et de voies de progrès dont nous voyons qu'elles peuvent être prometteuses et permettre une meilleure relation.

La confiance que nous réussirons les uns et les autres à engager entre nous sera évidemment de nature à encore améliorer ce que nous serons capables de faire collectivement.

Évidemment nous avons confiance en vous, évidemment si nous sommes là aujourd'hui c'est parce que nous avons envie de travailler mieux avec vous. Vous connaissez les contraintes d'une administration comme la nôtre, je le dis et je le redis, ce département est très particulier de par sa réalité socio-économique et de par son poids de population.

Tout ce que nous déciderons ensemble aura des conséquences qui seront massives, dès que l'on change un curseur cela prend des proportions significatives. C'est pourquoi nous n'avons pas le droit de faire d'erreurs, il nous faut construire le mieux possible en lien avec ce que vous nous aurez dit.

Merci du temps que vous passez, puisque vous êtes dans le dur, plus que nous encore. Nous vous sommes vraiment reconnaissants de ce que vous voulez bien nous apporter comme éclairages. C'est absolument indispensable au travail que nous menons.

Nous vous souhaitons bon courage et à la prochaine réunion.

Merci.

(La séance est levée à 12 h 28.)

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU NORD
Mission spéciale d'information et d'évaluation
relative à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Séance 5 – 1^{er} avril 2022

Étaient présents :

Présidente de la mission spéciale d'information et d'évaluation de l'APA : Valérie LÉTARD

Pour le groupe Union Pour le Nord : Loïc CATHELAIN, Charlotte PARMENTIER-LECOCQ, Marie SANDRA, Marie TONNERRE-DESMET.

Pour le groupe Socialistes, Républicains et Citoyens : Christine DECODTS (Rapporteuse associée), Josyane BRIDOUX, Didier MANIER

Pour le Groupe Communiste et Républicain, Pour l'Humain d'abord ! : Michelle GREAUME

Pour le groupe Écologiste, EELV, Génération.s : Céline SCAVENNEC (Rapporteuse associée)

Étaient auditionnés :

Mme Marie CHASTEL, responsable du service pilotage projet territoire, DGA Sol,
M. Pierre LOYER, Directeur adjoint direction de l'autonomie,
Mme Gwenaëlle CARBAJAL, Directrice adjointe direction de l'autonomie,

Les représentants de UNA, UDCCAS, FEDESAP, SYNERPA, EPEM, ADMR, URIOPSS

Ordre du jour

- ❖ **Le Nord et les perspectives de vieillissement de la population** 2
- ❖ **L'équipement du Nord en SAAD** 12
- ❖ **Perspectives de vieillissement et besoins des personnes et des services** 19

(La séance est ouverte à 9 h 15 sous la présidence de Mme LÉTARD.)

M. LOYER.- Pierre LOYER, directeur adjoint à l'autonomie, et Marie CHASTEL, en visioconférence pour cause de Covid, responsable du service pilotage projets et territoires.

On a préparé un PowerPoint en deux parties, la première partie sur le vieillissement du territoire, la deuxième partie concernant l'équipement du Nord en SAAD. On ne peut pas réellement parler de taux d'équipement, on verra pourquoi.

Les sources qui nous ont permis de faire cette présentation sont à la fois départementales, ce sont les sources de notre système d'information. Nous travaillons depuis quelques mois avec un nouvel outil, Qlik Sense, pour faire des cartographies et des statistiques plus facilement. On relèvera vos demandes complémentaires pour vous apporter les données de notre système d'information. Le système Qlik Sense sera totalement disponible en juin, si vous avez des éléments complémentaires sous forme cartographique, on pourra les produire à ce moment-là.

Quant aux sources externes, on a en particulier une étude Insee sur le vieillissement des territoires des Hauts-de-France réalisée en 2017.

❖ **Le Nord et les perspectives de vieillissement de la population**

M. LOYER.- On va articuler la première partie en quatre chapitres :

- Le territoire du Nord et ses spécificités,
- Le vieillissement à travers les 60 ans et les plus de 75 ans,
- l'évolution des territoires avec les projections,
- l'impact sur l'emploi. Les services à domicile ont ceci de particulier qu'il n'y a pas de taux d'équipement, c'est la capacité du territoire à avoir des employés formés pour intervenir sur les différents lieux de vie des personnes.

Le panorama sur la situation du département du Nord en termes de vieillissement : actuellement, la population des plus de 60 ans progresse conformément aux moyennes nationales, c'est-à-dire d'environ 9 %, entre 2013 et 2018. Le Nord est un département plutôt jeune puisque les plus de 60 ans représentent uniquement 23 % de la population contre 26 % dans l'ensemble de la France, mais avec un taux de progression pour les plus de 60 ans conforme à celui de la France.

Vous avez dans le petit tableau le vieillissement par différents territoires. Les territoires de Douai, des Flandres et de Lille ont des taux de personnes âgées plus élevés que la moyenne départementale.

Sur le slide suivant, on voit ce que donnent les projections de l'Insee sur nos territoires. On a indiqué dans un but méthodologique la façon dont l'Insee travaille, c'est-à-dire à partir des taux de naissance, de décès, de l'évolution des âges des populations et des effets migratoires.

Le premier graphique qu'on vous présente – c'est important dans notre activité des services à domicile – vous indique le taux de personnes âgées de plus de 60 ans sur la population. On présente ce slide parce que ce sont des actifs qui font les prestations sur les personnes âgées, donc le changement de la structure populationnelle en termes de structure d'âge a forcément un impact sur les besoins de cette population et les ressources de cette population.

On voit que c'est la Flandre, notamment la Flandre intérieure, qui va connaître le plus grand développement de cette catégorie de population des plus de 60 ans, dont la proportion va passer de 24 à 30 % de la population.

Pour l'instant, le territoire le plus âgé proportionnellement à sa population, celui ayant le plus de personnes de plus de 60 ans, est le Cambrésis. À terme, ce seront les Flandres, également puisqu'il y a un phénomène migratoire interterritorial avec un certain nombre de populations lilloises qui se déplacent vers les Flandres intérieures.

Tous les territoires connaîtront un vieillissement mais celui-ci sera marqué différemment selon les territoires et leur dynamisme en termes de natalité.

Clairement, les territoires qui présentent le plus grand décalage entre leur structure actuelle de personnes de plus de 60 ans et leur situation finale à horizon 2030 sont ceux où l'offre va devoir devenir proportionnellement plus abondante. Pour l'instant, en termes de couverture des besoins, au minimum deux SAAD interviennent potentiellement sur chaque ville. Les territoires qui vont connaître un vieillissement massif de leur population par rapport à la situation actuelle vont devoir dégager des ressources supplémentaires et, comme ce sont les personnes de moins de 60 ans qui vont exécuter les prestations, ils n'auront peut-être pas la ressource interne pour pouvoir la satisfaire.

Mme LÉTARD.- À quel horizon, avec quelle vitesse de croissance va-t-on connaître l'évolution de ces populations âgées par territoire ? Là, on parle des Flandres, du Cambrésis qui a le taux de plus de 60 ans le plus élevé aujourd'hui mais qui va se faire dépasser par la Flandres. A-t-on une idée de la vitesse d'évolution ? Pourriez-vous nous fournir un graphique clair par territoire qui nous dise aujourd'hui combien de population âgée et quel pourcentage cela représente et, à horizon 2030, à quel rythme évolueront les besoins globalement et par territoire pour qu'on ait bien l'idée de ce que cela représentera ensuite en termes d'ajustement des besoins par rapport aux SAAD et aux services globalement présents sur chaque territoire pour répondre à ces besoins ? En services, en établissements, globalement, comment projetez-vous les choses ?

Vous nous donnez des chiffres qui sont très intéressants et qui nous mettent bien en perspective, mais il serait intéressant qu'on ait quelque chose de plus fin, un tableau qui rassemble ces éléments par territoire : la population âgée par grand territoire, sa tendance, les chiffres et leur progression, ce que cela représente par rapport au poids de population, mais surtout par rapport aux services présents et à l'effort qu'il va falloir consentir. Êtes-vous aujourd'hui capable de nous donner finement des éléments de projection ?

M. LOYER.- Ce sont des projections faites à partir des données du Département et de l'Insee. Il faudra que l'on se rapproche d'eux pour avoir le détail. Je ne peux pas répondre positivement à votre question pour l'instant, mais on va étudier cette question.

Mme CHASTEL.- Le *slide* suivant apporte des éléments à la question que vous posez. Pour les 60 ans et plus, vous avez les effectifs actuels et les projections d'effectifs en 2025, 2030 et 2050 avec les tendances et l'augmentation. Vous les avez par arrondissement sauf pour la DT de Lille et la DTMRT. On a la même chose pour la population âgée de plus de 75 ans.

RP signifie recensement de la population. Ce sont les dernières données sorties il y a trois mois de l'Insee sur les données de population les plus récentes actualisées. Cela paraît ancien, mais cela intègre des données de population jusqu'au recensement de 2020. C'est 2016-2020 et on prend l'année du milieu, donc 2018.

On voit très bien l'augmentation très forte qui va se produire dans les Flandres et dans le Douaisis qui va connaître une augmentation très forte dans les huit prochaines années.

2050, c'est intéressant pour avoir une perspective plus lointaine, mais les projections sont moins fiables. Sur 2030, on a des choses assez fiables. Bien sûr, on est toujours sûr de la projection.

L'Insee fait trois modèles et on vous présente le modèle intermédiaire de projection. L'Insee fait une projection minimaliste, une projection maximaliste et une projection médium, on a choisi l'intermédiaire.

Mme LÉTARD.- Cela permet de mieux comprendre l'évolution par rapport au poids de la population. Ainsi, on pourra croiser avec la suite de votre exposé par rapport à la couverture de service et peut-être aussi les conclusions que vous en tirez à ce stade.

M. LOYER.- Si on regarde la situation des plus de 75 ans, puisque la population APA est plutôt dans cette tranche d'âge de cette catégorie de l'Insee, on s'aperçoit que cette population progresse encore plus vite en pourcentage que la population des plus de 60 ans.

Mme LÉTARD.- Cela change selon les territoires.

Mme CHASTEL.- On retrouve toujours les Flandres. Sur toutes les études, vous verrez un enjeu très fort sur le territoire des Flandres.

M. LOYER.- C'est en particulier dans les Flandres intérieures que l'on a le plus de tension sur les services à domicile.

Sur ce tableau *slide 11*, vous avez une projection des hausses et des baisses de population. C'est un élément important, on s'aperçoit qu'un certain nombre de territoires seront en baisse de population, ce qui explique le vieillissement. Hors métropole lilloise et le Valenciennois de façon plus marginale, on constate des baisses de population. Ce n'est pas tout à fait vrai pour le Douaisis qui est stable.

Mme CHASTEL.- Pour la prise en charge des personnes âgées, la population active sera moins importante. Hors métropole, il y a un enjeu sur cette question à la fois pour les aidants et pour les professionnels.

M. LOYER.- Les services à domicile ont ceci d'atypique, ce n'est pas le nombre de services à domicile qui fait le besoin du territoire, mais le nombre d'intervenants qualifiés pouvant intervenir à domicile.

Mme LÉTARD.- Par rapport à ce que vous dites sur les intervenants, est-ce que d'ores et déjà aujourd'hui le constat que l'on fait sur l'évolution démographique des territoires et la réalité actuelle des territoires impacte sur les recrutements et le personnel disponible pour accompagner à domicile ?

M. LOYER.- Avant Covid, déjà en 2019, sur la Flandre intérieure qui est le secteur présentant le profil le plus pentu sur ces éléments, on avait des tensions pendant les vacances avec des problèmes de services à rendre et on avait du mal en tout cas pendant l'été à trouver des personnes.

Paradoxalement, pendant la période du Covid, hormis pendant un mois et demi de la seconde quinzaine de mars à avril où on a demandé à limiter le passage chez les usagers, on n'a jamais retrouvé ce niveau de tension même en Flandre intérieure. En juin, juillet et août 2019, on avait des difficultés pour les nouveaux plans à trouver des professionnels et des services à domicile en capacité de le faire. C'est la dernière fois que l'on a eu ce genre de tensions. Ces tensions vont s'accroître au vu des profils des territoires.

Mme CHASTEL.- L'élément démographique est essentiel à prendre en compte, mais il y a aussi la situation socioéconomique des territoires. Sur la Flandre intérieure, le taux de chômage le plus faible de département joue beaucoup sur la capacité à recruter des personnels pour les SAAD, compte tenu de l'attractivité de ces métiers.

M. LOYER.- C'est un territoire qui se trouve à la jonction de Dunkerque de Lille et de la Flandre belge. Les personnes ont plus de facilités qu'ailleurs, pour ceux qui sont mobiles, à trouver de l'emploi. Du coup, les services à domicile ont plus de mal à recruter qu'ailleurs.

On vous a proposé une petite synthèse qui reprend ces éléments. Clairement, on voit que, sur tous les indicateurs, c'est sur la Flandre où l'on attend les premières tensions. On s'aperçoit tout de même que la

Flandre va connaître ce que va connaître la France dans son ensemble. En fait, le Nord est plutôt protégé par sa structure populationnelle, plus que l'ensemble de la France, puisque la situation de la Flandre est encore légèrement inférieure à la situation française.

Sur la part dans la population générale, la Flandre est à 12,06 % alors qu'en France, on est à 12,3 %.

Mme GREAUME.- Je regarde les pourcentages. Pour la projection des plus de 75 ans, est-ce que la donnée des décès a été mise en parallèle ? Dans le Nord, on a le nombre de décès par cancer par exemple le plus important. Il faut peut-être regarder également par rapport aux décès.

Mme CHASTEL.- Vous avez raison, cela fait partie des lignes méthodologiques de l'Insee qui prend en compte la situation de santé et l'espérance de vie qui sont plus courtes dans le Nord. Les chiffres présentés prennent en compte cet élément.

Mme LÉTARD.- Pour approfondir par rapport à ce que dit Michelle et ce que vous venez de répondre, Madame, il faut voir quand on entre dans la dépendance dans le Nord par rapport à la moyenne nationale et dans quel état de santé. C'est vrai qu'on a une réalité au regard de la santé dans le Nord qui est un peu différente, on est en perte d'autonomie peut-être plus tôt que la moyenne nationale et on entre dans le grand âge pas forcément toujours en bonne santé. Le ratio est important à explorer puisque cela génère aussi un autre élément qui est un peu différent de ce que l'on peut rencontrer sur d'autres territoires.

Mme CHASTEL.- Je n'ai pas le chiffre là mais, effectivement, les Nordistes ont une espérance de vie en bonne santé un peu plus courte que la moyenne nationale.

M. LOYER.- On a eu un graphique de l'entrée dans l'APA et, effectivement, on entre généralement dans l'APA plus vite qu'ailleurs.

Ensuite, vous avez la répartition des bénéficiaires de l'APA, avec les différents GIR, le GIR 1 étant le plus élevé et le GIR 4 la dépendance la plus faible, par territoire *versus* le Nord pour vous montrer les disparités. Le Douaisis et les Flandres ont les bénéficiaires de l'APA les plus dépendants puisque ce sont ceux qui ont le taux de GIR 4 le moins élevé.

Mme CHASTEL.- On peut voir par rapport à la moyenne France métropolitaine que les bénéficiaires de l'APA sont plus dépendants dans le Nord que la moyenne nationale.

M. LOYER.- Absolument, les GIR les moins élevés (GIR 4) représentent 58 % de la structure de l'APA en France et ils ne représentent que 53 % dans le Nord. Ce sont des GIR plus élevés nécessitant des dépenses plus élevées.

M. CATHELAIN.- Comment expliquez-vous qu'il y ait une aussi grosse différence dans les GIR 4 entre la France et le Nord et également entre les territoires ? Il y a parfois de très grosses différences de GIR 4. Est-ce parce que les demandes ne sont pas faites ?

M. LOYER.- Deux choses sont prégnantes pour nous, mais il n'y a pas d'analyse scientifique derrière, c'est l'accès aux droits et l'état de santé.

M. CATHELAIN.- Tant que l'on va à peu près bien, l'utilisateur ne demande pas l'APA ? C'est cela ?

M. LOYER.- On avait fait des analyses de corrélation à une époque où l'on s'apercevait que le nombre de dossiers APA dépendait du nombre de relais autonomie en proximité. Il existe un certain nombre de liens. Quand on ne demande pas l'APA et quand on le demande trop tard, on reste moins longtemps en GIR 4 et on bascule plus vite dans les dépendances plus élevées.

Mme LÉTARD.- Il faudra faire le parallèle par rapport à la couverture en services et l'accès aux droits. On a vu que l'Avesnois était l'endroit où l'on avait le plus grand temps d'attente entre le dépôt de la

demande d'APA et la fin de l'instruction, la mise en œuvre. Il faut peut-être regarder la corrélation entre le nombre de GIR 4 par exemple et l'accès aux droits ou même la capacité à apporter le service, de l'instruction à la mise en œuvre du plan d'aide. Il faudra croiser tout cela. Vous avez peut-être déjà des éléments d'explication à nous donner pour nous éclairer.

M. LOYER.- On a fait des études de corrélation, on s'est aperçu que c'était surtout le nombre de relais de proximité, mais aussi la densité du réseau de soins infirmiers. Les déserts médicaux génèrent une absence de prise en charge.

Le temps d'instruction n'a pas été testé dans l'étude.

Mme CHASTEL.- Non, on ne l'a pas pris en compte. On a vraiment regardé le réseau de proximité et la couverture en services de soins de proximité.

On avait travaillé un élément il y a quelques années, il serait intéressant de le vérifier, c'est la couverture en établissements qui a aussi un impact.

M. LOYER.- Cela impacte plutôt les GIR élevés.

Intervenant.- On a vu beaucoup de GIR 4 en EHPAD. Le taux d'équipement en EHPAD est plus important qu'ailleurs aussi dans les Flandres. Il y a peut-être une corrélation.

M. LOYER.- Dans le Douaisis, il est moins élevé, cela peut effectivement expliquer.

Je pense que la population des EHPAD ne représente que 15 % des personnes dépendantes.

Intervenant.- En GIR 4, on est à 24 % dans les EHPAD.

M. LOYER.- Je parle de la population globale. La population GIRée est à seulement 15 % dans les EHPAD.

Mme GREAUME.- EHPAD et maisons de retraite ?

M. LOYER.- Qu'entendez-vous par maisons de retraite ?

Mme LÉTARD.- Foyers logement, résidences autonomie peut-être ?

M. LOYER.- Les résidences autonomie ne sont pas comprises dans la classification.

Mme GREAUME.- Dans les GIR 4, les personnes sont autonomes. Elles ont des difficultés notamment pour le ménage, mais, dans les maisons de retraite ou les foyers logement, ces prestations sont fournies. C'est pourquoi j'interviens. Les EHPAD sont vraiment pour les personnes complètement dépendantes.

M. LOYER.- Effectivement, il y a des GIR 4 dans les EHPAD, mais il y en a beaucoup plus au domicile.

Sur ce *slide*, vous avez la projection au cours des prochaines années des personnes dépendantes et des personnes vivant à domicile non dépendantes. Cela montre les volumes et les enjeux. Outre le basculement dans l'APA, il y a ce qui doit être fait en amont en termes de prévention de la perte d'autonomie, ce qui a son importance tout au long de la vie, mais au moins dès l'arrivée à l'âge de 60 ans. À la retraite, la perte d'autonomie est un sujet important et les masses sont très importantes.

Mme CHASTEL.- Sur cette projection, le principe a été de dire que le nombre de places en établissement, quel qu'il soit, restait stable, d'où la hausse assez importante de personnes vivant à domicile, notamment dépendantes.

Mme GREAUME.- Faisons attention. On est près de la frontière belge et beaucoup partent en établissements en Belgique.

Mme CHASTEL.- Tout à fait. Normalement, dans la mesure où l'Insee prend en compte les migrations, il y a un pourcentage de la population qui est pris en compte.

Mme LÉTARD.- Cela intègre bien la population qui est en Belgique ?

M. LOYER.- La population qui part en Belgique est prise en compte selon le taux de 2017.

Mme LÉTARD.- Connaît-on le nombre de personnes âgées nordistes qui sont en établissements en Belgique ?

M. LOYER.- Je n'ai pas le chiffre en tête. On le cherchera.

Intervenante.- Ils ne bénéficient pas de l'APA, s'ils sont en Belgique ?

M. LOYER.- Ils ne bénéficient pas de l'APA.

Intervenante.- Par contre, ils bénéficient de l'assurance maladie française pour la prise en charge des soins en établissements belges, mais il n'y a pas l'APA en établissements belges.

Mme LÉTARD.- L'ARS a peut-être cette statistique. On auditionnera l'ARS dans les jours qui viennent, on pourra lui poser la question.

Mme CHASTEL.- L'Insee va mettre à jour avec nous en début d'année prochaine l'ensemble de ces projections.

M. LOYER.- Ensuite, le point central, c'est l'offre, les projections de personnes dont on aurait besoin. Vous avez sur ce graphique le besoin d'emplois dans les différentes catégories de personnes intervenant à domicile : les infirmiers, les aides à domicile, les aides ménagères et les autres professionnels. Le besoin sera surtout en aides ménagères et en infirmiers. Le nombre d'emplois est en progression : 2 674 emplois supplémentaires.

Mme LÉTARD.- 2 674 emplois jusqu'en 2030... C'est rapide.

M. LOYER.- Sachant qu'un certain nombre de formations ne trouvent pas leurs publics.

Mme LÉTARD.- Quels sont les métiers pour lesquels il y a le plus de difficultés de recrutement et de formation ?

M. LOYER.- Même pour les infirmiers, cela devient compliqué, puisque les IFSI ne sont toujours pleins. Ce sont surtout les aides à domicile et les aides ménagères qui subissent une crise des vocations.

Mme GREAUME.- Il y a sur cette diapositive quelque chose qui me chiffonne concernant les aides à domicile. Dans « aides à domicile », il y a de tout. Il faut faire attention parce que certaines aides à domicile sont diplômées, elles peuvent faire la toilette et on ne peut pas les compter comme aides à domicile simples.

Cela me chagrine parce que, sinon, on met tout dedans et il n'y a plus besoin de diplôme.

M. LOYER.- Les aides à domicile qui sont inscrites là sont bien les AES diplômées. C'est la différence avec les personnes dont vous parlez avec une qualification moindre et qui sont pour nous des aides ménagères.

Mme LÉTARD.- Je vois deux sujets à explorer parmi les difficultés que l'on va avoir et d'ailleurs encore plus à l'avenir et qui s'additionnent. J'ai repéré l'attractivité du métier, la formation, la mobilité dans différents métiers du secteur médicosocial. Il y a un autre sujet – je ne sais pas comment il impacte aujourd'hui –, c'est le coût du déplacement pour ces professionnels qui ont des petits salaires, sa prise en compte pour l'établissement et pour la personne qui travaille dans le service, on voit que cela aura un impact avec l'évolution des prix du carburant.

Ensuite, il y a l'avenant 43 qui a créé des réalités différentes et des difficultés pour les services, il y a aussi le fait que, comme toutes les professions n'ont pas été revalorisées de la même façon avec le Ségur de la santé, cela rend des secteurs, des métiers, des fonctions moins attractifs que d'autres, cela a créé un

sentiment d'iniquité entre les professionnels au sein des établissements. Là, on sort un peu de la simple comptabilité des besoins mais, par rapport à l'attractivité des métiers et aux difficultés que l'on peut rencontrer en tant que personnes voulant aller travailler dans ces secteurs d'activité mais aussi pour les services de l'autre côté, il faut qu'on essaie d'évaluer ces sujets, de les mesurer le plus possible et de voir comment on peut en sortir avec le concours de l'État, de l'ARS, de la CNSA. Il faut voir comment tous ces sujets percutent l'attractivité de ces métiers tant du point de vue de la personne qui va y entrer, que du point de vue des services et de leur capacité à se développer.

M. LOYER.- En particulier, l'avenant 43 a été un sujet de fragmentation puisque c'est du travail identique, c'est juste la typologie de structures. Des associations se sont même transformées en statut d'entreprise pour être des SCIC ou des SCOP, elles ne sont plus sur la même convention collective. Clairement, la notion de convention collective n'est pas forcément de nature, à mon sens en tout cas, à expliquer une différence d'émoluments puisqu'ils font le même métier.

C'est un secteur sur lequel il y a deux conventions collectives pour les associatifs, la 51 et la 66. C'est un secteur sur lequel il y a un secteur privé, un secteur public et sur lequel il y a de l'emploi direct qui est encore sous une convention collective différente et qui est assez balkanisé. Les professionnels ont du mal et cela génère des problématiques de recours. Vous avez d'ailleurs reçu les fédérations.

Mme LÉTARD.- Oui, on les verra d'ailleurs encore.

M. CATHELAIN.- Effectivement, il y a l'avenant 43, mais, au sein même des structures, il y a des différences entre celles qui sont aides-soignantes et qui ont le diplôme, que le Ségur de la santé a revalorisées assez fortement, et les autres qui ont un diplôme considéré comme inférieur, qui n'ont pas été revalorisées alors qu'elles font exactement le même travail.

M. LOYER.- La problématique du secteur est un problème de parcours : comment faire pour que les gens puissent aller de l'environnement SAAD à l'EHPAD, y revenir, progresser, prendre des postes supérieurs ? C'est vraiment un secteur qui est complètement balkanisé, dans lequel il y a une convention collective rien que pour la structure juridique, sur le domicile, puisque pour l'EHPAD, c'est encore différent.

Ce sont des métiers qui peuvent être un peu différents puisqu'aller à domicile chez les gens, ce n'est pas exactement le même profil de personnes que ceux qui vont dans un EHPAD. On s'aperçoit que les flux de personnel vont surtout du service à domicile vers l'EHPAD puisque les gens cherchent à moins se déplacer.

Mme LÉTARD.- Avec les difficultés dont on parle par rapport à la mobilité, ce sera de plus en plus le cas.

M. LOYER.- Même au niveau de l'attractivité, le diplôme d'AES est décomposé en trois options : une sur le domicile, une sur l'établissement et une autre sur (*inaudible*).

Mme LÉTARD.- Est-ce lié à l'organisation du temps de travail à domicile et aux horaires du temps de travail à domicile ?

M. LOYER.- Oui, et à l'organisation des services à domicile.

En plus, on va chez les gens, cela peut être assez intrusif. Certains professionnels ne s'y retrouvent pas. Clairement, les horaires ne sont pas les mêmes que dans un établissement et la fragmentation des horaires n'est pas la même non plus.

Mme PARMENTIER-LECOQ.- Avez-vous un peu de visibilité sur le temps de travail qui est passé ou perdu sur la route par les aides à domicile ? Avez-vous des éléments sur la rémunération de ce temps ou les indemnités kilométriques ?

M. LOYER.- Nous ne finançons que les heures de face-à-face. Les temps de déplacement sont rémunérés inter-usagers, nonobstant que certains SAAD n'ont pas les mêmes politiques d'emploi pour le premier déplacement et le dernier déplacement. Les politiques de droit du travail peuvent être différentes d'une

structure à l'autre sur le premier déplacement, mais tous les déplacements entre les usagers dans une même journée sont payés.

Mme PARMENTIER-LECOQC.- Quand l'aide à domicile va d'une personne âgée à une autre, son temps de travail est payé, mais le Département ne finance pas ce temps puisqu'il ne finance que le temps de face-à-face. C'est cela ?

M. LOYER.- La prise en charge départementale à 22 € est fixée déplacements compris.

Mme PARMENTIER-LECOQC.- Il doit y avoir des disparités importantes d'un territoire à l'autre.

M. LOYER.- Effectivement, il y a des disparités territoriales importantes entre les secteurs ruraux et les secteurs urbains, j'en suis assez convaincu aussi, même si les services à domicile qui travaillent en métropole lilloise nous disent que les temps de bouchons dans certains secteurs peuvent être aussi assez importants.

Mme LÉTARD.- Je voudrais être sûre d'avoir bien compris. Ce temps de trajet relève de l'usager ? Il peut être facturé à l'usager par la structure ? Est-il pris en compte d'une façon ou d'une autre ?

M. LOYER.- Tout dépend du mode de tarification de la structure. Des structures tarifient un coût au passage. On a une prise en charge départementale à 22 €, mais le tarif du SAAD est fixé par lui-même avec une liberté jusqu'à un plafond de 10 % de l'APA en reste à charge supplémentaire, environ 90 € supplémentaires par mois qu'il faut aller chercher au-delà de la participation légale.

En 2020 ou 2021, quand on est passé de 21 à 22 €, le plafonnement a été supprimé pour les personnes ayant un coefficient de participation supérieur à 100 % (??), c'est-à-dire environ 2 500 €.

Mme PARMENTIER-LECOQC.- Il serait intéressant qu'on ait des données là-dessus parce que cela doit impacter assez fortement sur le modèle économique des SAAD.

M. LOYER.- Clairement, les frais de personnel représentent en normatif 80 % de leur activité, les transports sont des dépenses qui viennent après, c'est bien le personnel qui est le plus impactant.

Mme PARMENTIER-LECOQC.- J'imagine que du temps que doit prendre en charge le SAAD, mais qui n'est pas facturable doit beaucoup impacter leur équilibre économique.

M. LOYER.- C'est compris dans la prise en charge départementale et dans leur tarif. Ce n'est pas qu'il n'est pas financé, mais il n'est pas financé de façon collective.

Mme PARMENTIER-LECOQC.- Avec peut-être des différences importantes.

M. LOYER.- Effectivement, des différences qui peuvent être importantes d'un territoire à l'autre et d'un SAAD à l'autre.

Mme LÉTARD.- Selon les trajets effectués.

Cela interroge également sur le modèle de fonctionnement actuel de la prise en charge par les services et peut-être de la mutualisation ou de l'interrogation qu'on peut avoir sur des groupements d'employeurs. En clair, quand une même personne doit aller à domicile 2 heures le matin et 2 heures le soir, est-ce que l'on peut imaginer que, sur des territoires de référence, une personne puisse intervenir sur toutes les heures du matin en mutualisant des horaires sur des parties de territoire un peu cohérentes pour éviter les trajets et des temps partiels subis avec des horaires décalés qui mettent en grande fragilité les salariés et la structure pour gérer tout cela, parce que c'est du temps de trajet et de l'essence ? Est-ce qu'il y a déjà des réflexions dans le cadre des contrats d'objectifs pour faire en sorte que, soit entre services sur un territoire de référence, soit au sein d'un service, on fasse en sorte que ce soit une personne qui fasse le matin un certain nombre de prestations et que ce soit une autre qui fasse les horaires du soir ? Est-ce que tout cela est déjà fait dans les contrats d'objectifs et déjà exploré ?

M. LOYER.- Il n'y a pas de contrat d'objectifs dans les services des SAAD.

Mme LÉTARD.- À l'intérieur même de l'organisation des services en lien avec le Département, y a-t-il une réflexion là-dessus ?

M. LOYER.- On a eu plusieurs réflexions là-dessus. On a favorisé les groupements d'employeurs en particulier pour qu'ils puissent mutualiser leurs plannings. Soit cela se fait naturellement, soit cela disparaît. C'est souvent une structure qui le porte et les tentatives qui ont été faites n'ont jamais été tellement pérennes ; elles tenaient à une personne et, quand celle-ci partait, cela disparaissait.

Les SAAD ont intérêt à se spécialiser, puisque, comme vous l'avez dit, ils ont des transports. Le développement des nouveaux SAAD est principalement dans les territoires très denses. Sur les territoires comme l'Avesnois, on a beaucoup moins de développement des services à domicile puisqu'il faut une certaine rationalisation des moyens. Elle se fait, non par un conventionnement ou par des accords – même s'il y en a eu, notamment dans l'Avesnois –, mais principalement par une logique économique.

Mme SCAVENNEC.- Je voudrais réagir par rapport à cette perspective. C'est en tout cas ce que je lis dans le rapport Libault, dans ce qu'il appelle le service public territorial de l'autonomie, avec ce mode de coordination à l'échelle locale. On pourra peut-être en parler avec les partenaires qu'on va rencontrer tout à l'heure, je ne sais pas ce qu'ils pensent de ce rapport et de ce sur quoi on va.

Mme LÉTARD.- Tout cela met en perspective deux niveaux. Au niveau de la stratégie départementale, il s'agit de savoir comment on organise, quelle est notre vision de la prise en charge de la perte d'autonomie (services, établissements, etc.), de savoir comment ils raisonnent avec des territoires dont on voit bien la disparité des réalités. Selon qu'on est en métropole, en Flandre intérieure ou dans l'Avesnois, on voit à quel point tout cela est différent, combien cela nécessite une coordination territorialisée, mais également une réflexion sur la structuration des établissements, des services et de l'offre que l'on pourra proposer.

Il faut s'interroger sur la façon de structurer cela, à l'aune de ce que vous nous dites, Monsieur, à savoir qu'il y a des modèles économiques qui sont plus difficiles à tenir quand on est sur des territoires ruraux, moins denses, avec beaucoup de kilomètres, mais qui encouragent justement et incitent encore plus à regarder comment territorialement on trouve des solutions.

Je comprends aussi, dans ce que vous évoquez, qu'il y a eu des tentatives de mutualisation mais que c'est difficile. Est-ce qu'on a aussi donné les moyens pour encourager celui qui faisait le travail pour les autres ? Si on lui dit « tu es gentil, tu le prends en charge pour les autres, tu es solidaire » et si cela impacte son coût de fonctionnement sans qu'on lui donne des moyens pour porter une ingénierie d'organisation sur le territoire de référence, il faut peut-être s'interroger. Cela coûterait peut-être moins cher et on serait plus efficace en dégagant un temps mutualisé pour faire en sorte que quelqu'un soit la tour de contrôle d'une organisation.

M. LOYER.- On l'a fait, on avait une politique volontariste avec la CNSA qui s'appelle le titre IV, on avait un axe sur les volontés de regroupement. Cela n'a pas été mobilisé à 100 % parce que les structures elles-mêmes avaient déjà un peu abandonné l'idée de se regrouper considérant qu'on bâtissait sur du sable.

Je reviens sur la territorialisation des CPOM. Il faut avoir dans le scope à ce niveau qu'on a fait le choix de ne pas territorialiser. Certains départements sont territorialisés, comme la Gironde par exemple, et, sur ces départements, on ne peut pas créer un SAAD où l'on veut. Il faut savoir que l'on est l'un des seuls territoires – même si ce sera fini à la fin de l'année – qui est encore ouvert à la création des SAAD. Dans les autres, le marché est fermé et ce n'est que sur appel d'offres.

Ensuite, sur les services à domicile, deux lois issues de la Sécurité sociale de l'année dernière auront un impact : à la fois les services autonomie, on en parlera sur le besoin du rapprochement entre le sanitaire et le social qui normalement doit voir le jour en 2023 avec la transformation de tous les SSIAD en une forme de SPASAD. Derrière, on a aussi – normalement, cela commence cette année, même si c'est sur un

tout petit volant – la CPOMisation du critère qualité. On pourra aller chercher 3 € supplémentaires sous forme d'appel à projet pour les SAAD qui font de la qualité, et cela nous obligerait de repasser en CPOM, avec un certain nombre d'obligations pour aller chercher ces éléments. Cela va se mettre progressivement en place : 7 % financés cette année, jusqu'à 100 % en 2030. Les SAAD devraient être financés à cette hauteur en entrant progressivement dans des critères qualité avec des éléments de qualité qui sont marqués particulièrement sur la ruralité. Il y a cinq critères qui m'échappent, le décret n'est pas encore totalement paru, on a un certain nombre d'éléments comme le bien-être au travail, le service à des heures particulières, etc. Il faudra CPOMiser après un appel à projet.

Mme LÉTARD.- Je comprends, il faut que l'on trouve les voies et moyens, mais il faudra que l'on soit attentif et vigilant à ne pas créer une machine infernale qui fasse que tout le temps, malheureusement très compté pour ces services, ne se passe en travail administratif. Il faudra que l'on soit attentif à ce que l'on soit efficace, efficace et simple dans le traitement de données qui doivent être exigeantes.

On sait que tout dispositif nouveau peut amener sa lourdeur bureaucratique et administrative sur un temps qui est compté sur ces services. Quand on va construire ces nouveaux outils, il faudra que l'on puisse optimiser et avoir une meilleure réponse tout en étant attentif. On le voit aussi sur le terrain, c'est un aspect qui nous est remonté assez régulièrement, qui ne tient pas à vous mais au fait qu'on est dans un département particulièrement important et dans un secteur où l'administratif est très lourd.

Mme SCAVENNEC.- On les a toujours rencontrés tous ensemble, je le dis parce qu'on est entre nous. Je m'interroge sur les disparités entre les différents modèles. Le mode d'audition ne permet peut-être pas de prendre en compte les difficultés spécifiques des uns et des autres. Je m'interroge là-dessus tout simplement, je n'ai pas de réponse.

Mme LÉTARD.- Tu as raison. La question sera le temps dont on dispose, si on veut les entendre tous sur les différents aspects. Par rapport à ta question, si on arrive à dégager du temps, on peut essayer de le faire successivement mais il faut surtout que l'on s'appuie sur un questionnaire cible peut-être différencié selon la nature des structures que l'on interroge. Effectivement, quand on parle à la FEPEM ou au SYNERPA, on ne parle pas aux mêmes types de structures, ni aux mêmes structurations juridiques, ni aux mêmes services. Il faut peut-être que, dans les questionnaires différenciés qu'on leur proposera, on soit en capacité d'apporter des questions cibles en fonction des sujets que l'on veut évoquer. On peut regarder si on est capable de prévoir une journée de plus mais on va commencer à avoir un programme chargé.

Intervenant.- On a eu chacun au téléphone. Sur le questionnaire, c'est parfois une question de discipline, mais eux-mêmes ne répondent pas toujours aux questions précises qu'on leur a posées.

Ils ont aussi la possibilité de faire des contributions écrites et on le leur rappellera tout à l'heure parce que, pour l'instant, ils ne nous ont rien transmis. Leurs spécificités peuvent être développées dans le cadre de ces contributions.

Pour le 25 avril, on a creusé un questionnaire, on essaie de les pousser à nous dire quelles sont leurs différences en fonction de leurs statuts, mais il faut qu'ils répondent aux questions. Ils ne répondent pas toujours aux questions, ils répètent toujours la même chose et on manque de précisions.

M. LOYER.- J'entends parler de la FEPEM. Là, on parle des SAAD.

Mme LÉTARD.- Elle représente un secteur de l'aide à domicile.

M. LOYER.- Ce n'est pas le même type de prise en charge.

Mme LÉTARD.- Non, mais, malgré tout, ils sont dans le tour de piste des structures et des employeurs que nous sollicitons puisque nous essayons d'avoir le champ complet de ceux qui interviennent à domicile auprès des personnes en perte d'autonomie. Il faut les prendre en compte quand même.

Mme SCAVENNEC.- J'ai une question complémentaire par rapport à ce que vous avez dit tout à l'heure, Monsieur. A-t-on un exemple concret dans le département du Nord d'une association qui s'est transformée en SCIC ou en SCOP ?

M. LOYER.- Oui, on en a une dont le nom m'échappe.

Mme SCAVENNEC.- Une sur 58 ou 59 ?

M. LOYER.- Sur environ 130 SAAD.

Mme SCAVENNEC.- 58 ou 59, c'est le chiffre de ceux qui relèvent de l'avenant 43 ?

M. LOYER.- Oui, ce sont les associatifs.

Mme SCAVENNEC.- L'un de ces 59 s'est transformé en SCIC ?

M. LOYER.- Oui, il s'est transformé en SCOP en 2018, sur Douai. Je crois qu'il y en a un deuxième.

Mme SCAVENNEC.- Si c'est en 2018, cela n'a rien à voir avec l'avenant 43.

M. LOYER.- Non. C'était un choix de la structure pour maintenir leurs salariés, puisque, dans les SCOP, une part revient aux salariés.

Mme SCAVENNEC.- Cela participe de l'attractivité du métier, c'est intéressant de prendre en compte cet élément. Mais ce n'est pas par rapport à l'avenant 43 que l'on change de statut.

M. LOYER.- Non. Je pense d'ailleurs que certaines fédérations vous diront que des entreprises signent l'acte RSE, puisqu'une entreprise privée peut signer un acte RSE qui le rapproche de l'association. Par exemple, la Gironde a inclus dans l'avenant 43 les SAAD privés qui signaient ces éléments. Le Lot a payé y compris l'avenant 43 pour les privés.

Je propose de passer à la deuxième partie.

❖ L'équipement du Nord en SAAD

M. LOYER.- La carte que vous voyez remonte à 2019 sur des données de 2018 selon un questionnaire. Cela montre la densité d'intervention. Ce sont toutes les communes du département du Nord dont au moins deux SAAD se déclaraient pouvoir potentiellement intervenir.

Intervenante.- Les zones blanches sont les zones où il y a moins d'intervenants ?

M. LOYER.- Non. Il y a deux SAAD qui peuvent intervenir au moins.

Intervenante.- Il y a l'ADMR ?

M. LOYER.- Pas toujours.

Sur l'Avesnois, on a plutôt Aide au Quotidien, MHAD (?) et l'ADAR.

Mme LÉTARD.- Le problème, c'est le modèle économique quand on n'est pas dans la densité, c'est ce qui pose des difficultés.

M. LOYER.- Cela peut en poser, mais, à l'inverse, le SAAD le plus dynamique, qui est en plus forte croissance, est un SAAD associatif, Aide au Quotidien, dans l'Avesnois.

Mme LÉTARD.- Quel est son principe de fonctionnement, pour qu'il soit dynamique comme cela ?

M. LOYER.- Il a été critiqué au niveau de la presse régionale sur certaines politiques sociales. Nous sommes intervenus plusieurs fois pour l'interroger sur sa politique sociale. Cela peut expliquer. Ils gèrent aussi peut-être mieux. De toute façon, 80 % de leurs coûts sont de la masse salariale, ils ne peuvent jouer que sur les 20 % restants.

Mme GREAUME.- On remarque que, sur tout le département du Nord, il y a des endroits où il serait bon que plus d'associations se créent.

M. LOYER.- Ce qui est important sur ce *slide*, c'est de voir que chaque usager du Nord, quelle que soit sa commune, a le choix au moins entre deux SAAD. Le territoire est entièrement couvert. Sur l'Avesnois, il n'y en a que deux parce qu'il y a moins de densité.

Vous verrez ensuite des cartes où il y a de vraies zones blanches, puisque, dans certaines communes, on n'a pas d'usagers.

Mme LÉTARD.- Il y a moins de densité, mais c'est là que l'on a le plus long délai pour bénéficier de l'APA. Est-ce pour un problème d'instruction, de RH interne ? Est-ce ce parce que, derrière, il n'y a pas les services ou les plans d'aide adaptés ?

Il faut croiser densité, temps d'instruction et présence des SAAD pour comprendre globalement à quoi est due la difficulté de mise en œuvre. Je pense qu'il n'y a pas un indicateur, un critère, une raison, il y en a plusieurs. Quand on voit les territoires moins couverts, on peut s'interroger sur plusieurs aspects. Quand on regarde la cartographie, il y a la question de la densité. Vous dites qu'il y a deux SAAD par territoire mais, pour autant, une fois qu'on a dit qu'il y a deux SAAD, il faut voir quels SAAD ? On peut avoir un SAAD avec très peu de RH à l'intérieur et une difficulté à satisfaire le besoin sur un territoire de référence.

M. LOYER.- Pour répondre à la première question, ce sont les structures juridiques, leur installation dans le département du Nord, ce sont les sièges sociaux. Elles sont implantées à peu partout dans le département. Cela ne préjuge pas de leurs lieux d'intervention. Le Département du Nord n'a pas fait le choix de territorialiser ses SAAD, un établissement de Dunkerque peut salarier quelqu'un à Anor et prester à Anor, cela dépend de sa ressource humaine.

Mme CHASTEL.- C'est ce que l'on voit sur la carte suivante sur les Flandres.

M. LOYER.- Vous avez les sièges sociaux en points et les zones d'intervention sur les Flandres. On a même des SAAD de l'Avesnois qui interviennent dans les Flandres. Il n'y a pas de corrélation entre la création de SAAD, le nombre de SAAD et la couverture. La corrélation se fait avec le salarier du SAAD.

Mme GREAUME.- J'entends bien ce que vous expliquez, mais les personnes qui interviennent sur le territoire pour les services d'aide à domicile sont généralement des gens qui ne sont pas très bien payés. Est-ce que cela veut dire qu'ils font beaucoup de kilomètres ou est-ce qu'ils recrutent sur le territoire ?

M. LOYER.- Ils recrutent sur place. S'ils ont repéré des usagers à l'autre bout du territoire, ils vont chercher un salarié pour faire cette prestation à partir du moment où ils ont assez de volume pour faire une tournée. Ils font intervenir des gens sur place et leur paient des kilomètres soit au départ de chez eux, soit au départ du premier usager.

M. CATHELAIN.- Au niveau administratif, lorsque l'utilisateur a un souci dans son dossier, est-ce que le fait que le siège du SAAD se trouve quelquefois à l'autre bout du département ne pose pas de difficultés dans les relations ? Le contact humain, avec la hiérarchie de la personne qui vient travailler chez vous à domicile, n'existe pas, ce ne sont plus que des envois de courriers.

M. LOYER.- Vous avez parfaitement raison, nonobstant que certains SAAD peuvent avoir des antennes locales. Là, ce sont les sièges sociaux, mais ils peuvent aussi avoir un chef de secteur.

On a tenté dans le titre IV de prôner, au volontarisme, des modes de gestion un peu différenciés à différents endroits, mais c'est un secteur qui est extrêmement stratifié avec des chefs de secteur. Généralement, quand ils ont une grosse activité dans un territoire, ils ont un chef de secteur qui leur sert de relais, voire une antenne si c'est une structure très importante.

Par exemple, les SAAD de l'Avesnois ont un certain nombre d'usagers à prester, ils ont des salariés et un chef de secteur qui observe et gère cette relation à l'usager, mais cela peut bien évidemment poser des problèmes puisqu'on est loin du centre.

Intervenant.- Cette question, c'est déjà le problème de la coordination avec la partie sanitaire, entre la partie sociale, le ménage, l'aide à domicile et le suivi des soins infirmiers. On est dans un grand trou noir.

M. LOYER.- Eux sont territorialisés.

C'est toute la volonté des services autonomie. La loi de financement de décembre prévoit que, en 2023, tous les services infirmiers seront des services autonomie, les SAAD vont pouvoir porter une offre de soins et se transformer eux aussi en services autonomie. Il y a cette volonté de regroupement. L'une des pistes d'évolution des SAAD qui est recensée est d'aller plus sur une partie sanitaire. On avait déjà des expérimentations SPASAD qui mixaient le soin et le social. Là, les SSIAD vont disparaître et vont devenir obligatoirement des services autonomie.

Par contre, cela pose toujours un problème parce que les SPASAD peuvent intervenir où ils veulent en termes de prestations SAAD, mais ils sont territorialisés sur leur activité officielle.

Intervenante.- Je pense que cela contribue clairement à ce que l'on appelle la prévention de la perte d'autonomie ou de son aggravation et que cela contribue au maintien à domicile. On éloigne la perspective de l'entrée en établissement à partir du moment où on est mieux coordonné sur la partie soins.

M. LOYER.- Sur ce *slide*, vous avez les structures par territoire. On voit que le secteur privé s'est beaucoup développé sur le territoire métropolitain Lille-Roubaix-Tourcoing. C'est là qu'on a la plus grande représentation et le secteur associatif, en nombre mais pas en heures, est minoritaire.

Mme GREAUME.- Si le privé s'est développé, c'est qu'il y a un besoin, notamment sur le territoire de Lille.

Mme LÉTARD.- Il y a une capacité à payer plus importante. À mon avis, les restes à charge sont plus significatifs là.

M. LOYER.- C'est aussi un secteur plus rentable avec moins de coûts de déplacement.

Mme LÉTARD.- La capacité à payer le différentiel est plus importante sur la sociologie métropolitaine et c'est plus rassurant pour le secteur privé.

M. LOYER.- Surtout sur Lille.

Mme GREAUME.- Il faut qu'on fasse attention quand même. J'entends bien qu'il y a Lille-Roubaix-Tourcoing, mais on voit que cela commence à bien se développer aussi sur le Douaisis. Ce sont des questions qu'il faudrait se poser. Le reste à charge est beaucoup plus important dans le privé que dans le public. Il faut peut-être regarder les réels besoins aussi sur les territoires.

Mme LÉTARD.- Il est quand même encadré, il ne peut pas dépasser un plafond même dans le privé. Normalement, ils ne peuvent pas abuser non plus.

M. LOYER.- Sauf pour les gens qui auraient plus de 2 400 € de revenus mais cela représente moins de 2 % de la population, ils ne peuvent pas dépasser 90 € supplémentaires par mois.

Mme LÉTARD.- Jusqu'à quel niveau de retraite ?

M. LOYER.- Jusqu'à 2 400 € ou 2 500 €.

Intervenant.- J'entends dire que, dans le privé, ils proposent des prestations annexes et qu'ils arrivent à se rémunérer de cette façon. Il y a tout ce qui concerne l'aide à domicile et, à côté, il y a des prestations annexes, comme le jardin par exemple, qui sont facturées au prix fort.

M. LOYER.- Des grands prestataires de services à la personne ont des branches de SAAD et interviennent.

Dans les services à domicile, il n'y a pas que le Département, il y a aussi les prestations de la CARSAT par exemple. Les services d'aide à domicile prestent pour une partie de leur activité pour la CARSAT pour les GIR les moins élevés (5 et 6). On a des prestations CARSAT, qui ont pu représenter 30 %, qui représentent plutôt 10 % maintenant, et le privé est venu dans ce secteur mais souvent accompagné pour des prestations de SAAD.

Intervenant.- Ils incitent l'utilisateur à aller vers d'autres prestations.

Mme LÉTARD.- Il y a le secteur encadré et le secteur non encadré pour les services à la personne classiques qui sont présents dans les mêmes structures et qui peuvent accessoirement être mobilisés et proposés à l'utilisateur. Là, ce n'est plus dans son registre personne en perte d'autonomie, mais consommateur d'un service connexe.

M. LOYER.- On a une liste de là où ils veulent se développer, avec le jardinage par exemple.

Mme GREAUME.- Est-il possible d'avoir une évolution de la répartition des SAAD selon leurs statuts sur une dizaine d'années ?

M. LOYER.- On a un slide par heure. Par nombre, ce n'est pas forcément explicatif parce qu'on peut avoir des micros entreprises.

Mme LÉTARD.- Est-ce que vous l'avez également par territoire ?

M. LOYER.- Oui. On l'a fait en volume global pour montrer l'évolution des heures payées par SAAD, des heures réalisées en face-à-face, par territoire. On voit la progression claire de l'APA.

Ce qui est intéressant, c'est l'évolution par type de structure en heures payées par le Département. On a deux secteurs qui stagnent, l'associatif et le public, et le privé prend son envol en termes d'heures depuis un certain nombre d'années.

Mme GREAUME.- Ce n'est pas très logique, puisque le public devrait également augmenter en fonction de la population.

M. LOYER.- Les CCAS ont plutôt tendance à se retirer d'une activité qui est frayeuse.

Mme TONNERRE.- Le privé a effectivement une palette de services bien plus importante. C'est assez rassurant pour les personnes âgées qui restent de plus en plus longtemps à leur domicile et qui n'ont pas toujours la possibilité d'aller dans un logement plus adapté et, effectivement, il y aura des frais de jardinage qu'elles n'auront pas dans un service habituel. Pour éviter de multiplier les partenaires, elles préfèrent travailler avec un seul et utiliser la palette de services. En tout cas, sur mon territoire, c'est fortement utilisé dans ce sens.

M. LOYER.- On avait fait des études sur les restes à charge et les gens qui prenaient les minima. Il y avait effectivement une prédominance du privé dans les plus hauts revenus et les CCAS prenaient les plus bas revenus.

Mme LÉTARD.- Les CCAS sont en train de se désengager, à cause de l'impact sur le reste à charge.

M. LOYER.- L'APA est à 100 % de prise en compte, mais ils vont rarement chercher le sur-reste à charge jusqu'à 90 € par mois.

Mme LÉTARD.- Avec un impact budgétaire significatif pour le CCAS.

M. LOYER.- C'est pourquoi ils se retirent, surtout les petits CCAS.

Intervenant.- Par définition, le privé peut accepter ou refuser les personnes. Quelqu'un qui aurait une dépendance très élevée et qui ne prendrait aucun service annexe n'est pas forcément intéressant pour la structure privée, mais si le CCAS se retire...

M. LOYER.- Pour l'instant, on n'a pas eu de rupture de charge. Vous avez raison sur le public/privé. Il y a deux types de privé, le privé lucratif et le privé non lucratif. On s'aperçoit que la prise en charge entre privé lucratif et non lucratif des personnes aux revenus les plus bas est à peu près identique.

Ce n'est pas l'associatif qui prend. Des services privés prennent la population dont les CCAS se désengagent. Il n'y a pas de règle en la matière. La seule statistique qu'on avait étudiée était le fait que les CCAS portaient une offre structurellement aux personnes plus vulnérables, mais, effectivement, on est très vigilant et c'est pourquoi le reste à charge est plafonné.

Mme LÉTARD.- Justement, on sent que ce désengagement des CCAS est en train d'évoluer dans le mauvais sens, parce que c'est difficile budgétairement, l'impact étant lourd sur des CCAS dont les ressources ne sont pas forcément en augmentation. Est-ce qu'on a un regard attentif sur ce que deviennent les publics qui étaient gérés dans les CCAS ? Est-ce qu'on s'attache à regarder comment les personnes sont prises en relais à la sortie ?

M. LOYER.- Bien évidemment. C'est très important et c'est l'une de nos grosses craintes avec l'avenant 43, en particulier dans le « sans PCH » puisque le « sans PCH » présente des profils de SAAD plus spécialisés.

Mme LÉTARD.- Pouvez-vous préciser ce que vous voulez dire ?

M. LOYER.- C'est la prestation de compensation du handicap et, en fait, ce sont les prestations que les mêmes services à domicile qui vont pour l'APA prestent pour le secteur du handicap.

Mme LÉTARD.- Vous parlez des structures qui n'ont pas d'intervention sur le secteur du handicap ?

M. LOYER.- Non. Je dis que la grande majorité des structures font les deux et que plus elles font du handicap, plus elles ont des structures de coûts élevés puisqu'il y a des gestes techniques. Pour elles, c'est un équilibre global. Ces SAAD ont plus de précarité. Quand on a un certain nombre de risques de perte, on étudie toujours les reprises avec les SAAD de proximité qu'on connaît bien pour reprendre les plans des usagers.

C'est l'une de nos grosses craintes s'il y avait des défaillances en série. On a la liste des usagers des SAAD qu'on rémunère et on doit prendre notre téléphone et demander pour que madame X puisse aller sur le SAAD à côté. On fait ce travail d'intermédiation en particulier en cas de cessation de paiements ou de faillite. Généralement, les CCAS préparent le transfert de ces usagers avec les associations et les entreprises du secteur.

Mme LÉTARD.- La part des services qui sont en grande fragilité en risque de faillite est-elle significative, en tout cas ceux que vous surveillez comme le lait sur le feu ? Est-ce une part de services importante ?

M. LOYER.- Avec l'avenant 43, oui.

Mme LÉTARD.- En proportion, que représentent ceux qui sont aujourd'hui en situation de grande fragilité ?

M. LOYER.- Le problème de l'avenant 43 est que les surcoûts vont être pérennes. Certains SAAD qui étaient déjà fragilisés ne pourront pas absorber l'évolution de leurs coûts de masse salariale arrivés à un certain niveau. Un certain nombre de SAAD étaient déjà précaires et ils vont voir leur équilibre économique se dégrader, ils vont changer leur mode de tarification pour retrouver un équilibre financier et certains n'y arriveront peut-être pas.

Mme LÉTARD.- Que voulez-vous dire par changer leur mode de tarification ?

M. LOYER.- On voit le développement actuellement de la tarification au passage, 1 € supplémentaire par passage pour l'usager.

Mme LÉTARD.- Donc du reste à charge.

M. LOYER.- Absolument.

Mme GREAUME.- Je vais revenir sur les services publics. Je ne peux pas les comparer aux associations et entreprises pour la bonne raison que tout est suivi, les formations, la qualité des services.

On a beau me dire qu'il y a un blocage des tarifs, il ne faudrait pas que cette ligne verte diminue, il faut qu'elle soit en augmentation. Je rappelle que l'action sociale dans le Nord est le rôle premier du Département. Généralement, ce sont les personnes ayant très peu de ressources qui s'orientent vers les services publics, il faut que cette ligne puisse aller en augmentation en même temps que notre population vieillissante. Il faut insister là-dessus parce que c'est important.

Mme LÉTARD.- C'est enregistré, Michelle. Quand on voit que même les CCAS s'interrogent et se désengagent de la prise en charge des plus fragiles, cela montre bien la difficulté de l'équation budgétaire. Effectivement, on peut s'interroger sur la façon dont ce secteur public et associatif peut être maintenu à niveau et ne pas être substitué par le privé. On ne peut que partager mais encore faut-il trouver l'équation avec le national puisque, pour pouvoir être au rendez-vous, il faut aussi que cela suive au niveau national. Sans entrer dans les débats maintenant, il faudra que l'on s'interroge sur les moyens que l'on donne globalement pour la prise en charge de la perte d'autonomie. On n'y arrivera pas seul. C'est en tout cas un sujet sur lequel il faut que l'on reste collectivement très vigilant à l'avenir.

Mme GREAUME.- Je suis prête à me battre.

Mme LÉTARD.- Je le sais, ne t'inquiète pas.

M. LOYER.- D'autant plus que les CCAS n'ont pas bénéficié de l'avenant 43 et qu'ils devraient à l'avenir en bénéficier. Les coûts pour les CCAS et les charges pour les collectivités risquent d'augmenter, alors que la compensation de la CNSA n'évolue pas.

Mme LÉTARD.- Merci pour la bonne nouvelle...

Je vous propose de continuer la présentation.

M. LOYER.- Vous avez l'évolution par DT. La dynamique n'est pas exactement la même par territoire en fonction des éléments. L'Avesnois par exemple connaît un fort développement du privé, ce qui n'est pas le cas du Cambrésis où tous les CCAS sont très présents.

On constate une véritable disparité entre ces répartitions par territoire. Le Cambrésis est fortement doté de services publics, l'Avesnois voit son développement très porté par le privé lucratif.

Mme LÉTARD.- Franchement, ce que vous nous dites interroge sur la cible que le secteur privé vise. Est-ce que ce sont des retraités qui ont un certain niveau de revenus de retraite ou patrimonial qui fait qu'ils sont en capacité de financer une prestation horaire supplémentaire ? Cela m'intéresse vraiment de savoir quel est le ressort qui mobilise peut-être plus le secteur privé par rapport au secteur public et associatif dans des territoires dont on connaît la difficulté de rationalisation et en tout cas de rentabilisation d'intervention.

M. LOYER.- Il ne faut pas oublier qu'ils ne sont pas sous les mêmes conventions collectives. Il ne faut pas voir cela uniquement sur un prisme de coûts hors de la masse salariale. Ce sont 80 % de masse salariale. Tant qu'ils ne sont pas sur les mêmes conventions collectives – je ne parle pas du public et du privé –, entre les associatifs et les privés lucratifs, il y a une concurrence à l'intérieur des grilles catégorielles. Cela veut dire qu'avec l'avenant 43, on a l'impression que le privé lucratif est le grand perdant parce qu'il n'a pas eu d'augmentation, mais il profitera peut-être de défaillances des structures puisque lui n'a pas eu

cette augmentation de coûts. À l'inverse, les salariés, après avoir eu une hausse, auront une grosse baisse en changeant de structure.

Mme LÉTARD.- Ce que vous dites est très éclairant.

M. LOYER.- Ensuite, vous avez les évolutions pour d'autres territoires, on a toujours le même profil de la pente. Certains territoires sont différents au niveau des services publics, Valenciennes est mieux porté que les Flandres en termes de services publics.

Sur le *slide* 2.3, c'est une forme de présentation pour montrer vers quoi ils se développent hormis les activités de prestations départementales, APA et PCH. On s'aperçoit qu'on a beaucoup de projets de SAAD vers des services de soins, des SPASAD qui sont des SSIAD, des services d'hospitalisation à domicile pour certains d'entre eux qui sont déjà en forme de SPASAD, des soins palliatifs à domicile. Un certain nombre de structures portent ce genre de projets.

On a aussi tout ce qui est porté par le répit, le relaying ou la garde itinérante, qui s'appelle maintenant le temps libéré, qui permet de développer des prestations qui ne sont pas régulières. En fait, l'APA a ceci de particulier que l'on a un plan hebdomadaire de besoins, mais que la personne âgée peut chuter au milieu de la nuit et, même s'il y a la télégestion, on appelle les aidants naturels. Des services développent des interventions de nuit sur le territoire, on a même financé une expérimentation à un moment. Il y a beaucoup de volontés de se développer sur ces services dits de répit. Sur la partie sanitaire, un SAAD sur le territoire lillois avait la volonté de travailler sur les sorties d'hospitalisation pour avoir un service complémentaire en service d'hospitalisation.

Ensuite, on a tout ce qui est lié aux services à la personne : gardiennage, sécurité (le fait d'avoir des doubles des clefs). Ce sont tous ces éléments de développement des services des SAAD.

J'attire votre attention sur le fait que seuls 30 % des SAAD ont répondu à cette enquête, mais ce sont les plus importants en termes de taille, *a priori* ceux qui font les choses les plus innovantes parce qu'ils en ont la capacité.

Mme GREAUME.- Pourquoi seuls 30 % ont répondu ?

M. LOYER.- Les autres sont déjà mobilisés par leur quotidien. Les tout-petits services sont dans l'opérationnalité tout le temps et ils ont du mal à gérer leur administratif lorsqu'on leur demande des éléments.

Mme LÉTARD.- Ce sont les retours qu'on a quand on se promène, la charge administrative demandée aujourd'hui est considérable et, à chaque fois qu'on renvoie des questionnaires, ce ne sont pas des petits questionnaires, cela demande beaucoup de renseignements et c'est hyper chronophage. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut plus les demander, mais il faut peut-être qu'on ait une réflexion sur la façon de renseigner tout cela de façon plus coordonnée.

Intervenante.- Est-ce que ceux qui ont répondu sont ceux qui sont le plus en difficulté ?

M. LOYER.- Ce n'est pas que des associatifs qui ont répondu.

Intervenante.- Est-ce qu'ils sont demandeurs de financements complémentaires pour l'innovation ou l'expérimentation ?

M. LOYER.- On a une délibération répit de 2018 qu'il faut réécrire suite à des modifications législatives, elle permet de financer du relaying et ce qu'on appelait la garde itinérante, qu'on appelle le temps libéré maintenant. Il faut qu'on réécrive une délibération répit pour garantir l'équilibre financier puisqu'on avait financé une partie expérimentale supplémentaire. Après, tout ce qui est lié aux soins va être percuté par la réforme des services autonomie et le cahier des charges qui est en cours d'écriture.

Intervenante.- La question du répit, c'est par rapport aux aidants ?

M. LOYER.- Pas uniquement. C'est l'APA 2 qui est le répit des aidants, mais, dedans, il y a des éléments mobilisables, par exemple la téléalarme. C'est principalement l'APA 2 liée aux aidants, mais pas seulement. À la limite, c'est assez connexe parce que, quand le SAAD intervient en premier lieu, quand la première personne que le service de téléalarme appelle est le service à domicile et pas l'enfant qui se trouve à 80 kilomètres pour venir relever sa mère ou son père, c'est tout de même un service qui a du sens.

Il faut être qualifié. Je ne suis pas formé pour ramasser mes parents sans leur faire mal par exemple.

Il reste un *slide*, mais, si je n'ai plus le temps, je peux vous renvoyer à la partie du rapport El Khomri. Sur les formations, beaucoup de propositions ont été faites dans le cadre de ce rapport. J'ai indiqué les constats et les solutions étaient plutôt sur la partie 6 à 10. Il y avait en particulier la gratuité du diplôme d'AES, le fait de réduire le nombre des diplômes parce qu'il y a une dizaine de diplômes différents, la simplification, le fait de le mettre au niveau Bac, le développement de l'alternance et la modularisation des formations.

C'était un certain nombre de points de référence, des pistes nationales parce qu'on n'a pas de compétences en la matière. La seule chose qu'on fait en termes de formation, c'est l'attractivité des métiers vis-à-vis des allocataires du RSA en particulier, avec un appartement témoin pour immerger des allocataires du RSA et des étudiants sur ces métiers, pour déconstruire les clichés et voir si on ne peut pas créer des vocations.

Mme GREAUME.- Sur cette diapositive, on note que l'inscription aux concours est en baisse. Forcément. J'ai été responsable d'un service d'aide à domicile public. Beaucoup d'établissements de CCAS ne font pas forcément les ouvertures de postes, cela n'ouvre pas les postes aux concours.

En plus, si les CCAS ferment par manque de moyens, ce n'est pas seulement le reflet d'un manque d'attractivité de ces métiers. Le manque d'attractivité de ces métiers est plutôt dans le privé que dans le public où ils sont un peu mieux rémunérés. Il y a peut-être en partie cela, mais ce n'est pas une seule raison. Il y a un manque d'ouverture de postes, mais énormément de personnes se présentent à ces concours. La chance d'obtenir aujourd'hui un concours de la fonction publique notamment dans ces postes est faible. Je pense qu'il faudrait le notifier aussi.

Mme LÉTARD.- Très bien.

Je pense qu'on a bouclé cette partie de la séance. Merci beaucoup, Monsieur, pour tous ces chiffres qui étaient extrêmement éclairants et les réponses que vous nous avez apportées. Je vous remercie encore et bon courage pour la suite parce que, forcément, ce sujet est un éternel recommencement et, dans un département comme celui-là, vous avez fort à faire étant donné notre réalité plus que particulière.

Merci, Monsieur LOYER, merci à Madame CHASTEL.

(Départ de M. LOYER et de Mme CHASTEL)

❖ Perspectives de vieillissement et besoins des personnes et des services

(Entrée en séance des représentants de l'UNA, de l'UDCCAS, de la FEDESAP, du SYNERPA, de la FEPEN, de l'ADMR et de l'URIOPSS)

Mme LÉTARD.- Bonjour à toutes et à tous et merci de vous être rendus disponibles pour une nouvelle séquence commune pour essayer d'éclairer notre lanterne sur la mission d'information que nous continuons à mener.

Aujourd'hui, le sujet que l'on souhaitait approfondir avec vous est plutôt dédié aux perspectives de vieillissement et de la gérontocroissance face au maillage des équipements en SAAD.

Plusieurs questions sur ce sujet n'ont pas été abordées de façon détaillée. De votre point de vue, existe-t-il des zones blanches dans certains territoires ? Avec votre regard de professionnels, quand vous regardez finement les choses, comment voyez-vous cette couverture territoriale aujourd'hui ? Est-ce qu'il existe des démarches de gestion territoriale des emplois et des compétences ? Des réflexions sont-elles en cours concernant les besoins de formation ?

Voilà trois types de questions sur lesquelles on peut essayer d'approfondir et d'élargir. Comme d'habitude, vous avez la parole libre. Nous prenons tout ce que vous voulez porter à notre connaissance et nous en échangeons avec vous.

SYNERPA.- L'équipe a travaillé ensemble pour parler d'une seule voix. On a balayé rapidement vos questions. Comme après la dernière audition du 25 avril, on produira un compte rendu de nos idées et de nos propositions.

Mme LÉTARD.- Vous savez mieux que nous que vous avez des structures juridiques et des réalités différentes qu'il faut que l'on retrouve malgré tout en termes de retours. Il y a un socle commun évident entre vous en termes de contribution et vous avez des réalités de statuts, de publics, d'interventions. Je pense à la FEPEM ou au SYNERPA qui ne sont pas dans les mêmes réalités, mais c'est vrai pour tous. Si vous pouvez dans vos contributions écrites faire un petit chapitre spécifique à vos réalités juridiques.

SYNERPA.- C'est prévu, on va vous renvoyer tout ce qui fait consensus, ce sera le socle commun et, ensuite, chacun d'entre nous ira de son originalité. C'est dans l'altérité que l'on construit des choses humanistes.

Concernant les zones blanches, il n'y a officiellement pas de zone blanche puisqu'on considère que chaque territoire est couvert par un SAAD mais, dans les faits, il existe des zones blanches difficiles à déterminer puisque c'est fonction de la montée en compétences des collaborateurs ou de la saturation sur un secteur. Aujourd'hui, comme on a les plus grosses peines du monde à recruter, je peux vous dire que, sur quelques territoires, cinq ou six opérateurs sont capables de prendre en charge mais, dans un mois, ils ne seront plus capables de le faire. Cela dépend donc comment on définit la zone blanche. Est-ce qu'on la définit géographiquement, si momentanément ou durablement on n'arrive pas à recruter ? Est-ce qu'on l'entend par une typologie de services puisque, dans certains territoires, les acteurs ne prennent pas en charge certaines typologies de services. On se rend compte aussi qu'il y a des engorgements le week-end puisque, certains SSIAD ne fonctionnant pas les week-ends, ce sont les SAAD qui prennent le relais.

Sur votre question : « *Etes-vous parfois ou souvent en situation de ne pas pouvoir répondre à la demande des secteurs ?* », la réponse est oui et de plus en plus. Sur le Dunkerquois, au mois de décembre, 20 % des demandes de prises en charge n'ont pas été prises en charge et ce n'est pas uniquement sur dualité rurale ou urbaine.

« *Existe-t-il des démarches de gestion territoriale des emplois et des compétences ?* ». On constate que c'est très compliqué à mettre en œuvre. J'avais été mandatée par le Conseil départemental pour mettre en œuvre un GEIQ entrepreneurial qui n'a pas fonctionné pour une problématique d'Opc.

Mme LÉTARD.- Pouvez-vous préciser ? C'est une question que l'on se posait pour répondre à la difficulté des intervenants sur des horaires décalés. Le GEIQ peut être une réponse en termes de mutualisation de moyens. Pourquoi cela ne fonctionne-t-il pas ?

SYNERPA.- Aujourd'hui, il existe un GEIQ qui fonctionne sur le modèle associatif, c'est la convention collective impactée par l'avenant 43. Il ne touche pas les CCAS, ni les structures entrepreneuriales.

Malgré toute l'énergie mise sur un GEIQ, mes confrères qui fonctionnent avec les GEIQ savent que ce n'est pas la panacée. Pour avoir porté le projet GEIQ entrepreneurial, la difficulté à laquelle on se heurtait est que notre Opco ne valorisait pas le temps d'intervention au GEIQ et ne prenait pas en charge le temps d'accompagnement tutoré.

Avec le GEIQ, vous mettez à disposition un personnel pour une entreprise, il est salarié par le GEIQ qui s'occupe de sa formation. C'est une mise à disposition du salarié par l'intermédiaire d'une convention. Or, nos collaborateurs sont considérés comme des salariés seuls au domicile. Cela fonctionne très bien dans des modalités où l'apprentissage va se faire dans un atelier, sur un chantier, mais, quand les modalités d'apprentissage se font sur le terrain par le tutorat, notre Opco ne prend pas en charge les heures nécessaires à l'apprentissage ni les heures nécessaires pour l'accompagnement social.

Mme LÉTARD.- Comment fonctionnent les Opco et pourquoi ne prennent-ils pas en charge ?

SYNERPA.- C'est en fonction de la convention collective. Nous sommes rattachés aux Opco des entreprises de proximité. La décision de notre branche du maintien à domicile dans le cadre des entreprises a été de ne pas valoriser le tutorat, c'est quelque chose dont on ne dépend pas aujourd'hui.

UDCCAS.- Il y a deux ans, quand il y avait cette démarche de GEIQ, on voulait s'y intégrer parce que, dans les Alpes, un GEIQ fonctionne avec une intégration de CCAS et de services publics. Dans le Nord, le CNFPT ne prend pas en charge de manière générale, sur le travail social aussi parce que, à partir du moment où il y a plusieurs secteurs, du privé également, il n'y a pas de prise en charge. Dans le GEIQ où des services publics étaient intégrés – je crois que c'est dans les Alpes –, c'était le Département qui finançait à la place des Opco, mais je ne sais pas pour combien de temps.

SYNERPA.- Il y avait un GEIQ entrepreneurial dans le 77 qui a fermé au 31 décembre, un second se met en place sur Paris et un autre dans le 95. Effectivement, quand cela se met en œuvre, c'est avec une compensation des heures de tutorat, avec un minimum de 120 ou 130 heures, il faut au moins un mois de tutorat. Pour les structures, c'est assez compliqué de le prendre en charge.

On remarque que, si on veut avoir une approche territoriale, c'est assez compliqué puisque, comme on a des conventions collectives différentes, l'entrée de cette façon n'est pas la plus évidente.

Une étude avait été faite sur le sud du département pour mettre en place un GIE sur Sambre-Avesnois dans le cadre de l'accord avec l'État. Cela n'a pas fonctionné du fait de disparités, de problématiques d'organisation.

Ensuite, effectivement, des réflexions sont en cours sur ce que l'on pourrait mettre en place. Le souci est qu'on a une pluralité d'acteurs au niveau communal, au niveau syndicats communaux, au niveau départemental, du canton, de la région et de l'État. Tout le monde y va de sa petite envie, mais personne ne sort des choses intéressantes. Je suis moi-même au titre du SYNERPA intégrée dans la réflexion du hub formation régional mis en place sur les SAAD, j'ai eu ma dernière réunion hier, je ne sais pas si je vais y retourner. Nous, les professionnels, ne sommes pas écoutés. À la première réunion que j'ai faite concernant le hub, si cela n'avait pas été en visio, je serais partie. Pôle Emploi régionalement, le C2RP, la Région ont eu un comportement tellement cavalier à mon égard, alors que je portais la voix du terrain, que je crois que je serais partie. Je me suis entendu dire que j'étais trop terre à terre.

Mme LÉTARD.- Qu'est-ce que ce hub régional ? Comment cela marche ?

SYNERPA.- Je ne sais pas. Je pense que c'est uniquement se dire qu'on fait bien le travail et que c'est à cause des entreprises et des structures si cela ne fonctionne pas.

Mme LÉTARD.- L'objectif était de vous consulter pour connaître le besoin en offres de formation ?

SYNERPA.- Ils ont consulté les branches. J'y suis au titre du SYNERPA.

Il y a tout le versant académique qui ne fonctionne pas correctement. On sait très bien que, sur le maintien à domicile, ce ne sont pas des jeunes femmes qui sortent d'un baccalauréat. Avec un CAP BEP, elles sont trop jeunes pour aller à domicile. On est donc plutôt sur la formation adulte, mais on n'est absolument pas écouté. Le PRF, je l'ai dit et je le redis, c'est « caca » – excusez-moi, c'est le seul mot que je peux trouver. Il y a une telle dichotomie entre ce qu'on nous propose en formations, ce qu'on a vraiment en formation et les collaborateurs formés qui nous arrivent sur le terrain que, en fin de compte, si c'était la solution, vu l'argent public dépensé, on avancerait. Force est de constater que ce n'est pas la solution.

Comment voulez-vous faire apprendre à des personnes sur un appartement pédagogique la réalité du terrain ? Apprendre le geste technique d'utiliser un lève-malade dans un appartement pédagogique, très bien, je suis d'accord, mais on oublie quand on arrive à domicile que l'appartement pédagogique c'était juste le rêve, on oublie qu'au domicile on a toujours le fils sur le dos, le chien dans les pattes, l'odeur, mamie qui est douloureuse, le voisinage qui s'en mêle, etc.

Ensuite, on se dit qu'il y a un taux d'inclusion au sein des entreprises aux alentours de 90 % après le diplôme. Mais, trois mois après, où sont ces filles-là ? Elles ne sont plus là, on les a cassées et elles ne reviendront plus à domicile. Entre ce qu'elles ont vécu, ce qui s'est vraiment passé pendant la formation, ce qu'elles trouvent vraiment sur le terrain, on a une casse catastrophique. Aujourd'hui, le PRF n'arrive pas à remplir parce que nous, entreprises ou structures, ne sommes pas promoteurs de ces solutions.

Mme LÉTARD.- En fait, vous dites que le meilleur moyen malgré tout d'amener à une formation adaptée est qu'il y ait des séquences avec vous, un apprentissage au domicile, mais que, pour qu'il y ait un apprentissage à domicile, il faudrait *a minima* régler le problème des Opco ou trouver la solution pour accompagner le tutorat.

SYNERPA.- C'est cela. Il faudrait développer le contrat d'apprentissage.

Mme LÉTARD.- Si je veux résumer votre démonstration, aujourd'hui, il faut trouver une solution pour faire en sorte qu'il y ait, certes du contenu théorique, une formation, une partie en situation dans un appartement où on apprend, mais qu'il y ait aussi une partie significative de mise en situation dans la réalité pour ne pas arriver sur quelque chose qui soit aux antipodes de ce qu'en imaginaient les futurs professionnels.

SYNERPA.- Dans le théorique, il faudrait aussi aller vers d'autres façons d'apprendre : comment gérer ses émotions, comment faire face au domicile, comment communiquer, comment prendre sa posture, comment gérer cette distance à prendre entre le métier et ce que l'on vit au quotidien. Tout cela aujourd'hui n'est absolument pas appris.

On ne leur apprend pas non plus l'écosystème dans lequel elles fonctionnent, on ne leur apprend pas tout notre maillage, nos CLIC, nos MAIA. On parle d'autonomie de nos équipes, mais elles ne savent pas dans quel système elles se mettent, elles ne savent pas qui interpeller quand elles sont face à une urgence parce qu'on ne leur a jamais appris.

On souhaite un développement du tutorat, un développement des contrats d'apprentissage, des contrats d'alternance, en travaillant sur les contenus.

Ensuite, on a une autre problématique en amont qui est très clairement le *sourcing*. Le *sourcing* pose très clairement problème parce qu'on a une multiplicité des acteurs sur le *sourcing* (*Pôle Emploi, PLIE, etc.*) On espère monter une action spécifique sur le Valenciennois avec le CLIC pour former les acteurs du CLIC. On va aller chercher l'argent à la Région pour former les acteurs du CLIC pour qu'ils déconstruisent leur vision du métier. En fait, ils ont souhaité une intervention de Stéphane ADAM sur la problématique de l'âgisme – arrêtons de penser à la place des personnes âgées et à la place des auxiliaires de vie, rendons-leur cette liberté.

Il y a vraiment cette problématique de *sourcing* et il faudrait que l'on travaille à plus de visibilité sur les acteurs du *sourcing*, cela pourrait aussi fondamentalement nous aider.

Il y a un autre problème qui est plutôt chez nous, c'est la compétence en RH et en GPEC des intervenants du secteur. Toutes les structures n'ont pas la capacité à penser correctement leur RH et leur GPEC. Il y aurait peut-être un intérêt à avoir un regroupement. Je ne sais pas sous quelle forme. On travaille avec le Département sur un projet avec Stratélys sur un *cluster* RH SAAD. On essaie de trouver des solutions pour mettre des outils à disposition des structures et des opérateurs.

Concernant la méthodologie de recrutement, Pôle Emploi nous parle aujourd'hui de méthodologie de recrutement en immersion ou en mise en situation. Pourquoi pas, mais je pense que la meilleure méthode de recrutement est sur le terrain. Des personnes sont parfois dans l'incapacité de s'exprimer, c'est très compliqué pour elles d'être en *one to one* sur un recrutement traditionnel et, quand vous les mettez sur le terrain, cela se passe très bien.

Le côté intéressant sur l'accompagnement de long terme en alternance, c'est très clairement qu'on peut y greffer du suivi social, ce qui est aujourd'hui un facteur d'échec important. Cela résoudrait au moins une partie de ces problèmes. Certains collaborateurs ont des problématiques de garde d'enfants, de logement, des problématiques de violences conjugales ; c'est souvent le cas lors de la reprise de l'emploi, parce que madame reprend son autonomie.

Ensuite, dans cet accompagnement social, on parle de maintien dans l'emploi, c'est important pour nous parce qu'on a beaucoup de fractures.

On a encore deux freins à lever : l'approche sociale, mais aussi l'approche autour de la mobilité. Il y a des réponses régionales sur la mobilité, mais elles ne sont pas du tout satisfaisantes parce qu'on n'arrive pas à les mobiliser. Sur le Douaisis, on réfléchit avec le préfet à mobiliser Renault sur son projet Mobiliz, avec une perspective de LOA pour les collaborateurs. En fait, ils sont en location longue durée avec une option d'achat à la fin, sur des tarifs tout à fait acceptables puisqu'on est aux alentours de 90 € par mois pour un véhicule de seconde main remis en état par le réseau Renault, avec des garages solidaires Renault pour entretenir les véhicules. On voudrait incorporer l'assurance pour être autour de 130 € par mois pour une mise à disposition d'un véhicule pour des collaborateurs qui pourraient à terme l'acheter et avoir un véhicule qui roule, pas un véhicule qui tombe en panne toutes les deux minutes et qui nous stresse tous les matins.

J'ai à peu près fait le tour de ce qu'on s'était dit et qui fait consensus.

Mme LÉTARD.- Merci beaucoup.

Quelqu'un veut-il compléter cet aspect des choses ?

FEPEM.- Je partage l'importance de la pratique, de l'immersion. Au niveau de la FEPEM, on travaille beaucoup avec Pôle Emploi, on essaie de participer aussi dans le cadre des SPEL (??). Aujourd'hui, il y a énormément de professionnels prescripteurs d'emplois et de formations et nous avons plutôt une démarche de sensibilisation de ces professionnels pour qu'ils aient une meilleure connaissance des réalités du métier et une connaissance des formations disponibles pour qu'ils puissent eux-mêmes mieux orienter les publics vers ces solutions.

J'ai participé aussi au hub emploi formation hier. Je pense qu'aujourd'hui, il existe des outils, comme le PRF, etc., mais que le problème est une question de timing. Le calendrier du PRF n'est pas du tout adapté au calendrier des réalités du terrain, parce que vous avez besoin de recruter tout de suite.

Mme LÉTARD.- Le PRF, ce sont des appels à projet annuels ?

SYNERPA.- Pluriannuels.

FEPEM.- Pour notre part, c'est annuel. Pour 2021, on a eu le calendrier de répartition des lots en avril pour un déploiement sur l'année prochaine.

Mme LÉTARD.- Le problème sur le mécanisme des PRF est que, vu les sommes considérables qui sont affectées à la formation dans les institutions régionales, elles sont tenues au code des marchés publics donc aux appels d'offres qui sont *a minima* annuels. C'est une machine très complexe à mettre en œuvre et il est difficile de mettre en œuvre le respect de la réglementation des appels d'offres avec la souplesse et la réactivité que l'on attend sur ce genre de métiers et pas seulement celui-là. Même par bassin d'emplois, il y a un vrai sujet récurrent sur la façon dont les institutions régionales, mais pas seulement, peuvent trouver les voies et moyens les souples qui permettront de sortir de cet écueil.

FEPEM.- Avec Pôle Emploi par bassin d'emplois, on arrive à faire des requêtes de demandeurs d'emploi qui ont quelques heures en CESU. L'idée est d'identifier ces personnes. On organise des sessions d'information sur les métiers et sur les formations à destination de ces publics qui ont été présélectionnés par Pôle Emploi et, ensuite, Pôle Emploi qualifie son fichier.

Mme LÉTARD.- En fait, il y a un travail préparatoire d'anticipation.

SYNERPA.- On reporte aussi un certain nombre de formations d'adaptation au travail. Pôle Emploi nous demande de mettre à disposition des offres. Selon nos statistiques, 50 % des CV que nous recevons ne répondent pas aux appels, on en perd encore 50 % qui ne viennent pas à l'entretien.

De plus, Pôle Emploi ne va chercher nos candidats que sur le code ROME aides à domicile. Or, beaucoup sont sous ce code ROME mais n'ont plus envie d'être aide à domicile. On a aussi des retours qui ne sont pas assez qualifiés, pas assez accompagnés.

Je me suis fait dire par Pôle Emploi que, s'il y avait encore des gens en code ROME aides à domicile en recherche d'emploi inscrits à Pôle Emploi, c'est parce que nous, structures, ne sommes pas en mesure d'accompagner nos collaborateurs sur des temps de travail satisfaisants du style temps plein.

Nous avons une modulation du temps de travail à temps plein. Or, sur 200 collaborateurs, j'en ai cinq en temps plein parce que c'est un vrai choix, parce que, lorsque nos collaborateurs passent à temps plein, ils perdent d'autres avantages. Je me mets à leur place ; si je travaille à temps plein, je suis 20 heures en moins avec ma famille et, en plus, je paie la cantine plein pot, je perds des APL, etc.

Avec les acteurs Pôle Emploi de terrain, on n'est pas dans cette relation un peu crispée, mais on l'est un peu plus avec la Région parce qu'ils sont très loin du terrain et des efforts que l'on fait pour mettre à jour les choses.

Ensuite, on a peut-être des accompagnements un peu plus fins dans le cadre de missions locales de PLIE, etc.

Il y a une différence avec la FEPEM. Quand on est particulier employeur, on cherche peut-être davantage à former la personne qu'on va recevoir à notre domicile. Quand on fait appel à un prestataire comme nous, ils attendent de nous que les collaborateurs arrivent et qu'ils sachent faire la prise en charge, ce qui est normal. Je pense que, d'une manière générale, on a des cas beaucoup plus complexes que la FEPEM, on a vraiment des approches différentes. On pourrait peut-être mixer certains publics ; dans le cadre de création de carrière, on pourrait peut-être envisager cela.

FEPEM.- Clairement, je n'ai pas de chiffre à donner mais des demandeurs d'emploi se forment au titre d'assistant de vie, ils vont ensuite faire leur stage en structure prestataire et y sont recrutés. Ces salariés auront l'avantage de pouvoir cumuler différents types d'emplois.

SYNERPA.- C'est le cas de beaucoup de collaborateurs, mais ce n'est pas la majorité.

FEPEM.- Sur le secteur de l'emploi à domicile, on a une particularité qui est le cumul emploi retraite. Ce sont des personnes qui ne font que quelques heures. 30 % des personnes sont en cumul emploi retraite, sur des horaires qui ne sont pas en temps plein.

On a également des salariés de particuliers employeurs qui ont d'autres employeurs à côté. En moyenne, sur le secteur de l'emploi à domicile, c'est un salarié pour trois employeurs. Avec trois employeurs, ils n'ont pas toujours un temps plein, mais c'est un complément d'activité et c'est un choix. Des personnes ont un temps partiel dans un autre secteur et elles émargent sur le secteur de l'emploi à domicile.

Au niveau des salariés du secteur, on a peut-être un profil de salariés qui est plus varié et qui est dans un fonctionnement différent, qui ne recherche pas tout le temps du temps plein, parce que cela peut être un choix de vie et cela peut être un secteur qu'ils investissent partiellement.

SYNERPA.- Quand j'en parle à Pôle Emploi, j'ai l'impression d'être une folle furieuse, mais il faut déconstruire l'idée que le temps plein est un rêve pour tout le monde. Ce n'est pas le cas. Quand vous êtes femme en foyer monoparental avec trois enfants et un père totalement absent, le temps plein n'est pas évident.

Mme LÉTARD.- Il ne faut pas de temps partiel subi, mais choisi.

SYNERPA.- Qu'est-ce que le temps partiel choisi ?

Mme LÉTARD.- Le temps partiel n'est pas un sujet, comme vous le dites, quand c'est un choix de la personne qui veut travailler pour son organisation, pour sa propre réalité. Le temps partiel subi, c'est la réalité d'une personne qui travaille une partie de son temps alors qu'elle aurait souhaité travailler la totalité de son temps mais n'y a pas eu accès.

SYNERPA.- Quelquefois, elles n'y ont pas accès, mais ce n'est pas du fait de l'employeur.

Mme LÉTARD.- Je ne dis pas que c'est du fait de l'employeur, mais il y a deux réalités.

SYNERPA.- Il peut y avoir du temps partiel subi du fait de notre construction sociétale, à partir du moment où elles ont un reste à vivre moins important alors qu'elles travaillent plus. Si on rémunérait différemment, on n'aurait peut-être plus ce problème.

Si on arrivait à revoir fondamentalement la façon dont sont rémunérées les prestations, on aurait beaucoup moins de problématiques que l'on aborde aujourd'hui.

Mme GREAUME.- Le service d'aide à domicile, c'est tout de même assez complexe. J'entends bien que des gens veulent travailler à mi-temps et pas à temps complet parce qu'ils risquent de perdre des aides. C'est à mon avis un problème de rémunération des services d'aide à domicile. La complexité se situe au niveau des heures d'intervention. Il faut savoir que, dans certaines associations, entreprises ou autres, on est obligé de faire passer des personnes le matin pour lever la personne âgée et ne revenir que le soir pour la mettre au lit.

C'est aussi une situation très difficile pour la bonne raison que les personnes âgées veulent généralement que ce soit toujours la même personne qui vienne à domicile. Or, il y a la complexité des diplômes et des interventions ; entre celle qui fait le ménage, celle qui couche la personne ou celle qui vient pour la toilette, ce sont des personnes différentes avec des niveaux de formation différents et avec des horaires différents. Quand une aide à domicile ne vient que le matin et le soir, toute sa journée est mise à mal, elle ne peut rien prévoir entre-temps et le salaire est assez modique.

Je me permets de rappeler cela, parce que cela explique aussi pourquoi les gens ne veulent plus être à temps plein. Quand on est à mi-temps et qu'on n'est pas beaucoup rémunéré, si on fait le calcul et qu'on se dit que cela ne vaut pas la peine d'aller travailler, c'est un réel problème. Je tenais à le signaler pour ces services qui sont très durs.

ADMR.- Je voudrais rebondir sur ce qui vient d'être dit pour nuancer tout de même le propos. Certes, elles ont des amplitudes horaires avec des interventions le matin, mais ces interventions s'étalent dans la matinée. Certaines personnes aiment se lever très tôt et d'autres aiment se lever un peu plus tard. Si l'on répond au cahier des charges des usagers, certaines personnes âgées ne veulent personne chez elles avant 9 h/9 h 30. On arrive à faire en sorte que les interventions le matin pour une seule personne s'étalent de 7 h à 10 h 30 ou 11 h.

Ensuite, arrive la période du midi. En général, une personne qui a besoin de nous pour son petit-déjeuner ou son dîner du soir a également besoin de nous pour le midi. On arrive donc à étaler les interventions. Il ne faut pas oublier qu'il y a des interventions le week-end.

Il est certes difficile pour certaines d'avoir des temps pleins ; néanmoins, on y arrive. Il y a aussi l'accompagnement en courses, les heures de ménage. Chez nous, la moyenne d'heures du réseau est d'une centaine d'heures.

En revanche, il y a une réalité, il faut l'entendre – je rejoins Marjorie sur le sujet –, pour nos intervenantes aujourd'hui, chaque année, on est sur un système de modulation de l'activité. On lisse leur temps de travail sur l'année et elles ont des compteurs en fonction de l'activité. L'objectif est de les protéger pour qu'elles aient systématiquement le même salaire quelle que soit leur activité. Si elles ont perdu à un moment des usagers pour des placements ou malheureusement des décès, même si elles n'ont pas pu faire les 100 heures prévues au contrat, elles sont rémunérées en conséquence, c'est dans leur compteur en moins et elles travaillent un peu plus le mois suivant.

Mme GREAUME.- Je pense que ce n'est pas la réalité partout sur le terrain.

ADMR.- En tout cas, dans le secteur associatif, cela fonctionne comme cela.

Cela dit, il y a tout de même une réalité et il faut l'entendre. Aujourd'hui, ce ne sont pas que des femmes, certes, mais la majorité de ces emplois sont aujourd'hui occupés par des femmes. Elles font des choix aussi en fonction de leur situation financière et c'est une réalité.

En fonction de leurs revenus, elles ont des aides à la fois pour les enfants, pour la cantine, pour la garderie, elles ont des aides au logement et, dès qu'elles basculent sur la tranche au-dessus, elles perdent tout et il faut vraiment l'entendre.

C'est un discours qui dépasse notre secteur, c'est valable pour tout le monde. On ne valorise pas suffisamment le travail.

Notre propos est de leur dire « vous avez fait plus d'heures cette année, on peut faire un avenant à votre contrat et vous passer à 120 heures », mais elles préfèrent faire moins d'heures supplémentaires par crainte de perdre toutes leurs aides. On ne valorise pas suffisamment le travail.

Pour répondre à votre intervention, Madame GREAUME, j'entends ce que vous dites mais le secteur associatif a eu la chance d'avoir une revalorisation des salaires et, pour autant, on n'a pas derrière de revalorisation des temps de travail. On est aujourd'hui dans un cercle vicieux dont on ne sort pas. Je pense que, tant qu'on ne donnera pas un coup de pouce là-dessus, que ce soit au niveau des charges sociales ou que ce soit au niveau de la tarification que l'on nous donne, on n'en sortira pas.

Pour finir sur ce propos, j'ajoute que j'ai fait des entretiens dans une structure, les seuls temps pleins sont occupés par des jeunes hommes, qui ont 25 ans, pas de charges familiales, pas d'enfants à gérer, qui ont donc le temps pour et la force physique, parce qu'il ne faut pas oublier que c'est aussi un métier très physique et très fatigant.

Mme LÉTARD.- Justement, ce vous dites m'a toujours interrogée et interpellée. Aujourd'hui, surtout avec un maintien à domicile le plus longtemps possible et avec des situations de personnes qui ont besoin d'une intervention qui peut être parfois plus physique, la part des hommes qui travaillent dans les services à domicile est-elle suffisante pour faire face à la réalité qui nécessite une mixité des

professionnels ? Il me semble, vu de l'extérieur, que ces professions sont extrêmement physiques et on voit bien l'intérêt d'avoir hommes et femmes dans des professions comme celle-là et non pas que des femmes.

SYNERPA.- On a environ 10 % d'hommes. Tant que ce métier ne sera pas déconstruit dans sa précarité, tant qu'il sera toujours considéré comme un métier en plus, un sous-métier, vous ne verrez pas arriver les hommes.

On sous-paie des gens qui ont des qualifications extraordinaires, sur lesquels on base un projet de société domiciliaire. Ce n'est pas uniquement une problématique sociale du département du Nord, c'est un bilan sociétal sur la façon d'accompagner le grand âge, mais aussi sur la façon de réformer le service de santé en France. Hier, j'étais en réunion sur l'oncogériatrie qui a absolument besoin d'équipes au domicile – les SAAD, qu'on méprise parce qu'on oublie toujours de leur parler correctement – pour faire un retour à domicile pour quelqu'un qui vient de se faire opérer du sein et qui a derrière une chimiothérapie qui va durer longtemps.

Tant que ce métier sera considéré comme un métier de « bonne femme »... Je suis désolée d'utiliser ce terme mais je me bats là-dessus. En plus, un super édito a été fait sur Le Monde sur des économistes lillois que, bizarrement, on ne voit jamais pour les intégrer dans nos réflexions. J'entends encore dire que, pour faire ce métier, il n'y a pas besoin de sortir de Saint-Cyr. Effectivement, ce ne sont pas des compétences d'ingénieurs, mais ce sont quand même des compétences rares, l'écoute, la présence active et la bienveillance !

ADMR.- Vous soulevez une question qui est aussi un peu culturelle. Quand vous arrivez au domicile d'une personne pour l'aider à faire sa toilette, vous arrivez dans son intimité. Culturellement, c'est un peu comme les métiers de soins chez les infirmiers, vous avez beaucoup plus de femmes que d'hommes. Certes, cela change, mais il va nous falloir encore quelques dizaines d'années. Je peux entendre qu'une vieille dame n'a pas forcément envie de faire sa toilette et qu'on entre dans son intimité par le biais d'un homme.

Mme LÉTARD.- La mixité peut être une solution. Certaines tâches nécessitent une force physique, quand une personne fait un certain poids.

SYNERPA.- On a des techniques de manutention.

Mme LÉTARD.- A domicile ?

ADMR.- Je suis complètement d'accord avec vous, c'est aussi un vrai sujet. Aujourd'hui, le système tel qu'il est conçu prévoit une intervenante par usager. Or, clairement, sur certains domiciles, s'ils étaient deux, cela faciliterait la tâche, d'autant que certaines personnes sont complètement immobiles. Une personne âgée un peu corpulente, c'est un poids mort et c'est difficile pour une personne seule, même avec des aides techniques. Être deux faciliterait la tâche. Or, aujourd'hui, le système n'est pas bâti pour.

SYNERPA.- Nous basons le système et je l'assume. Sur une toilette de 3/4 d'heures s'il y a besoin d'une manutention double, on passe la moitié de temps, mais on y va deux, on maîtrise le risque. Comme elles sont en équipes autogérées, elles s'organisent.

Sur les accidents du travail, on a des indicateurs forts. Aujourd'hui, les accidents du travail les plus importants sont des accidents de trajet. On a de gros problèmes sur le trajet liés à la problématique des mobilités légères, des accidents de trottinettes ou de scooters.

Intervenante.- De manière générale, le secteur des services à la personne compte plus d'accidents que le secteur des BTP, c'est le secteur le plus accidentogène en France.

Intervenante.- On n'a pas évoqué les plans d'aide et le fractionnement, mais c'est une réalité. Lors de la précédente mandature, un groupe de travail a débuté sur le sujet, animé par Madame LEGRAND-CLERC (?) qui a travaillé avec nous, mais on n'a jamais eu les conclusions.

Cela a été compensé par une délibération en 2014 par le Département et la compensation s'est arrêtée pour les services d'aide à domicile en 2015 à l'arrivée de la nouvelle mandature, c'est tout un historique qu'il faut avoir en tête. Il y avait des compensations économiques qui venaient reconnaître cette fragmentation des interventions dans les plans d'aide.

À la limite, c'est de l'économique, mais le vrai problème est sur le terrain. Aujourd'hui, les personnes ont beau être formées et être accompagnées socialement, quand on doit faire les choses de manière expéditive, il y a des accidents du travail, que ce soit un homme ou une femme.

C'est reconnu par le pôle santé au travail et par la médecine du travail. Si vous les interrogez de leur côté, ils vous diront que même les structures qui mettent tout en place ont des taux d'accident du travail monstrueux. Malheureusement, si ces plans d'aide ne sont pas revus de telle manière que les conditions de travail soient assurées sur le terrain, on pourra faire énormément de choses à ce côté, cela ne règlera pas le problème.

Intervenante.- Sur le fait d'aller à deux à domicile, il y a des actes qui peuvent être plus complexes avec des personnes plus corpulentes, mais il y a parfois un vrai souci aussi avec les aidants qui peuvent être dangereux, toxicomanes, alcooliques. Dans ce cas, les aides à domicile ne se sentent pas en sécurité chez les personnes pour qui elles interviennent et elles demandent à être à deux.

Les modalités économiques font qu'on ne peut pas les faire intervenir à deux, même si certains le font mais à la marge. On n'est pas en équipe autonome pour X ou Y raison ou très peu.

Encore une fois, on parlait de formation à maîtriser l'écosystème, du repérage des situations d'isolement, de savoir vers qui on se tourne en tant qu'aide à domicile si on constate une situation de maltraitance, d'isolement. On parle d'accident du travail, il y a des formations en ergonomie, mais comment les finance-t-on ? Le financement des SAAD est à l'heure.

Un travailleur social n'est payé que lorsqu'il accueille quelqu'un et qu'il l'accompagne, il n'est pas payé sur ses temps de coordination avec les partenaires, sur ses temps de débrief avec son SAAD, sur ses temps de trajet, etc.

SYNERPA.- Cela nous permet d'abonder dans ce qu'on avait dit dans la dernière audition sur la problématique de l'organisation des plans d'aide, sur la grille AGGIR qui ne prend pas en compte l'environnement, qui ne prend pas en compte les problèmes de manutention qui sont parfois liés à la dépendance, au poids, mais aussi à l'organisation du logement.

Si on avait une latitude plus importante quant à l'organisation, on pourrait constater qu'une dépendance nécessite telle typologie de réponse qui génère telle enveloppe, on y arriverait mieux.

Ces accidents de trajet sont aussi dus au stress d'arriver en retard. Nos collaborateurs passent leur temps à compter leur temps.

C'est là qu'il y a une vraie distorsion parce que, en voulant solutionner la problématique de la dépendance de l'autonomie et du risque pour soi, on la transporte sur les intervenants qui se retrouvent parfois avec des inaptitudes et des invalidités tout à fait inacceptables.

FEPEM.- Je voulais rectifier mon chiffre de tout à l'heure sur le cumul emploi retraite, ce n'est pas 30, mais 10. 10 % des effectifs sont en cumul emploi retraite. 116 120 retraités sont salariés des particuliers employeurs, parmi lesquels 10 % ont une activité en dehors de la garde d'enfants, 6 % sont sur l'activité d'assistante maternelle et 4 % sur une activité de garde d'enfants à domicile.

Sur les profils des salariés du secteur, on a une différence par rapport aux services prestataires.

Sur le sujet du temps plein, on est sur des temps choisis au niveau des salariés où il y a parfois une complémentarité avec d'autres modes. Certains salariés chez nous peuvent avoir 11 particuliers employeurs dans le mois, mais ils interviennent chez certains une fois tous les 15 jours. Des salariés des

particuliers employeurs qui sont sur du temps plein ont une gestion de portefeuille ; ils peuvent avoir des particuliers employeurs pour lesquels ils ont un accompagnement sur du long terme sur des heures plus conséquentes et d'autres particuliers employeurs peut-être plus légers dans l'accompagnement. Parfois, elles vont avoir un accompagnement d'assistante de vie et, d'autres fois, d'employée familiale. En fait, la salariée va choisir en fonction de ses capacités. Elle ne va pas préempter que des particuliers employeurs en situation de lourde autonomie.

On n'a pas de salariés qui vont contraints au domicile, puisque c'est un accord entre un particulier employeur et un salarié. Dans le mode de fonctionnement, on n'a pas non plus de salariés qui font des interventions d'une demi-heure ou de 20 minutes parce qu'elles n'acceptent pas. En termes de contrats, elles ne peuvent pas avoir 10 contrats de 20 minutes par jour. Ce sont des modes d'organisation en termes de vie à destination des salariés sur des temporalités d'un minimum d'une heure.

Une étude a été faite au niveau national sur les niveaux de mobilité. Le trajet moyen entre un salarié et son particulier employeur est de 7 kilomètres. Elles font le choix de leurs particuliers employeurs, elles prennent ou pas. Aujourd'hui, des particuliers employeurs voudraient recruter, je ne dirai pas que ce sont les salariées qui font le salaire, mais elles disent que leur valorisation est de tant pour faire le travail. Il y a une demande de particuliers employeurs, il y a des salariés et un contrat de travail et c'est un mode de fonctionnement qui est différent de l'activité prestataire.

Intervenante.- Sur ces 7 kilomètres, nous avons tout de même une forte inquiétude. Nous avons tous à l'heure actuelle ses difficultés de recrutement, nous sommes l'un des secteurs le plus en tension sur le recrutement pour des raisons de salaire, de mobilité et la vision que tout le monde a de ce travail. Il y a aussi ce sujet du nombre de kilomètres. Dans des zones comme le Cambrésis, la gérontocroissance est la plus élevée dans le Nord, voire dans les Hauts-de-France, avec en parallèle des jeunes qui quittent ces zones, parce qu'il n'y a pas de travail. Pour l'instant, on arrive encore à recruter sur certains de ces secteurs, mais, dans 10 ans, quand il n'y aura plus de jeunes et qu'il y aura de plus en plus de seniors, cette question se posera en corrélation avec le prix de l'essence qui ne fait qu'augmenter et qui ne va pas baisser.

Ce sont de possibles zones blanches plus tard, avec des frais de déplacements qui ne sont pas pris en charge. C'est tout de même une question qui se pose.

Mme LÉTARD.- Quelques chiffres éclairants de ce point de vue nous ont été fournis tout à l'heure sur les projections par territoire. On voit effectivement que certains territoires sont déjà plus impactés et vont encore grimper très fortement, comme la Flandre, le Cambrésis mais un peu moins que la Flandre. Il y a des territoires très identifiés sur lesquels il y aura un vrai sujet en termes de recrutement au-delà aussi du déplacement.

SYNERPA.- Il faut avoir une lecture démographique, mais pas seulement démographique, une lecture par CSP également. On peut avoir des secteurs où l'on se tient démographiquement, mais en fin de compte ce n'est pas le cas parce que les gens qui y habitent, comme en Pévèle, sont sur un secteur très dynamique mais où on ne recrute pas.

Mme LÉTARD.- Sur la Flandre intérieure, c'est pareil.

SYNERPA.- Il y a la lecture démographique et la lecture socioprofessionnelle.

Mme LÉTARD.- On en a bien conscience. Il y a des territoires, qui relèvent un peu plus du résidentiel, où il n'y a pas forcément une population en capacité d'être salariée sur ces territoires.

FEPEM.- Sur le secteur de l'emploi à domicile, il faut une autonomie du particulier employeur et une autonomie du salarié. On ne devient pas particulier employeur par hasard et on n'est pas salarié des particuliers employeurs par hasard. Les conditions sociales précaires, on les retrouve moins aujourd'hui sur le secteur de l'emploi à domicile et notre difficulté sur le secteur sera des situations de ruptures quand des particuliers employeurs vont se dégrader. Très souvent, sur le secteur de l'emploi à domicile,

il y a une logique globale. Aujourd'hui, 656 000 particuliers employeurs ont plus de 70 ans ; quand ils ont commencé à être particuliers employeurs, ils étaient bien et on n'a pas ces situations de précarité au domicile connues au moment de la relation. Il peut y avoir des situations de rupture et c'est peut-être la difficulté du secteur : comment sortir d'une relation particulier employeur/salarié quand on est un particulier employeur qui n'est plus en capacité de décider ?

URIOPSS.- Je voudrais apporter un complément d'information sur la sinistralité des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Je représente l'URIOPSS et je voulais apporter un témoignage par rapport à notre pratique.

Je dirige un groupement économique et solidaire qui couvre un spectre très large dans la mesure où nous avons à la fois un SAAD autonomie, un SAAD famille et de l'habitat inclusif.

Sur les quatre dernières années, avec notre service RH et notre service qualité, nous avons fait un suivi longitudinal sur les métiers d'auxiliaire de vie sociale et d'accompagnateur éducatif et social. Si nous prenons une sinistralité base 100 pour les intervenants à domicile, il y a une baisse de sinistralité de 37 % quand les mêmes professionnels interviennent en famille. Quand le Département ou la CAF nous demande d'intervenir en famille, ce sont des interventions de trois à quatre heures d'affilée, on règle le problème du fractionnement et des déplacements. On constate que, quand les mêmes professionnels sont placés dans un contexte d'exercice professionnel type habitat inclusif, la sinistralité baisse de 61 %, parce que ce sont des professionnels qui font sept à huit heures d'affilée, ils travaillent en équipe avec d'autres professionnels et cela leur permet de creuser en profondeur. On va chercher leur capacité à agir, à entreprendre, à innover, on les sort de cette contingence du quotidien où ils vont enchaîner les mêmes gestes tout le temps.

J'ai le sentiment que l'on est dans une forme d'injonction paradoxale où l'on doit à la fois réfléchir à l'amélioration des conditions actuelles de travail en SAAD, mais on doit aussi préparer et accompagner les mutations de l'écosystème dans lequel on est, à savoir ce fameux virage domiciliaire, la question des autres formes d'habitat, etc.

Je suis intimement convaincu que, si on veut accroître l'attractivité des métiers de l'aide, de l'accompagnement et de l'inclusion à domicile, il faut faire un travail complet sur la chaîne mais il faut également avoir une réflexion sur les lieux et les conditions d'exercice de ces métiers.

Il y a un travail d'image et il faut vraiment valoriser ces métiers parce que ce sont des filières porteuses. On sait très bien, quand on regarde à 10, 20 ou 30 ans, qu'on ne fera pas marche arrière. Si on veut anticiper sur la transformation de l'écosystème dans lequel on va placer nos professionnels, c'est maintenant que cela se joue.

Pour rendre ces filières attractives, ce n'est pas avec des allocataires du RSA, avec des chômeurs de longue durée ou des personnes en reconversion, mais je pense que c'est dès le collège, il faut rendre ces métiers sexy pour des adolescents.

Je prends souvent une image. À un repas de famille, si une petite fille ou un petit garçon de 8 ans se lève en disant « plus tard, je veux être auxiliaire de vie sociale », personne ne lui dira « bravo », on lui dira « c'est dommage, tu as une bonne tête, deviens infirmière ».

C'est exactement ce qui s'est passé dans les métiers de l'artisanat. Aujourd'hui, les métiers de boucher, charcutier-traiteur, boulanger, couvreur, chauffagiste ont été anoblis parce qu'il y a des débouchés. Il faut qu'on procède de la même manière pour ces métiers de l'aide, de l'accompagnement et du prendre soin.

Mme GREAUME.- L'apprentissage serait une bonne solution pour ce service.

SYNERPA.- Le contrat de professionnalisation plus que l'apprentissage. L'apprentissage touche à un âge bas. En contrat de professionnalisation, c'est beaucoup plus large. On teste en ce moment beaucoup de contrats de professionnalisation et cela marche bien. On est sur de la longue durée.

Il n'y a pas que cela, il faut également revoir le contenu, travailler le *sourcing*, accompagner les structures qui ne sont pas suffisamment bien structurées sur leur GPEC et leur vision RH, accompagner les choses périphériques que sont la mobilité, la problématique sociale qui peut intervenir en cours de parcours.

Mme LÉTARD.- Cela rejoint la question qu'on se posait sur la gestion territoriale des emplois et des compétences. Il s'agit de réfléchir collectivement tout en ayant des structures différentes à des échelles territoriales pour voir comment cheminer dans cette direction.

Intervenante.- L'apprentissage est une porte d'entrée, c'est très bien, mais il faut aussi maintenir l'employé dans son emploi et le fidéliser. Pour cela, il faut aussi l'accompagner dans son travail à plus long terme de manière psychologique, dans les conditions de travail, dans les moyens en termes d'équipement. Il ne faut pas oublier que la personne doit rester dans ce métier par la suite.

SYNERPA.- Travaillons notre offre et nos perspectives. Entrer dans une entreprise à 40 ans et se dire que, jusqu'à 65 ans, on va faire la même chose, ce n'est pas très motivant.

Mme GREAUME.- La problématique pour les services d'aide à domicile était aussi les transports entre domiciles qui, pendant plusieurs années, n'ont pas été pris en compte dans le temps de travail.

UNA.- Au niveau d'UNA Nord, j'ai accompagné plusieurs programmes financés par la CNSA qui étaient dédiés à différentes thématiques (RH, gestion, handicap), on a d'ailleurs fait cela encore pendant la crise épidémique avec un dispositif dédié.

Sur le volet RH, on a développé énormément d'outils, on a travaillé sur les organisations innovantes, sur des tableaux de bord, on a réfléchi à tout ce qui pouvait être possible pendant trois ans, avec des réunions mensuelles avec les structures adhérentes.

Quant à ce qui a été mis en place sur le terrain, il y a eu peu de choses, il y a eu quelques réorganisations avec des équipes postées, équipes autonomes ou pas, cela a été réfléchi et tranché de manière relativement définitive sur ce sujet.

Aujourd'hui, on ne remplace plus poste pour poste au siège parce que les difficultés économiques sont ce qu'elles sont. On ne va pas refaire le *laissez-aller* de l'avenant 43, mais les projections ne sont pas très optimistes. Il ne faut pas s'attendre à ce que nos structures RH se renforcent. On est vraiment sur une dégradation du pilotage général du service d'aide à domicile associatif qui est impacté par les difficultés économiques depuis qu'on est sorti de la tarification et impacté à l'avenir par l'avenant 43.

Mme LÉTARD.- Il ressort de ce que vous dites que cela ne va pas améliorer la qualité stratégique et opérationnelle structurée territorialement. Est-ce que l'une des voies de progrès pourrait être une réflexion sur la façon de qualifier et d'identifier un volant d'ingénierie qui pourrait être nécessaire et indispensable pour travailler sur ces aspects, qui pourrait conduire dans le cadre d'une contractualisation avec les structures à dégager des moyens et de la ressource ? Comment voyez-vous les choses ? J'entends dans votre propos qu'on ne va pas aller en s'améliorant puisque l'on va en se dégradant sur notre capacité à dégager du temps siège, etc. Est-ce que, pour travailler sur ces questions dans le cadre de conventions, de contractualisations, il faut envisager qu'il puisse y avoir cela ?

SYNERPA.- Des réflexions sont en route avec Stratély. Je vous encourage tous à nous rejoindre. Il est possible de continuer dans cette lancée et que, suite à ces réflexions, il sorte un incubateur RH et une proposition nous permettant de venir consolider ou mutualiser.

UNA.- Aujourd'hui, j'ai des fonds CNSA que je pourrais utiliser pour accompagner les adhérents sur ces questions, mais ils sont dans la gestion de l'urgence. Je pourrais avoir des temps d'animation

hebdomadaires, ce n'est vraiment pas une question d'ingénierie, mais je ne trouve déjà pas le temps personnellement, alors que c'est mon métier, parce qu'on n'est que sur l'urgence économique, sur l'urgence en général, pour essayer de s'adapter à toutes les injonctions contradictoires de tous les financeurs, c'est de l'adaptation permanente.

La dernière fois, je vous parlais de l'APAU, on a reçu le mail le 23 décembre. En fait, je n'ai pas de congés ; quand je prends une journée, mon téléphone sonnait trois ou quatre fois. On est passé à l'étape d'après qui est un peu « panique à bord ».

Intervenante.- Je rejoins complètement Hélène sur le sujet. Je vous donne un exemple. Sur les équipes autonomes, l'appel à projets est sorti le 20 décembre, il fallait le rendre pour le 15 janvier. Non seulement, on a l'impression qu'on « se fout » de nous – pardon, mais c'est tout de même un peu l'esprit –, on vous colle un jury en dernière minute, on vous appelle en vous disant : « Bonjour, on veut organiser un jury pour passer l'oral demain » ! On n'est pas non plus des serpillières et on n'est pas non plus à la merci du Département.

C'est tout de même une réalité et cela rejoint la forme de mépris qu'on essaie de vous communiquer depuis le début. Je trouve que c'est un manque de politesse et de respect vis-à-vis de nos structures qui est assez invraisemblable ! Il y a des enjeux économiques puisqu'on nous parle d'enveloppes conséquentes. Il faut répondre et avec les obligations derrière qui sont assez hallucinantes, on a 10 jours pour justifier en plein mois d'août ! On finit par se dire que, sur cet appel à projets, on n'y va pas parce qu'on sait que, derrière, ce sera l'horreur, ce sera une usine à gaz.

Pour répondre à votre suggestion, on pourrait contractualiser, monter des modèles, développer des outils mais, comme l'UNA, on est complètement sous l'eau, j'ai une responsable ressources humaines, mais on ne s'en sort pas.

On a géré le Covid, l'obligation vaccinale, l'avenant 43, on va gérer les difficultés financières dont on aura l'occasion de vous reparler à la prochaine séance – d'ailleurs, prévoyez un peu de temps – et, aujourd'hui, on a géré le soutien financier pour le chèque carburant. J'avais des menaces de grève et je les entends. Je ne peux pas les laisser en plan, on est à 35 centimes du kilomètre à plus de 2 € le litre, il a bien fallu voter quelque chose sur nos fonds – on n'en a pas, mais on va se débrouiller.

On est dans l'urgence sans arrêt, il n'y a aucun moment de répit. On aimerait bien mener tous ces sujets que l'on évoque avec vous sur les RH, la qualité de vie au travail, mais on n'y arrive pas, on n'a pas le temps.

Cela paraît fou de le dire comme cela, mais, si vous avez la possibilité de nous suivre une demi-journée sur notre planning, vous verrez qu'on passe du coq à l'âne, on passe d'un sujet à l'autre, d'urgence, de difficulté, d'injonctions. On est dans un système hyper réglementé. On n'arrive pas à sortir des sentiers battus. L'APA, c'est comme cela, c'est tant de minutes et, avec la télégestion, vous ne pouvez pas tricher. Les filles arrivent au domicile, elles badgent.

Vous avez aussi l'usager à gérer. Ce n'est pas que la petite mamie toute sympa, toute gentille, toute contente de vous voir arriver, c'est aussi l'aidant. Des gens notent l'heure d'arrivée de l'auxiliaire de vie, son heure de départ et me font un résumé du temps passé. J'ai des courriers me disant « vous avez dépassé de 12 minutes, j'exige d'être remboursé ». C'est aussi la réalité du terrain et c'est vraiment difficile.

Je ne vous parle pas des agressions sexuelles, on n'en parle pas mais c'est une réalité. Quand une intervenante nous dit qu'un petit papy n'arrête pas de lui demander des faveurs, qu'est-ce que je fais ? Si on n'y va plus, on va nous dire que c'est du service non rendu ou de la non-assistance à personne en danger.

Un autre cas : on est intervenu dans un domicile, le monsieur est immobilisé, sa femme veut absolument qu'il reste là, il est plein d'escarres, elle est maltraitante avec lui, elle appuie dessus exprès pour lui faire mal. Qu'est-ce qu'on fait ? Il n'y a pas de dispositif.

Il faut s'adresser aux CLIC, aux MAIA, etc. Il y a 12 000 acteurs, on ne s'y retrouve pas.

Aujourd'hui, on a une vraie problématique, on est dans un système de tarification ultra compliqué, avec des prestations qui sont toutes modélisées et des acteurs multiples, on ne sait plus vers lequel se tourner pour essayer d'avancer.

Je rejoins Hélène, nous avons beaucoup d'inquiétudes. La réforme arrive, mais, sincèrement, je pense qu'on est vraiment au bord du gouffre. On va arriver sur un point de rupture et, à un moment donné, on n'y arrivera plus. Il faut que quelque chose se déclenche, que cela s'assouplisse parce qu'on n'y arrivera pas. Avec la meilleure volonté du monde, c'est impossible.

Mme SCAVENNEC.- Pour rester dans cet échange que nous avons par rapport à la perspective de la réforme, j'entends dans ce que vous dites qu'il y a besoin d'un sursaut, d'une prise en considération de la réalité que vous vivez aujourd'hui pour accompagner vers cette réforme. Est-ce que vous partagez ce vers quoi on va ou est-ce que, là-dessus aussi, vous avez des interrogations ?

Intervenante.- La réforme est très floue pour nous. On entend qu'il faut un seul interlocuteur. Cela sous-entend que les SPASAD, les SSIAD et les SAAD deviennent uniquement des services autonomie. Cela pose des questions économiques, des questions juridiques, des questions de territoire, des questions d'autorisation. On est en construction, on est tous en attente dans nos réseaux de savoir comment cela va se passer. Cela va être compliqué à gérer sur le terrain et je pense que cela va entraîner aussi une certaine concurrence parce qu'il va falloir que chacun tire son épingle du jeu pour survivre. Il faut que l'on soit accompagné sur ces sujets, c'est une évidence.

Il y a un autre critère dont on ne parle pas, les fameux 3 € qualité. Je ne sais pas du tout où cela en est, s'il y a des séances de travail sur le sujet au niveau du Département, mais c'est censé être mis en œuvre en septembre.

Là encore, dans ce que je vois arriver – je peux me tromper, je ne sais pas si mes collègues seront d'accord –, on va nous solliciter fin juillet ou peut-être mi-août et on n'aura pas eu le temps d'anticiper.

UDCCAS.- Ce sera l'État qui proposera cela. Les SSIAD sont amenés à disparaître. On a des CCAS qui portent des SSIAD, comment vont-ils faire sans SSIAD ?

J'imagine qu'il y aura des négociations entre Département, État, Région, pour que l'État nous laisse le temps de nous organiser *a minima* ne serait-ce que pour penser à la population, pour que la transition se fasse.

SYNERPA.- On est sur un dispositif ARS – Département, alors qu'on ne se parle jamais. Je reviens sur la notion de mépris. Le mépris est généralisé. Dans toute l'organisation de la hiérarchie, on en a marre de subir les prises de position, la non-application de la loi par le Département 59 qui se plaît à ne pas appliquer la loi. De quel droit le Département 59 plafonne ? De quel droit le Département 59 ne redistribue pas la perte d'activité ? De quel droit le Département 59 nous dit, quand on représente des prestations qu'on a développées pendant la période Covid, « on ne vous paie pas parce que vous avez eu le maintien d'activité » ? De quel droit le Département 59 détourne la loi ? C'est la première forme de mépris. On est censé être dans un État républicain qui protège tout individu, toute structure avec la même chose, que l'on soit à Nice, à Paris ou à Marseille, mais le Département du Nord méprise la loi. Je pense qu'il y a un vrai problème là-dessus.

Ce mépris est partout. Quand on vous appelle le 15 juillet pour vous faire passer un oral le 18 juillet, c'est du mépris. Quand on vous dit le 1^{er} septembre qu'il faut travailler sur l'avenant 43, c'est du mépris !

Mme LÉTARD.- Je vais prendre fait et cause pour le Département, parce que vous n'y allez pas avec le dos de la cuillère.

Je vous rappelle que le Département 59 a un étage au-dessus de la fusée, il est comme vous, il est entre le marteau et l'enclume. On lui donne une compétence, on lui délègue une partie de moyens, on lui donne un certain nombre de règles du jeu et, comme vous, il a souvent à appliquer un certain nombre de dispositions. Pour l'avenant 43, on ne lui a pas demandé son avis, on ne l'a même pas mis autour de la table des négociations, on lui a demandé de mettre en application.

Quand l'Agence régionale de Santé et la CNSA prennent des dispositions, elles s'appliquent au Département, on doit travailler entre l'Agence régionale de Santé, la CNSA, le Département avec les acteurs et, chaque fois, on se retrouve à devoir gérer. On annonce éventuellement des milliards de moins aux collectivités territoriales, on a une gérontocroissance de 5 % chaque année, on est aussi dans une équation et une réalité qui nous contraignent.

Pour autant, si on fait l'exercice qui est le nôtre aujourd'hui, c'est bien parce qu'on n'est absolument pas satisfait. Je pense que, par rapport à ce que vous avez dit, on a collectivement de sacrées marges de progrès, y compris dans la façon par exemple d'anticiper les appels à projets, de vous associer sur des comités de pilotage opérationnels, etc. On a bien l'intention de remonter un certain nombre de choses, encore faut-il qu'on nous donne, à nous aussi, le délai pour faire en sorte de ne pas venir vous appeler huit jours avant pour huit jours après parce qu'on a eu la commande du niveau du dessus un mois avant pour un mois après.

Chacun doit essayer de faire le maximum là où il se trouve. Vous l'avez dit, on est dans l'un des sujets les plus compliqués parce qu'il y a je ne sais combien d'interlocuteurs, de financeurs, d'intervenants, d'opérateurs, c'est hypercomplexe et avec des textes qui changent toutes les 5 minutes. Ce n'est pas spécifique là, mais, dans ce domaine, on touche à l'humain, c'est pire. C'est le plus exigeant, on a une obligation de résultat parce que c'est de l'humain et, par définition, on doit être au rendez-vous de la qualité.

Il faut vraiment lever les sujets un par un. Vous mettez devant nous une montagne de sujets. On peut faire évoluer certains sujets, mais, pour d'autres, on n'est pas seuls à pouvoir les faire évoluer. Il faut que l'on regarde les préconisations que l'on va pouvoir remonter et à quel rythme, c'est une évidence.

Typiquement, on va recevoir, comme on le fait avec vous, Madame QUEVERUE de l'ARS. On va échanger avec elle pour voir comment les choses pourront se construire à l'avenir, ce qu'elle a à nous dire, comment améliorer notre capacité à être dans un partenariat, un échange renforcé, peut-être plus dans la coproduction que dans la juxtaposition de ce que l'on peut mettre en œuvre. Aujourd'hui, pour être dans la coproduction, il faut aussi qu'ils aient le temps de mettre en application ce qui descend.

Je ne veux dédouaner personne. Je vous entends et, si on vous reçoit autant d'heures, ce n'est pas par mépris mais parce qu'on considère qu'il y a une urgence à faire et à faire avec vous, pas à votre place. On entend ce que vous dites, on va le prendre et le hiérarchiser. Il y a des choses qu'on pourra faire évoluer en fonction des marges que l'on nous donnera, en fonction aussi du temps qui nous aura été octroyé en amont pour pouvoir vous appeler derrière. Effectivement, si on nous laisse peu de temps, on fait avec le temps dont on dispose parce que, nous aussi, nous devons rendre des comptes dans des délais impartis.

Notre objectif est de balayer tout ce qui peut être balayé, d'améliorer tout ce qui peut être amélioré, c'est dans ce sens que l'on va essayer de construire quelque chose qui sera complexe vu la masse d'éléments. Les plus à plaindre sont nos amis qui vont tenir la plume parce qu'ils vont devoir avec nous essayer de hiérarchiser tout cela. On entend énormément de choses. Il faut vraiment que votre contribution soit hyper hiérarchisée et hyper claire parce que, si c'est un cahier de doléances, il faut qu'on ait conscience de la hiérarchisation des priorités par sujet évoqué. Plus ce sera clair de votre point de vue, plus ce sera clair du nôtre, tant dans la stratégie globale que sur ce qui se passe au niveau

départemental et au niveau territorial. Il y a plein de clefs d'entrée que vous avez bien comprises, sur lesquelles on vous a questionnés et sur lesquelles il faut qu'on arrive à entendre vos messages d'alerte. On a bien compris qu'il y avait du court, du moyen et du long terme, on sent l'urgence sur un certain nombre de points. À nous d'intégrer tout cela, de le relayer à qui de droit chez nous.

En tout cas, si on fait cela, c'est évidemment parce qu'on mesure l'étendue du sujet, la fragilité dans laquelle vous vous trouvez et nous nous trouvons par ricochets parce que c'est une réalité que nous partageons. On va continuer à vous écouter et à noter tout ce que vous avez à nous dire, ce n'est pas du mépris.

ADMR.- On profite d'être écouté pour une fois, c'est pourquoi vous êtes un peu le réceptacle. Pardon mais, depuis la nouvelle mandature, nous n'avons vu personne, alors qu'il y a des sujets extrêmement importants et urgents.

On peut ne pas être d'accord, encore faut-il pouvoir en échanger. Ce qui est terrible là, c'est que c'est le silence le plus absolu, y compris au niveau des techniciens. L'idée n'est pas de dire que c'est bien ou que ce n'est pas bien. On comprend que vous ayez des contraintes, c'est normal et on se met aussi à votre place, mais on est en bout de chaîne et on se dit aujourd'hui : qu'est-ce qu'on fait, comment on fait ? Rien de pire que de ne pas pouvoir échanger. Vous êtes les premiers depuis des mois à nous poser la question. Notre inquiétude aujourd'hui est de savoir sur quoi tout cela va déboucher.

On a bientôt un comité départemental de l'aide à domicile. On se questionne vraiment sur l'intérêt qui va nous être porté. Malheureusement, les messages qui passent aujourd'hui au travers du peu de communications que nous avons ne sont pas très positifs. C'est ce qui nous inquiète aujourd'hui.

UDCCAS.- On a tous des contraintes par le niveau national. La majorité de nos fédérations existent aussi à l'échelle nationale. On va leur faire part du rapport qu'on va vous remettre, des contributions écrites et on va leur demander aussi de demander à l'État de mettre des délais convenables et cohérents. On va sûrement transmettre notre rapport à la CNSA.

En parallèle, sur les relations avec les techniciens du Département, à l'UDCCAS, on touche différentes thématiques, pas uniquement l'autonomie, et on a la chance d'avoir des liens privilégiés avec les techniciens, on arrive à grappiller des informations, mais c'est vrai que le comité départemental de l'aide à domicile intervient très tard. Depuis juillet, on est tous en demande d'une réunion, on est tous d'accord là-dessus.

SYNERPA.- Les interlocuteurs changent, on n'est pas au courant ; des mails partent dans le vide, on n'a pas de retour. Des règles changent mais on ne les connaît pas.

Je suis tout à fait d'accord, si on est partenaires, on est capable d'intégrer ensemble les contraintes globales et structurelles, mais on a du mal à intégrer ce genre de choses. On a des injonctions, on se plie en permanence aux demandes du Conseil départemental. On reproduit des factures deux ans après parce que le Conseil départemental met des années à instruire des dossiers et on se prend des fins de non-recevoir sans aucune forme.

Quand on est partenaire, on fait attention à l'autre, on prend soin de l'autre, on lui demande comment il va. L'avantage là, c'est que vous savez qu'on ne va pas très bien.

Mme LÉTARD.- Pour notre part, vous le voyez bien, on ne peut pas dire qu'on ne soit pas à votre écoute et qu'on ne prenne pas très au sérieux tout ce que vous êtes en train de nous dire.

Mme GREAUME.- Je remercie toutes ces personnes qui expliquent les problématiques. Justement, la mission d'évaluation qui est aujourd'hui menée vise à relever toutes les problématiques et à faire remonter tout ce qui ne va pas. Je pense que Madame la Présidente n'hésitera pas à faire remonter ces différentes problématiques et nous espérons tous que cela s'améliorera demain. Dans l'avenir, quand on

se reverra, j'espère que tous ces petits problèmes récurrents seront réglés. En tout cas, je compte sur Madame la Présidente pour remonter toutes les problématiques, je suis sûre qu'elle le fera.

Mme LÉTARD.- On est aussi une structure qui a vocation à être l'exutoire des mécontentements et où on se dit les choses de part et d'autre. Il n'y a rien de plus normal. C'est un exercice que j'apprécie énormément ; sinon, je ne l'aurais pas accepté. Je considère que ce sont les moments les plus riches parce que, même entre vous et entre nous, on découvre des choses et on partage des choses que l'on n'aurait peut-être jamais partagées sans ce type d'exercice. Je le crois profondément et sincèrement.

Notre objectif est aussi de mesurer parce que nous ne sommes pas des professionnels, c'est très éclectique. Attention, quand je dis qu'on n'est pas des professionnels, on connaît les sujets, mais on n'est pas au cœur des préoccupations comme vous l'êtes au quotidien. Tant dans la temporalité que dans la hiérarchie des sujets sur lesquels on peut avancer – vous avez bien compris qu'ils ne sont pas que budgétaires, il y aura les finances, mais également l'organisation, la relation avec le Département, la méthode de travail –, on a besoin d'avoir les idées claires sur la façon dont vous voyez cette urgence et cette hiérarchisation des choses.

Ensuite, je me ferai au nom de tous les collègues le porte-parole de tout cela et on verra jusqu'où le Département, son président et les équipes qui travaillent pourront aller et seront décidés à y aller et d'ailleurs sur présentation d'un rapport et des propositions à l'institution départementale. Une fois que les choses seront faites, elles seront présentées et elles évolueront parce qu'effectivement, il va se passer des choses dans l'année qui suit au niveau national. En septembre, on prendra des décisions et il faudra encore les faire évoluer parce que des mesures vont peut-être changer à d'autres niveaux.

En tout cas, sur la méthode de travail et sur un certain nombre de points, on peut avancer sans attendre et dès à présent. C'est là-dessus qu'il faut qu'on regarde comment, concrètement et rapidement, on est en capacité de faire passer ces quelques messages qui pourraient déjà dégripper, tant dans la construction de la relation administrative avec les élus que dans la construction d'un certain nombre de priorités et d'urgences sur lesquelles on peut avancer, tant dans la relation avec l'utilisateur que dans la relation avec les services puisque ces deux aspects sont importants aussi pour nous, puisque c'est ce qui nous est remonté.

À ce stade, dès que l'on aura une petite contribution de votre part, je vais essayer de faire des petits points d'étape pour que, sans attendre la fin et la conclusion de nos affaires, on puisse remonter un certain nombre de choses au président et aux services. Puisque vous dites qu'il y a urgence, on ne va pas attendre la fin du rapport pour lever un certain nombre de points d'intérêt, d'importance et d'urgence sur lesquels on pourrait déjà essayer de creuser une façon de travailler avec vous. On délivrera un certain nombre de ces messages.

Vous parlez de l'APA d'urgence sur laquelle vous n'avez pas été associés. Typiquement et concrètement, est-ce qu'un petit comité de suivi opérationnel de la façon dont cela se met en place permettrait de déminer un certain nombre de choses entre vous ou de passer des messages, que l'on vous explique pourquoi on fait de telle manière et pas de telle autre ? Il y a peut-être une justification, encore faut-il qu'on vous le dise.

Il faut qu'on arrive à construire peut-être tout cela différemment avec vous. Si on a des allers et retours et des moments d'échange entre nous, cela permet de déminer des incompréhensions mutuelles. Déjà dans la méthode de travail, il faut qu'on chemine et qu'on se mette d'accord sur une méthode et un mode de faire.

Toute l'équipe partage la même envie de vous aider et la même envie de le faire en étant raisonnables, responsables. La problématique que l'on traite aujourd'hui est l'une des problématiques de l'institution dans un jeu qui est contraint et où, quand on dégage les marges de manœuvre d'un côté, c'est moins d'un autre. Ce sont des choix politiques et stratégiques importants. Pour nous, si cette question de l'APA

est devant nous aujourd'hui, c'est parce qu'elle nous apparaît comme un élément essentiel. On sait bien que, derrière l'APA, ce sont plein de choses, c'est tout le secteur que vous représentez et tout le travail que l'on doit construire ensemble.

M. MANIER.- J'ai bien écouté les débats et les interventions. De fait, il y a des choses qui sont de l'ordre de la responsabilité du Département, mais je me demande si, dans ces choses, il n'y a pas un péché originel. À l'origine, il y a la loi Borloo sur les services d'aide à la personne et je me demande si, dans le péché originel, il n'y a pas eu d'évolution depuis. On gère ces services comme des services de consommation normale, il n'y a aucune régulation et je me demande s'il ne faudra pas voir à un certain moment au niveau national une évolution de cette loi parce qu'on ne peut pas gérer ces services d'aide à la personne comme on gère des services commerciaux. Je pense que le fait qu'il n'y ait pas de régulation de ces services prévue par la loi peut contribuer à générer des problèmes.

Encore une fois, il y a des responsabilités de l'ordre du Département, nous verrons, mais je me demande s'il n'y a pas ce péché originel et si, à un moment donné, au niveau national, il ne faudra pas revisiter cette loi. Ces services ne sont pas des services commerciaux, il y a des problèmes de santé et le fait qu'il n'y a pas de régulation est un problème.

SYNERPA.- C'est violent. Je suis désolée, Monsieur MANIER, mais c'est violent. Aujourd'hui, on n'en est pas à la régulation, il s'agit de voir comment on fait face ensemble à une problématique sociétale importante. Vous sous-entendez que l'on ne fait pas cela de bonne foi. Je suis désolée, cela fait mal et j'ai les oreilles qui saignent.

M. MANIER.- Je crois que vous m'avez mal compris. Ce n'est pas ce que je dis. À l'origine de la loi, il n'y a pas de régulation. Cela veut dire que, pour des prestations publiques, des services publics, des associations publiques ou privées, c'est la loi du marché et on ne tient pas compte par exemple de ceux qui jouent le jeu du conventionnement, de ceux qui jouent le jeu d'une qualité de service de leurs collaborateurs.

SYNERPA.- D'accord. Dans ce cas, ne parlez pas de régulation de marché mais plutôt de normalisation ou de respect des règles. Je suis une entreprise et, quand j'entends régulation de marché, j'entends problématique de la libre entreprise.

M. MANIER.- Non. La régulation, ce n'est pas cela.

FEPEM.- Concernant notre secteur, l'un des sujets est la réforme qui arrive, notamment pour les SAAD autonomie et *in fine* les centres de ressources territoriaux. Aujourd'hui, ces dispositifs s'inscrivent dans la continuité de la loi de 2015, la loi de l'adaptation de la société au vieillissement et ils sont structurés autour des structures autorisées.

Aujourd'hui, est-ce que ces services, qui sont sur une logique de mutualisation et de rationalisation de mise en visibilité des moyens mis à disposition pour l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, seront considérés comme une porte d'entrée sur les territoires ? De fait, l'aide liée à l'accompagnement des personnes âgées sera renforcée autour des structures autorisées.

Pour le recours à l'emploi à domicile, l'emploi direct ou le mandataire, est-ce qu'il faudra licencier nos salariés pour recourir aux dispositifs financés dans le cadre des CPOM ou autres par les conseils départementaux ? C'est une question qui se pose parce que, au sein du secteur de l'emploi à domicile, on a une augmentation du nombre de particuliers employeurs de plus de 70 ans, mais une baisse du nombre de particuliers employeurs à l'APA.

Des particuliers employeurs, qui ont déjà une salariée, renoncent à recourir à l'APA parce qu'ils ont un niveau de revenu ou un ticket modérateur, mais ils ne veulent pas licencier la salariée et continuer sur le mode d'intervention.

Est-ce que la mise en œuvre des SAAD autonomie ou des centres de ressources territoriaux va limiter l'accès aux différents modes d'intervention ? Aujourd'hui, dans la mise en œuvre, on n'est pas capable de le dire. L'ensemble des modes d'intervention sont complémentaires. Est-ce que recourir au secteur de l'emploi à domicile, dans le cadre de la politique sociale, fait qu'on n'y recourt pas parce que les SAAD autonomie ou les CRT sont structurés par l'intermédiaire de services uniquement autorisés ?

Aujourd'hui se pose la question des structures mandataires qui sont des services autonomie. Les structures mandataires ne font partie d'aucun dispositif de financement lié à la CNSA. Typiquement, l'avenant 43, ce sont 12 % d'augmentation pour les salaires en moyenne. Les services mandataires qui ont des salariés administratifs ont pris les 12 % sur les frais de gestion, sur les restes à charge des particuliers employeurs puisqu'ils n'ont pas les moyens.

Un service d'aide à domicile est un organisme agréé de service à la personne. Il peut être mandataire ou prestataire, il n'est pas reconnu dans le dispositif d'autorisation et ne bénéficie pas de financements publics. C'est le particulier employeur qui assume, par l'intermédiaire de la facturation du reste à charge, quelle est la place du secteur de l'emploi à domicile dans le cadre des nouveaux dispositifs qui vont arriver. C'est une question, on n'a pas la réponse. On peut avoir des dispositifs fiscaux qui facilitent le financement de l'emploi à domicile et qui ne sont pas inscrits dans la politique sociale, si on continue sur le tout autorisation.

Voilà la difficulté des problématiques à venir pour nous sur notre secteur.

Mme LÉTARD.- C'est clair.

Est-ce que quelqu'un souhaitait encore évoquer autre chose sur les sujets du jour ? Je pense qu'on a fait un large tour de la question.

URIOPSS.- Je me demande dans quelle mesure nous n'aurions pas intérêt, pour éclairer nos réflexions, à mener une recherche-action pour éventuellement mesurer l'impact social de nos services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Tant qu'on ne sortira pas d'une logique de prix, je pense qu'on aura une vision très parcellaire du sujet. Il y a une différence entre le prix et la valeur. Il faudrait arriver à mener cette étude en prenant des groupes et des cohortes de bénéficiaires, en regardant ce que cela coûte de les accompagner et de les maintenir à domicile, en imaginant ce que cela aurait coûté de les mettre en structure. Je pense que cela pourrait éclairer sérieusement la feuille de route qui est la nôtre.

Depuis tout à l'heure, on se demande comment payer les inter-vacations, les kilomètres, le prix du carburant, etc. Il faut bien sûr le faire. Quand on aura modélisé, prouvé, étayé que maintenir une personne âgée ou une personne en situation de handicap à domicile est à la fois vertueux pour elle, mais aussi un levier sur le développement social local et sur l'inclusion de cette personne, mais qu'en creux, il y a aussi des coûts évités pour les collectivités, on changera complètement de prisme et de focale.

Je donne un exemple. Un enfant qui se fait opérer d'une appendicite coûte 13 000 € à la Sécurité sociale. Je n'ai jamais vu quelqu'un cracher au visage de sa mère en disant « est-ce que vous vous rendez compte que votre fils a coûté 13 000 € à la Sécurité sociale ? ». Par contre, là, on nous demande si 22 €, 22,50 €, 23 € ou 25 € est un juste prix pour accompagner une dame âgée à domicile.

Tout à l'heure, on parlait des cas les plus complexes, mais on se demande comment faire pour envoyer deux professionnels. Je trouve qu'on n'est pas à la hauteur du sujet.

Tout à l'heure, on parlait de la transformation de ce secteur et de la création de ces services autonomie. Je pense qu'on aurait tout à gagner à mener ce type de recherches. Le Département du Nord a souvent été un peu précurseur sur cette question de l'autonomie et je pense qu'on aurait tout à gagner à apporter cette contribution mais au plan national.

Mme LÉTARD.- Relayez votre contribution à vos représentants nationaux. Le débat sur le financement est devant nous et il va arriver vite. L'élastique est tellement tendu qu'on est au pied du mur. On a reculé, mais, nationalement, il faut se poser la question.

Nous sommes dans l'application territoriale de ce qui va tout de même dessiner la colonne vertébrale de ce qu'on pourra faire, l'architecture globale et surtout son financement. Une fois que l'on a dit cela, on ne peut qu'être d'accord, mais quels sont les moyens dont les uns et les autres vont disposer pour réaliser quelque chose qui tombe sous le sens. On a tous envie d'avoir quelque chose de plus global, mais, à un moment donné, on gère la réalité.

Nous ferons aussi remonter. On va auditionner l'ARS, la CNSA, on va contacter Monsieur LIBAULT pour le faire venir devant nous pour comprendre tout cela. Après cela, quelle est l'équation dont on va disposer et comment ce débat va se construire ?

ADMR.- Au niveau national, ce n'est pas très clair. Il y a eu un projet de décret, qui a été vite retiré, mais qui est sorti, sur lequel les têtes de réseau à l'unanimité ont fait un courrier. Ce projet de décret prévoyait d'octroyer une dotation de 400 000 € aux EHPAD pour coordonner les aides à domicile. Pour 30 prises en charge, 400 000 € à l'année !

UDCCAS.- Le département du Nord est l'un des départements les plus riches en termes de nombre de SAAD, en termes de population vieillissante, précaire. Il y a eu beaucoup de choses dans le Nord, on est connu pour avoir su faire face.

Je lance une idée, que je regretterai peut-être dans trois minutes. Il faut voir ce que l'État va proposer mais n'est-ce pas l'opportunité que le Département du Nord devienne incubateur d'une nouvelle méthode, d'une nouvelle expérimentation, d'une nouvelle tarification ? Je ne sais pas en quoi c'est possible ni comment.

Il y avait le congrès de l'Union nationale des CCAS cette semaine. J'ai eu un petit regard sur ce qui se faisait ailleurs. La réflexion que vous menez, les auditions et la réunion des acteurs, tout cela ne se fait pas ailleurs. Est-ce qu'il n'y a pas quelque chose à initier ? Il faut peut-être attendre de voir ce que va mettre en œuvre l'État, mais est-ce que le Département du Nord, peut-être même à budget égal, peut revoir les choses ?

Mme LÉTARD.- L'idée est, déjà sur la réalité dans laquelle nous sommes, de regarder quelles sont les voies de progrès, les méthodes sur les différents aspects évoqués sur lesquels on peut progresser et cheminer ensemble, voir jusqu'où c'est raisonnable et acceptable, jusqu'où on peut le faire, jusqu'où on peut vous entendre. Cela va être la même chose avec les EHPAD parce qu'on a aussi la problématique des établissements à aborder, sous une forme différente puisque le sujet est complètement différent, mais il existe aussi.

J'ai des collègues qui sont en audition actuellement au Sénat sur la problématique des EHPAD. Ce n'est pas l'APA, c'est un autre sujet. Là aussi, on est au bout d'un système, il n'y a pas une raison mais une multitude de raisons qui font qu'aujourd'hui, c'est compliqué dans les EHPAD, une multitude de raisons qu'il faut lever une par une, au même titre que ce que l'on est en train d'évoquer. Le problème est à entrées multiples, c'est une succession de choses qui dysfonctionnent ou qui doivent être remises à niveau. Il y a eu tellement d'évolutions ces derniers temps qu'elles ne sont plus posées comme il faut et il va falloir les détricoter, retricoter morceau par morceau.

Je m'avance peut-être aussi à titre personnel puisqu'on n'est jamais qu'une mission mais je pense qu'un des éléments pour trouver des solutions est qu'il y ait un aller et retour régulier avec vous et que, à chaque fois qu'on le peut, on soit dans l'échange et l'aller-retour sur les choses qu'on va construire et qu'on va être amené à améliorer pour s'assurer qu'on va dans la bonne direction et, en tout cas, s'il y a des ambiguïtés ou des incompréhensions dans un sens comme dans l'autre, qu'elles puissent s'exprimer.

C'est le premier ressenti que j'ai. Nous, Département seul, pouvons déjà avancer sur un certain nombre d'aspects administratifs en direction de l'utilisateur, sur le cheminement du parcours de l'utilisateur, il y a des choses que l'on peut améliorer. Ensuite, il y a des choses à faire avec vous, il s'agit de voir comment on les fait et à quel rythme, jusqu'où c'est normal de le faire avec vous. Après, il y a un moment où on doit agir seuls et prendre nos décisions.

Nous pensons qu'il y a choses sur lesquelles on peut progresser malgré tout, sans attendre de voir comment les choses vont retomber, tant sur la nouvelle organisation, les nouveaux services, même si on s'y prépare forcément ici, que sur les moyens qui vont être donnés parce que c'est le nerf de la guerre. On y reviendra la prochaine fois, mais la limite de l'exercice sera aussi de savoir quelle projection on a au niveau national sur ce qui va se passer, et nous au niveau départemental mais ce n'est jamais qu'une conséquence.

ADMR.- Je voudrais compléter ce que disait Vincent sur le fait d'étudier les coûts du maintien à domicile *versus* celui des EHPAD. On a besoin des EHPAD aussi. Clairement, quand on arrive sur des GIR 1 ou 2, on n'est plus en capacité de maintenir à domicile. Des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont bien mieux en établissement que chez elles. Il y a de la place pour tout le monde.

Souvent, au cours de nos échanges, on perçoit qu'on n'est pas que des prestataires pour réaliser une prestation sociale, mais on est aussi des acteurs économiques. Je pense que ce n'est pas suffisamment valorisé. Que l'on soit associatif, un CCAS ou une entreprise, on est créateur d'emplois, on est porteur d'une économie locale, d'un tissu local et d'un tissu économique et social et il est dommage que ce ne soit pas suffisamment valorisé. Le fait d'avoir des services d'aide à domicile dans les campagnes, c'est aussi une vie, c'est recréer une dynamique et permettre toute une vie économique autour de ces personnes qui restent à domicile.

D'ailleurs, quelques maires développent aujourd'hui des habitats partagés parce qu'ils ne veulent pas voir leurs électeurs fuir et aller dans des établissements. C'est aussi une réalité.

On nous a beaucoup entendus, peut-être trop, sous l'angle prestataires d'une prestation sociale qui est l'APA, mais on n'est pas que cela, on est aussi des acteurs avec de multiples dimensions possibles. Si vous avez du travail en campagne, vous maintenez une classe, une école, vous maintenez la boulangerie. Je pense qu'il faut aussi nous voir comme cela.

Mme LÉTARD.- On en est convaincu.

URIOPSS.- Nous sommes à la fois des créateurs d'activité dans tous les sens du terme, des acteurs du développement social des territoires, y compris des territoires ruraux ou périurbains. Octavie parlait de maires qui commençaient à se saisir du sujet de l'habitat inclusif. Je peux vous garantir que les bailleurs sociaux prennent également le sujet à bras-le-corps, notamment en matière de redynamisation, de requalification de certains quartiers. La question du vieillissement se pose partout en ville comme milieu rural. Je peux vous garantir que la question du vieillissement et du vieillissement des personnes en situation de handicap est particulièrement problématique dans certains quartiers populaires où on constate la paupérisation, la destruction de certains services publics, voire l'abandon dont certains quartiers peuvent souffrir bien que des acteurs locaux se mobilisent. Je pense que, dans ce virage domiciliaire qui s'opère, nous avons toute notre place, quelle que soit notre forme juridique.

Une chose est assez paradoxale. Quand l'avenant 43 nous accorde des augmentations de 15 ou 20 %, il faut savoir qu'avec l'effet ticket sur les charges patronales, l'État a finalement largement récupéré ces 20 % sachant que, entre-temps, ils n'ont pas été compensés. Nous sommes aussi des contributeurs, mais il n'y a pas d'allègement de charges sur nos structures. Même s'il y a une forme de service public ou de délégation de service pour un service rendu au public, nous sommes considérés, quelle que soit notre forme juridique, comme des entreprises à part entière et l'Urssaf n'en a rien à faire de savoir si on a été compensé ou non pour l'avenant 43. Il faut payer.

Là aussi, c'est au plan national que cela se passe. Demain, il suffit de nous faire un allègement de charges parce qu'on rend un service public et que, pour l'État, c'est une externalisation positive de faire appel à nous. Demain, si on nous baisse les charges de 10 ou 15 %, ce n'est plus la même situation.

Intervenant.- Il y a plusieurs parlementaires dans notre mission. Je pense qu'ils vous entendent et ils notent.

Mme LÉTARD.- Dans votre copie, différenciez ce qui relève du national et du départemental, cela peut être utile. Je prends mon autre casquette, on a des missions d'information en ce moment. La trêve parlementaire liée à la période électorale donne la possibilité au Parlement de faire des auditions et c'est ce que l'on fait tous. Pour nous, c'est le moment d'entendre des choses. On a pas mal de missions d'information nationales qui sont l'occasion de faire remonter un certain nombre d'éléments.

Apportez-nous les éléments, on peut les verser à nos collègues qui sont dans les différentes missions et leur passer des éléments de terrain qui peuvent éclairer et nourrir leur travail.

Parmi les missions d'information, je suis dans une autre qui vise au futur contrat de ville et à la rénovation urbaine. Dans ce qui nous remonte des contributions sur les contrats de ville, la problématique du vieillissement des populations dans les quartiers en politique de la ville est un véritable sujet qui n'était pas pris en compte et qu'on va intégrer fortement. C'est en tout cas une remontée récurrente de tous ceux qui nous ont apporté des contributions dans le cadre de cette mission. Cela montre bien qu'aujourd'hui, cette problématique surgit de partout. Par rapport à ce que vous dites sur l'habitat inclusif, etc., à l'occasion des grands programmes de rénovation urbaine, c'est l'occasion de mettre le paquet sur la réflexion sur ce type d'habitat. Il ne faut pas rater le coche parce que, si on ne le prend pas en compte au moment où on monte les grands programmes ANRU, tous ces programmes qui impactent des territoires significatifs, ce serait dommage.

Je pense que nous avons eu notre compte aujourd'hui. C'était très éclairant une fois de plus, très important et très instructif.

Encore merci et on vous souhaite bon courage.

(La séance est levée à 12 h 55.)

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU NORD
Mission spéciale d'information et d'évaluation
relative à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Séance 6 – 25 avril 2022

Étaient présents :

Présidente de la mission spéciale d'information et d'évaluation de l'APA : Valérie LÉTARD

Pour le groupe Union Pour le Nord : Loïc CATHELAIN, Sylvie DELRUE

Pour le groupe Socialistes, Républicains et Citoyens : Christine DECODTS (Rapporteuse associée), Josyane BRIDOUX, Didier MANIER

Pour le Groupe Communiste et Républicain, Pour l'Humain d'abord ! : Isabelle CHOUAIN (Rapporteuse associée), Michelle GREAUME

Pour le groupe Écologiste, EELV, Génération.s : Céline SCAVENNEC (Rapporteuse associée)

Étaient auditionnés :

M. Pierre LOYER, Directeur adjoint direction de l'autonomie,

M. BARBIER, Direction des finances et du conseil de gestion,

Les représentants de UNA, UDCCAS, FEDESAP, SYNERPA, FEPEM, ADMR, URIOPSS

Les représentants de FHF, FEHAP

Ordre du jour

- Validation du compte rendu de la séance 3 2
- Présentation de la séance de ce jour 2
- ❖ Etat des lieux sur l'évolution des dépenses d'APA dans le nord 2
- ❖ Perspectives d'évolution des dépenses d'APA dans le Nord compte tenu du vieillissement de la population 9
- ❖ Impacts des réformes sur les acteurs de l'aide à domicile : UNA, UDCCAS, FEDESAP, SYNERPA, FEPEM, ADMR, URIOPSS 16
- ❖ Impacts des réformes sur les acteurs de l'aide à domicile : FHF, FEHAP 37

(La séance est ouverte à 9 h 15 sous la présidence de Mme LÉTARD.)

Mme LÉTARD.- Nous allons démarrer.

- **Validation du compte rendu de la séance 3**

Mme LÉTARD.- Je vous propose que nous validions le compte rendu de la séance 3 du 18 mars. Sauf à ce qu'il y ait des remarques des uns ou des autres, on peut considérer que ce compte rendu est adopté.

- **Présentation de la séance de ce jour**

Mme LÉTARD.- La séance du jour est structurée en trois parties : l'état des lieux sur l'évolution des dépenses d'APA dans le Nord avec, dans cette première partie, la direction de l'autonomie ; dans un deuxième temps, les fédérations représentatives des services d'aide à domicile et, enfin, les fédérations représentatives des EHPAD.

Je vous propose de faire votre présentation de la situation sur le sujet qui nous occupe aujourd'hui. Ensuite, on entamera les questions-réponses.

❖ **État des lieux sur l'évolution des dépenses d'APA dans le Nord**

M. LOYER.- Nous avons préparé une présentation qui va se dérouler en deux parties, la première partie sur l'évolution des dépenses, l'aspect historique et actuel, avec ensuite un *benchmark* et, enfin, face à l'évolution des dépenses, l'évolution de la gouvernance.

M. BARBIER.- Pour commencer sur l'évolution des dépenses, nous avons pris l'évolution des dépenses d'APA depuis 2015. Effectivement, elles augmentent significativement puisque, entre 2015 et 2021, la hausse de l'APA a été de 38 % à comparer à des dépenses de gestion de la collectivité qui ont augmenté de 7 %. Cette accélération est vraiment particulière.

En 2015, l'APA représentait 7 % du budget avec 190 M€ là où, en 2021, elle représente 263 M€, soit 10 % du budget. La hausse est très significative et beaucoup plus rapide que les dépenses de la collectivité.

Il faut noter que cette hausse rapide est vraiment particulière à cette période. Si on prend la période 2011-2015, la hausse était de seulement 4 %. C'est vraiment à partir de 2015 qu'on note cette accélération de la gérontocroissance.

On vous a présenté les dépenses brutes, mais il y a aussi des recettes, notamment une bonne partie des recettes portées par l'État dans le cadre de la CNSA qui compense cette hausse. Quand je dis « compense », le terme n'est pas tout à fait adapté puisqu'il y a toujours du reste à charge, mais cette non-compensation ne s'est pas aggravée, elle s'est relativement stabilisée. On était à environ 64 M€ de recettes en 2015 et on est aujourd'hui à 98 M€, le taux de couverture est donc passé de 33 % à 37 %.

Il faut noter une sorte de dégradation particulière. En fait, les choses commençaient bien puisque, jusqu'en 2018, le niveau de compensation baissait et on a eu une chute forte en 2019, on passe de 86,5 M€ à 82,4 M€. Cette baisse est liée à un changement de mode de calcul de l'État. Auparavant, l'État compensait les Départements qui avaient une hausse plus rapide que les autres au même niveau que leur hausse. Si on augmentait de 10 %, la dotation augmentait de 10 %. À partir de cette année-là, il a augmenté sur la base de la hausse moyenne des Départements. Si l'APA dans le Département du Nord augmentait de 10 % et que, dans le même temps, l'APA de la moyenne des Départements augmentait de 5 %, la compensation n'augmentait que de 5 %. Cela explique cette baisse constatée aujourd'hui, mais cela montre en creux que le Département du Nord avait une dépense d'APA qui augmentait beaucoup plus vite que la moyenne des autres Départements.

Dernier élément utile, on constate que, là où jusqu'à maintenant la compensation de l'État était inconditionnelle, elle est de plus en plus liée à des projets. Une bonne partie des financements de 2021 sont la compensation de la convention d'utilité dans le cadre de la CNSA pour la modernisation des SAAD ou encore la compensation de l'avenant 43. Autrement dit, l'État nous donne de l'argent à condition que l'on fasse des politiques qui correspondent à ses priorités. On a moins de libertés compte tenu des recettes fixées par l'État.

Mme LÉTARD.- Cela veut dire, si j'ai bien compris, qu'il faut vraiment se conformer le plus strictement possible aux orientations fixées au niveau national et que, dès qu'on en déroge un peu, on a des conséquences financières significatives.

M. BARBIER.- Exactement.

Mme LÉTARD.- Cela permettra d'éclairer ce que l'on pourra entendre dans les séquences suivantes.

M. MANIER.- Le Président MACRON a été réélu hier soir. Dans ses projets, il y a celui de faire en sorte que tous ceux qui sont éligibles à l'APA le soient mécaniquement. Avez-vous fait une projection pour savoir ce que cela représente dans notre Département ?

M. LOYER.- Une partie de la présentation est basée sur des projections, mais, pour l'accès aux droits, il n'y a pas une formule mathématique pour déterminer exactement quelle population y aurait droit puisque cela dépend d'une évaluation. Comme on ne peut pas évaluer toute la population, on ne peut pas déterminer avec certitude, mais on sait que l'on a un travail à faire sur l'accès aux droits au travers les relais autonomie.

La progression dont parlait Monsieur BARBIER est très forte à partir de 2015 également parce que notre taux de progression est supérieur alors que le taux de (*inaudible*) n'est pas aussi fort. À partir de 2014-2015 jusqu'à nos jours, le développement de l'accès aux droits est à mon sens encore trop faible.

Par ailleurs, en plus des dispositifs spécifiques donnés sur l'avenant 43, leur pérennité et leur mode de calcul peuvent varier d'une année sur l'autre. On a donc aussi une incertitude à ce niveau sur un certain nombre d'éléments.

Sur l'avenant 43, il est prévu annuellement dans la loi de financement de la Sécurité sociale mais on ne sait pas si, à terme, il ne va pas être refondu dans un autre système. Il y a donc une incertitude qui explique que les Départements ne prennent généralement pas d'engagement

pluriannuel comme le veulent les services à domicile puisque la compensation de l'État n'est pas toujours pérenne dans le temps. En tout cas, il y a un doute sur sa pérennité.

Mme LÉTARD.- Sur l'avenant 43, jusque quand a-t-on une visibilité de sa compensation, en tout cas de la contribution nationale ?

M. LOYER.- L'avenant 43 est financé de façon expresse l'année dernière et cette année. Il est inscrit comme une charge pérenne au niveau du budget national, mais il n'y a pas de ligne particulière dédiée. Il pourrait être refondu dans une autre politique volontariste, surtout que, dans les projets de campagne, il était proposé de refondre l'intégralité du dispositif.

La deuxième difficulté avec l'avenant 43 est qu'il vise des augmentations de salaires qui seront difficiles à suivre dans la durée puisque les personnes vont changer de structure. On aura probablement un problème de suivi sur l'avenant 43, un problème de suivi de la réalité de la dépense des services domicile nonobstant qu'elle sera élargie à la convention 51 et, dans un deuxième temps, probablement aux CCAS.

M. BARBIER.- Une fois qu'on a vu l'augmentation globale du budget, il est important de le décompenser. Ce qui n'est pas neutre, c'est la répartition entre l'APA pour les bénéficiaires directement, l'APA établissement et l'APA qui passe par un SAAD.

On voit que les hausses sont très différentes, l'APA établissement n'augmente que de 14 % sur la période là où l'APA SAAD augmente de 54 %. En valeur absolue, sur les 52 M€, c'est l'augmentation de l'APA SAAD qui explique la majorité de la hausse de l'APA.

Autrement dit, quand on veut s'interroger sur les évolutions et les éléments qui ont un effet sur le coût de l'APA, c'est parfois presque plus simple de se concentrer sur les SAAD pour voir cette évolution.

Si l'APA SAAD augmente plus que l'APA établissement, c'est évidemment lié à un choix particulièrement marqué du maintien à domicile. Aujourd'hui, la plupart des nouveaux entrants privilégient le maintien à domicile. Il y a un impact entre la demande de maintien à domicile, l'offre de maintien à domicile et les coûts des différents modes de prise en charge. Il y a aussi des mesures de soutien plus importantes ces dernières années en faveur des SAAD que des établissements, ce qui fait qu'il y a un effet prix qui joue à la hausse.

Sur un certain nombre de slides qu'on verra ensuite, on se concentrera plus particulièrement sur les SAAD qui sont aujourd'hui le principal facteur explicatif de la hausse.

Ensuite, on a décomposé les différents facteurs de hausse notamment sur les SAAD. L'une des premières étapes était de différencier l'évolution normale de l'allocation toutes choses égales par ailleurs des différents éléments intervenus ces dernières années et qui ont pu influencer sur cette hausse.

En fait, c'est assez compliqué parce qu'il n'y a pas eu une année normale depuis 2015. À partir de 2016, il y a eu l'effet de la loi ASV qui, en 2016, a eu un premier effet en demi-année et ensuite un effet en année pleine, cela s'est donc étalé sur deux années voire probablement plus puisque tous les plans n'ont pas encore été mis à jour et que les nouveaux entrants ont probablement bénéficié de plans d'aides plus élevés que ceux qui quittaient le dispositif. La

hausse s'est donc lissée sur plusieurs années. Ensuite, on a eu le Covid qui a conduit à un certain nombre de dispositifs spécifiques, puis la hausse d'un euro du tarif des SAAD.

M. LOYER.- De l'ensemble des modes.

M. BARBIER.- On a eu ensuite l'avenant 43 en 2021. En 2022, il y aura encore de nouvelles choses.

On voit bien que l'ensemble de ces choix individuels ou de ces décisions, sur lesquelles le Département n'a d'ailleurs pas toujours la maîtrise, a participé à cette hausse.

Au-delà de ces éléments qui ont souvent des effets prix, il y a évidemment une évolution de l'allocation toutes choses égales par ailleurs.

Il y a deux effets, d'abord le fait qu'il y a plus de gens qui bénéficient de l'APA, avec une hausse de 16 % des bénéficiaires entre 2017 et 2021. Par ailleurs, les gens qui ont l'APA ont également plus d'heures, le nombre d'heures a fortement augmenté entre 2017 et 2021.

Cette hausse du nombre d'heures est elle-même liée à deux choses différentes. Il y a de plus en plus de gens en GIR 1, là où la dépendance est la plus forte et où les prises en charge sont les plus coûteuses ; entre 2017 et 2021 le nombre de personnes en GIR 1 a augmenté de quasiment 50 % alors qu'en GIR 4 leur nombre n'a augmenté que de 5 %. Par ailleurs, en GIR 1, on donne plus d'heures qu'on en donnait précédemment. La loi ASV contribue à déplaçonner les plans d'heures et d'autant plus pour les GIR les plus élevés. Ce cumul d'effets conduit à ce qu'on ait globalement beaucoup plus d'heures : une population plus âgée plus nombreuse, plus vieillissante et un nombre d'heures pour ces populations plus élevé. Il est d'ailleurs probable que ce nombre d'heures plus élevé était aussi lié au souhait de développer le maintien à domicile pour des publics qui auparavant relevaient plutôt des EHPAD et qui nécessitaient une prise en charge plus importante puisqu'ils auraient pu à une autre époque être en EHPAD.

Un dernier effet, c'est l'évolution du montant moyen de participation.

M. LOYER.- La participation est proportionnée aux revenus des personnes, elle est proportionnée au tarif des services, ce qui explique la forte augmentation dans le dernier histogramme. Quand on augmente d'un euro la prise en charge des services à domicile, on augmente automatiquement la participation des usagers à due proportion en fonction de leurs revenus. Cette participation va de 0 % pour les revenus les plus faibles à 90 % pour les revenus les plus élevés.

La hausse est principalement liée à cet effet, elle s'explique par des évolutions du nombre de bénéficiaires qui eux-mêmes peuvent varier suivant les tranches. On voit tout de même qu'il y a aussi plus de personnes qui ont des revenus plus importants, qui ont connaissance de l'APA et qui la sollicitent.

M. MANIER.- On comprend bien l'effet par rapport aux revenus plus élevés, mais comment expliquez-vous à l'opposé pour les revenus les moins élevés, les moins 14 % et les moins 8 % ?

M. LOYER.- On voit que c'est limité aux quartiles qui ont une participation très faible et on peut imaginer qu'il y a un renoncement aux droits. Ceux qui ne paient pas continuent à progresser et les premiers quartiles qui paient renoncent aux droits. Il faut savoir que c'est plafonné.

Mme LÉTARD.- Pour ne pas avoir de reste à charge, il faut vraiment avoir un revenu très bas.

M. LOYER.- C'est le minimum vieillesse.

Notre mécanisme départemental prévoit un plafond de la participation pour les personnes qui ont un coefficient de participation inférieur à 60 %, entre 2 000 € et 2 500 €, le reste à charge ne peut pas dépasser 10 % de l'APA. Ces personnes ont un reste à charge plafonné, nonobstant que cela reste des sommes importantes dans leur budget.

M. MANIER.- Avez-vous une idée du pourcentage de personnes âgées qui correspondent à ces revenus sur la population totale du Nord ?

M. LOYER.- Non, on ne l'a pas fait.

Mme LÉTARD.- Il faudrait voir ce que cela représente par catégorie. Ce n'est pas forcément le même poids de population par strate de revenus.

M. BARBIER.- Je pense qu'on peut le faire.

Pour synthétiser les éléments sur les facteurs de hausse, on peut réfléchir en termes de bénéficiaire final. Sur la période 2015-2021, les deux tiers des montants sont liés plutôt à un bénéficiaire final qui est un usager. On a augmenté les montants qu'on versait à l'utilisateur, soit parce que son plan d'aide est plus important, soit parce qu'il y a plus de gens qui bénéficient de ces plans d'aide.

A contrario, il y a environ un tiers où le bénéficiaire final est le secteur, probablement les employés de ce secteur puisqu'on n'est pas en capacité de s'en assurer.

On a pris la période 2015-2021. Si on prenait une période plus courte, ce serait moitié/moitié puisque la plupart des aides au secteur, le +1 €, l'avenant 43 ou les aides Covid, ont été données pendant les deux ou trois dernières années et cela donnerait un camembert un peu différent.

Intervenante.- La partie verte est l'augmentation du nombre de bénéficiaires ?

M. BARBIER.- Absolument.

Intervenante.- Cela n'a rien à voir avec le nombre d'heures ?

M. LOYER.- Non. Le nombre d'heures, c'est aussi la somme de la partie jaune.

Intervenante.- Ce n'est que le nombre de bénéficiaires ?

M. BARBIER.- Oui. Il y a plus de gens qui entrent dans le dispositif et, par ailleurs, les gens peuvent avoir plus d'heures.

Mme LÉTARD.- Quel poids de population représentent ces 25 M€ ? Entre 2015 et 2021, on a augmenté de combien de personnes prises en charge ?

M. BARBIER.- On n'a que les chiffres de 2017. Il faudrait prendre ceux de 2015. Entre 2017 et 2021, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 5 500. Si on devait remonter sur une période plus longue, ce serait beaucoup plus.

Mme LÉTARD.- Sur ces 5 500, dans la moyenne de répartition pour les GIR, est-ce que correspond au paysage global ?

M. BARBIER.- On y reviendra après avec les tendances pour les années à venir.

Vous avez une répartition par territoire. Plus la population est importante, plus le nombre de bénéficiaires est important, c'est assez logique. Vous avez aussi l'évolution par territoire, on voit que c'est un peu différent, on a des territoires qui ont augmenté beaucoup plus vite que d'autres, c'est aussi lié à la typologie de leur population plus ou moins âgée.

Mme LÉTARD.- 25 % dans l'Avesnois et 15 % pour la Flandre. On disait l'autre jour que la Flandre vieillissait vite, mais elle vieillit moins vite que l'Avesnois.

M. LOYER.- La Flandre est plus âgée.

Mme LÉTARD.- Dans les différentes réunions que nous avons eues précédemment, on avait le sentiment que la Flandre était plus impactée que l'Avesnois et on voit paradoxalement que l'évolution de la part des bénéficiaires augmente plus drastiquement dans l'Avesnois. C'est un phénomène qui s'accélère dans l'Avesnois, également dans la Flandre mais qui ne part pas du même point de départ.

M. BARBIER.- L'Avesnois devait être autour de 7 ou 8 % et c'est monté à 10 là où la Flandre devait être plutôt autour de 10 % et est montée à 12.

M. LOYER.- Là aussi, le bassin d'emploi est plus dynamique et on a plus de mal à avoir une adéquation entre le besoin et l'offre.

M. BARBIER.- Dans un deuxième temps, on a travaillé sur un *benchmark*. Le point de départ est le montant de dépense par habitant en euros. On est à 88 € par habitant, ce qui est un peu plus que la moyenne des départements millionnaires et un peu moins que la moyenne des départements au national et dans les Hauts-de-France.

Ce chiffre ne veut pas dire grand-chose dans l'absolu puisqu'il dépend lui-même de beaucoup de facteurs différents.

- Plus on a une population âgée, plus on a d'APA.
- Moins on a de critères d'éligibilité à l'APA, plus on a de bénéficiaires de l'APA.
- Plus on rend accessible la demande d'allocation, plus on améliore l'accès aux droits, plus on réduit les non-recours, plus on a de l'APA.
- Moins on est strict dans le GIRage, plus on a d'APA.
- Plus on attribue d'heures à situations équivalentes, plus on a d'APA.
- Plus on a un mode de prise en charge coûteux, plus on a d'APA puisque, entre un emploi direct et un SAAD, le coût est plus ou moins important.
- Plus on a un coût unitaire de prise en charge coûteux – puisque les Départements ont fait des choix d'articulation des SAAD qui peuvent être différents –, plus on a un coût à l'heure élevé, plus on a d'APA.

Ces différents facteurs peuvent jouer dans des sens parfois contraires et peuvent conduire à des niveaux très différents.

Le point de départ le plus important est le graphique que je vous montre juste après, un graphique en nuages de points. Cela se lit de la manière suivante : pour un taux de 25 % de plus de 60 ans, un département comme le 51 est à 60 € par habitant et, à l'inverse, un département comme le 62 est à 130. Avec des populations du même niveau d'âge, on peut avoir des coûts très différents. Ce graphique permet de mettre de côté le critère de l'âge qui est le principal facteur d'écart entre départements. Plus on est en haut à gauche du graphique, plus on est un

département frugal qui, par rapport à son nombre de personnes âgées, a un coût faible. A contrario, plus on est en bas à droite, plus on est un département volontariste et, à un niveau de population de personnes âgées égal, on a un coût plus important.

Dans ce graphique, on voit que le Département du Nord est plutôt volontariste comparé à la fois aux départements en général et aux départements de la région Hauts-de-France.

M. MANIER.- On aurait eu tendance à faire un graphique inverse, les départements frugaux en bas et les départements volontaristes en haut.

M. BARBIER.- On pourrait inverser l'axe, mais il n'y a pas de raison particulière à cette présentation.

Différents critères permettent d'expliquer le niveau de frugalité ou, à l'inverse, le niveau de volontarisme. On n'est pas capable de tous les avoir puisqu'il n'existe pas de base de données nationale. Typiquement, pour le nombre d'heures, il n'existe pas de base de données qui permette de savoir combien les départements attribuent d'heures en moyenne. On est parfois tributaire de bases de données imparfaites, on doit faire des recoupements, des analyses parfois incomplètes. Ce *benchmark* n'est pas exhaustif, il correspond aux données qu'on peut avoir dans le temps qui est le nôtre.

M. LOYER.- Pour pallier cela, il est prévu la création d'un SI APA national, les départements seront tous équipés d'un SI commun.

M. BARBIER.- Le GIRage est un critère intéressant, on peut éliminer son effet dans la mesure où il y a quelques écarts de GIRage entre départements, mais ce n'est pas très important. Cela s'explique aussi par le fait que la grille AGGIR est elle-même relativement contraignante et il y a peu de marge de manœuvre, les écarts sont surtout sur le GIR 4. La possibilité de faire entrer ou non les gens sur les autres GIR a peu d'impact et ce n'est pas la peine de s'y attarder.

En revanche, il y a des éléments importants sur le niveau de coût pris en charge. On a bien séparé les établissements et les SAAD. On constate que, sur les établissements, le Nord a probablement un des coûts d'APA établissement les plus faibles en France. Ce n'est pas forcément ce qui a le plus d'effets, puisque ce n'est pas là qu'aujourd'hui le nombre de bénéficiaires est le plus important et où le coût de l'APA est le plus important, mais il faut reconnaître qu'on a un coût relativement faible.

Sur l'APA à domicile, le coût par bénéficiaire est relativement élevé, plutôt dans la tranche haute et c'est financièrement plus lourd puisque c'est là que le nombre de bénéficiaires est important et c'est là que cela a augmenté ces dernières années.

M. LOYER.- Les chiffres sont de 2019. Entre deux, ils sont passés à 22 € à partir du 31 décembre 2021. Ce graphique fait cette année serait probablement un peu différent, en particulier dans les Alpes Maritimes qui a le tarif le plus bas et qui est passé de 17,80 € à 22 € cette année. (*Suite inaudible*).

M. BARBIER.- Le graphique de nuages de points sera probablement écrasé par cette hausse. Là où il pouvait y avoir des disparités importantes, elles seront d'autant moins fortes que le coût à l'heure sera plus ramassé dans l'écart de coût entre différents départements.

Au sein même de l'APA bénéficiaire, il y a aussi un effet qui est le choix du mode de prise en charge. Le coût d'un prestataire est de 22 € de l'heure et le coût d'un emploi direct est de 12 €

de l'heure. Plus on a d'emplois directs, plus le coût de l'APA baisse. Or, le Département a par rapport aux autres départements un niveau d'emplois directs relativement faible. Cela s'explique aussi par le choix du Département pendant de nombreuses années de développer le mode prestataire en considérant qu'il était plus qualitatif. C'est un choix volontariste et un coût pour le Département.

M. LOYER.- Deux départements sont des champions de l'emploi direct, Paris pour des raisons sociologiques, et l'Indre-et-Loire, je crois, qui, avant la loi ASV, n'autorisait pas d'autres modes que l'emploi direct.

M. BARBIER.- Le dernier critère sur lequel on peut constater des écarts, c'est le coût horaire des SAAD. Le graphique qu'on vous propose n'est pas tout à fait satisfaisant, d'abord parce qu'il ne prend pas la totalité des secteurs, mais uniquement le secteur non tarifé, et ensuite parce que, dès lors que l'on va passer à 22 € de l'heure, il n'aura plus de raison d'être. On voulait le montrer pour expliquer qu'une partie des écarts dans les graphiques présentés précédemment était liée au fait que l'on peut avoir des tarifs extrêmement différents entre départements.

❖ Perspectives d'évolution des dépenses d'APA dans le Nord compte tenu du vieillissement de la population

M. BARBIER.- Je passe aux projections.

Elles se basent sur les projections démographiques faites par l'Insee, sur le nombre de personnes âgées et également le niveau de dépendance. Elles montrent que la hausse sera de 12,5 % entre 2021 et 2030 là où elle était de 6 % au cours des années précédentes.

Il y a un enjeu d'accès aux droits, puisqu'entre 2015 et 2021, le nombre de personnes dépendantes n'a augmenté que de 6 %. Or, le nombre de bénéficiaires de l'APA a augmenté sur une période plus courte entre 2017 et 2021 de 16 %. Le nombre de bénéficiaires de l'APA a augmenté deux fois plus vite que le nombre de personnes dépendantes.

Autrement dit, sans vouloir être pessimiste, si le nombre de personnes dépendantes augmentait de 12 % et que ce rythme se maintient, cela augmenterait plutôt de 25 %. Cela présuppose que les difficultés d'accès aux droits n'ont pas été résorbées et qu'on va continuer à améliorer l'accès aux droits. Ce gros facteur d'incertitudes fait que les données qu'on va présenter après sont à prendre avec beaucoup de prudence.

M. LOYER.- L'accès aux droits est un élément très important et c'est un peu la faiblesse du système. Clairement, les relais autonomie et le fait de rapprocher les points d'accueil ont un effet pour un meilleur accès aux droits. On était classé au niveau national en 2015 assez bas en termes de nombre de personnes dans le dispositif de l'APA sur le nombre de personnes de plus de 65 ans, on est remonté au niveau de la moyenne nationale, mais sur l'accès aux droits au regard des chiffres de l'Insee et de la dépendance des personnes, on est encore sur un facteur qui pourrait être plus important. Il y a encore beaucoup de travail à faire.

Mme SCAVENNEC.- Je comprends la projection par rapport au nombre de seniors, mais, compte tenu du fait que l'évolution des personnes dépendantes augmente plus vite que le nombre de seniors entre 2015 et 2021, qu'est-ce qui vous permet de dire que ce phénomène n'existe pas entre 2021 et 2030 ?

M. BARBIER.- Je m'exprime mal. Il y a trois étapes du raisonnement. Il y a des personnes plus âgées, les personnes plus âgées sont plus dépendantes et ces personnes dépendantes entrent dans l'APA. On constate que, sur la période 2015-2021, on a eu 10 % de personnes âgées en plus qui ont fait 6 % de personnes dépendantes en plus, qui ont fait 14 % de personnes qui entrent en APA en plus, voire plus parce que la période n'était pas la même.

On constate qu'il y a beaucoup plus de personnes qui entrent dans l'APA que de personnes qui deviennent dépendantes.

Mme LÉTARD.- Je ne comprends pas. Il y a plus de personnes qui entrent en APA par rapport au nombre de personnes dépendantes et, dans le même temps, dans les statistiques générales, on constate une diminution des GIR 4 proportionnellement.

M. BARBIER.- Ce sont des personnes qui étaient en GIR 4 et qui ont basculé en GIR 3, 2 et 1.

Mme LÉTARD.- Il est étonnant qu'il y ait plus de demandes d'APA que d'augmentation du nombre de personnes dépendantes. Qu'est-ce que cela veut dire concrètement ?

M. LOYER.- C'est clairement de l'accès aux droits. On part d'un point qui, par rapport aux personnes âgées, était plus bas que la moyenne nationale.

Mme LÉTARD.- C'est pourquoi je pose la question du GIR 4. L'accès aux droits était plus bas mais on peut imaginer que, s'il y a un meilleur accès aux droits, il va d'abord concerner les GIR 4.

Je ne comprends pas le chiffre des GIR 4 par rapport à ces chiffres-là. Malgré tout, la proportion des GIR 4 par rapport aux 3, 2 et 1 est moins importante.

M. LOYER.- Il y a aussi un effet où les personnes ne veulent plus aller en EHPAD, elles restent à domicile au maximum. Clairement, en EHPAD, on a beaucoup moins de tension.

M. BARBIER.- On n'a pas les chiffres en valeur absolue. Je pense que, au début de la période, comme on était au tout début de la vague du vieillissement, on avait peu de GIR 1. Il en suffit de peu en plus pour augmenter de 50 %, le GIR 4 constituait le gros du bataillon et une arrivée significative en plus n'engendre pas des hausses très fortes.

Ce sont des hypothèses que l'on n'a pas forcément beaucoup creusées parce qu'on a peu les moyens de mesurer le non-recours aux droits et l'impact que cela peut avoir. Il nous faudrait faire des simulations plus poussées là-dessus on peut essayer de le faire. *(Suite inaudible)*.

Mme LÉTARD.- Il ne faut comparer qu'en pourcentage, mais également en nombre de bénéficiaires, cela éclairerait peut-être. C'est vrai que les masses pour le GIR 1 font tout de suite beaucoup. Pour autant, si on a le nombre de bénéficiaires, on peut comparer les deux.

M. LOYER.- On va vous transmettre des données supplémentaires.

M. BARBIER.- Pour répondre à votre question, plus 6 % de personnes dépendantes donnaient au moins plus 15 % de bénéficiaires de l'APA. On pourrait se dire que plus 12 % de personnes dépendantes peuvent donner plus 25 % ou 30 % de bénéficiaires de l'APA, mais ce n'est vrai que si le « retard » dans l'accès aux droits se maintient.

A contrario, on peut penser que les gens sont beaucoup plus au courant que le dispositif existe, que le non-recours aux droits est moindre et que l'écart entre le nombre de personnes

dépendantes et le nombre de personnes entrant dans l'APA sera moins fort. Or, pour le mesurer il faudrait être capable de calculer le non-recours aux droits que nous ne connaissons pas.

Mme SCAVENNEC.- C'est donc finalement assez optimiste.

M. BARBIER.- Si on passe au *slide* suivant « Projection des dépenses d'APA à horizon 2030 », sachez qu'on ne s'est pas du tout basé sur ces hypothèses démographiques parce que les écarts sont tels qu'on se trouve avec des chiffres très différents. On a pris deux hypothèses un peu plus basiques.

- La courbe orange, c'est si l'allocation continue d'augmenter à la même vitesse que les années précédentes, y compris les effets conjoncturels type avenant 43. On considère que chaque année a été exceptionnelle depuis 2015 et qu'il n'y a pas de raison que cela s'arrête.
- La courbe bleue est une courbe où on dit qu'on ne fera pas d'avenant 43 tous les ans, pas non plus de +1 € pour les SAAD. Globalement, le premier effet a été assez important sur les dernières années en termes de soutien aux structures et, du coup, on prend uniquement les effets démographiques de la tendance constatée dans le passé. Malgré tout, la hausse reste relativement significative.

Pour le dire différemment, la courbe bleue est la courbe mini, la courbe orange est la courbe moyenne.

Sur les recours que l'on peut avoir pour limiter l'allocation, à ce stade, on réfléchit à un certain nombre de mesures, mais aucune n'est aujourd'hui suffisamment avancée pour qu'on ait une présentation détaillée.

On a identifié quelques thématiques dans le cadre de nos travaux.

M. LOYER.- C'est moins pour diminuer l'allocation que pour la maîtriser. La courbe bleue, ce n'est que le minimum sans augmentation des services à domicile, cela ne sera pas le cas. La courbe rouge est la prolongation de ce que l'on fait actuellement, on sait que ce sera difficilement tenable. Si l'on regarde les tendances entre 2015 et 2021, on constate que la courbe est nettement plus élevée, il y a les primes des salariés à domicile, mais, hormis cela, on est probablement sur une courbe plus exponentielle, d'où l'intérêt de bien la maîtriser.

M. BARBIER.- Là, on n'a qu'une courbe des dépenses, mais l'État verse des recettes qui augmentent chaque année. L'évolution de la charge nette n'est donc pas aussi importante. Malgré tout, il y a toujours une sous-compensation et une bonne partie de la hausse reviendra au Département.

M. MANIER.- Les compensations de l'État sont meilleures depuis quelques années ?

M. LOYER.- Non, elles sont à peu près au même niveau global, autour de 30 %.

M. BARBIER.- Le taux de couverture par l'État reste le même, mais, si l'État prend en charge entre 33 et 37 % tous les ans, si l'on reprend 10 M€, l'État nous donnera 3 M€ et nous aurons 7 M€ à trouver. Il y a bien une recette à attendre de l'État, mais elle sera loin d'être au niveau de la hausse qu'on va constater.

M. LOYER.- Je passe au *slide* suivant et aux différentes thématiques.

Le premier axe de travail est l'articulation avec les autres dispositifs médicosociaux. L'une des problématiques, c'est que les dispositifs se chevauchent un peu entre les différents éléments : l'hospitalisation à domicile, le rôle des infirmières, le rôle de l'infirmière dans la toilette, un certain nombre d'éléments qui sont à la limite du sanitaire et du social et qui nécessitent une connaissance des dispositifs. On a travaillé avec nos confrères de l'ARS et de la CARSAT à un guide des prestations qu'on a rédigé récemment reprenant l'intégralité de leurs dispositifs pour le communiquer. On a un axe particulier sur les sorties d'hospitalisation qui sont souvent prises en charge par l'APA, alors que, normalement, l'APA n'a pas à couvrir une perte relativement temporaire des capacités. Or, notre dispositif actuel est souvent mobilisé pour cela parce qu'il est le mieux connu.

On a un travail sur l'évaluation des plans d'aide, c'est probablement un sujet plus complexe qu'un sujet purement financier. Contrairement à la PCH, il n'y a pas de manuel national. Les 13 prestations qui sont prises en charge par l'APA ne sont pas détaillées dans un guide, un référentiel en heures. On fait ce travail, on a tiré des analyses des différents secteurs et le but est surtout d'homogénéiser. Ce n'est pas qu'un prisme financier, le but est d'homogénéiser les pratiques interdépartementales. On ne pourra maîtriser que ce que l'on connaît parfaitement avec le même dialogue, les mêmes définitions et le même référentiel.

Ensuite, les modes et le contrôle de l'intervention : le mode, c'est la répartition entre l'emploi direct et les services à domicile puisqu'on est sur un prix de quasiment 1 à 2. L'APA est plafonnée à un montant en euro ; selon son GIR, on a un montant maximal qu'on peut mettre. Les heures sont évaluées et elles sont ensuite écrêtées par ce plafond en euros. Le fait d'avoir de l'emploi direct permet aussi à certains qui arrivent à leur plafond d'avoir plus d'heures. Quand on réalise un plan d'aide, on l'évalue suivant une méthode et, ensuite, on regarde si le volume d'heures pour la prise en charge départementale ne dépasse pas le plafond. Les gens n'ont pas toujours le besoin qu'ils ont décrit et ils peuvent être écrêtés. Le fait d'avoir des heures moins tarifées, moins chères permet d'avoir plus d'heures.

M. CATHELAIN.- Cela dépend si c'est avec l'emploi direct.

Mme LÉTARD.- Si je comprends bien, vous pouvez faire un mélange entre emploi direct et services d'aide à domicile, sachant que le service d'aide a un coût nettement supérieur et que l'emploi direct permet de compléter sur des prestations moins qualitatives, qui ne demandent pas la même expertise professionnelle ou le même niveau de qualification. Ce n'est plus du soin, c'est de l'entretien, du ménage, des repas. On peut avoir un mix entre les deux.

M. LOYER.- Le but n'est pas de favoriser l'emploi direct, mais plutôt de réaliser des plans de vie. Faire des gestes au corps, c'est compliqué, en emploi direct c'est possible, mais c'est une porte ouverte à un certain nombre de choses.

Mme LÉTARD.- Les emplois directs, c'est soit passer par des structures intermédiaires, soit traiter directement de gré à gré ?

M. LOYER.- C'est cela. L'emploi direct, c'est du gré à gré. *(Suite inaudible)*

Mme LÉTARD.- Il y a trois niveaux. L'emploi direct, c'est le gré à gré ; le mandataire a un coût et le prestataire est nettement supérieur.

M. CATHELAIN.- Nous avons fait le choix du prestataire.

M. LOYER.- Dans certaines situations, l'emploi direct a son intérêt. Il faut avoir quelqu'un prêt à intervenir – à Paris, l'offre est plus importante que dans nos départements –, peut-être pas pour tous les gestes... *(Suite inaudible)*.

En prestataire, on ne choisit pas qui intervient chez soi, on peut avoir 17 personnes au cours du même mois. En emploi direct, on a toujours la même personne puisqu'on a une relation contractuelle. Dans certaines situations, c'est plus favorable, mais pas dans toutes les situations. C'est pourquoi on a une approche mixte avec la possibilité de faire les deux.

Mme LÉTARD.- Emploi direct, je vois ce que c'est. Mandataire ?

M. LOYER.- Le mandataire, c'est de l'emploi direct sur lequel il y a une intermédiation d'une entreprise qui fait les fiches de paie et le recrutement, mais la personne sera tout de même l'employeur. C'est le mode qu'on a le moins préconisé.

(Suite inaudible).

Le problème de l'emploi direct est la mise en relation. Les personnes connaissent la personne avec laquelle elles veulent contractualiser. Ce n'est pas évident pour des GIR 1 ou 2 isolés de faire de l'emploi direct.

On a un élément important de l'élément financier, le contrôle d'effectivité. Seulement 80 % des heures sont réellement effectuées. On attribue 100 heures et seules 80 sont prestées. Pour l'instant, on n'a pas d'outil, le but est de contrôler que les services à domicile sont bien passés. On fait des campagnes de contrôles, on interroge les usagers pour savoir si les personnes badgent et les données sont télétransmises.

Mme LÉTARD.- Nous avons été interpellés par certains services à domicile qui, en termes de qualité de prise en charge et d'adaptation aux besoins des personnes âgées avec des moyens contraints, souhaitent avoir plus de souplesse dans la gestion des heures, c'est-à-dire une globalisation des heures. Comment pouvez-vous effectuer ce contrôle et une analyse fine sur la réalité de l'exécution de la prestation si l'on avait une approche plus globale de ce type ? Est-il possible d'avoir un contrôle assez fin tout en laissant plus de souplesse ? Un certain nombre de services d'aide à domicile nous disaient qu'il pouvait y avoir une période où la personne âgée avait moins besoin d'heures, d'autres périodes dans l'année où cela pouvait monter en puissance et cela leur permettrait d'avoir plus de souplesse dans la gestion de l'organisation.

M. LOYER.- C'est un sujet qui n'a pas été à son aboutissement et qui est à explorer. Dans l'évaluation, la semaine type d'intervention apparaît. On les a supprimées deux fois et on les a remises trois fois à leur demande puisqu'il n'y a pas de consensus en la matière. C'est assez compliqué.

Si on leur enlève la semaine type, l'usager leur demande de faire ce qu'il souhaite. Or, ce n'est pas forcément ce qu'il y a dans son plan. Beaucoup de SAAD demandent de remettre la semaine type parce que cela donne un cadre.

On est toujours entre ces deux tendances, le fait de laisser de la liberté d'organisation, mais il faut que l'évaluateur soit prescripteur du plan d'aide. S'il ne l'écrit plus, cela pose un problème. On a essayé des modèles alternatifs mais il faut finalement les remettre pour donner un cadre.

Cette souplesse qui est demandée est souvent le fait de fédérations des SAAD...

Mme LÉTARD.- Les ADMR nous en ont parlé aussi.

M. LOYER.- (*Inaudible*).

M. BARBIER.- Cela aurait par ailleurs un coût financier non négligeable puisque cela augmenterait le taux d'effectivité. Un point de taux d'effectivité représente 1,3 M€. Nous sommes à 80 % de moyenne et, si on montait ne serait-ce qu'à 90 %, cela coûterait 13 M€.

Mme LÉTARD.- Cela veut dire que, quand on fixe un plan d'aide à 100 %, on provisionne 100 %. Ce n'est donc pas au bénéfice des personnes âgées non plus.

M. LOYER.- Des éléments d'effectivité entrent en jeu. Par exemple, si la personne part à l'hôpital, le service à domicile est suspendu après la première semaine (*suite inaudible*).

Mme LÉTARD.- Est-ce que le reste à charge peut être une raison de la non-effectivité du 100 % ?

M. LOYER.- Oui.

Mme LÉTARD.- Il y a donc une régulation par la personne elle-même du nombre d'heures qu'elle veut véritablement utiliser. Est-ce que c'est une part significative ou pas ?

M. LOYER.- C'est toujours compliqué. Oui, c'est une part significative, mais on n'a vu le taux d'effectivité bouger quand on a augmenté la prise en charge. Il est difficile de connaître les éléments, il faudrait pouvoir interroger individuellement les usagers, mais, effectivement, il y en a probablement qui considèrent que leur facture est trop élevée et qui ne veulent pas payer plus.

On a tout de même l'impression que ce n'est pas le motif premier, mais les absences sont un motif.

Mme LÉTARD.- Pensez-vous qu'il serait utile d'avoir un petit groupe de travail, une petite réflexion approfondie sur cette question du mode opératoire avec les services d'aide à domicile, avec un certain nombre de têtes de réseau, ou est-ce que le tour de la question a déjà été fait avec eux ?

M. LOYER.- Clairement, nous avons besoin de communiquer avec les têtes de réseau. Nous avons fait un gros effort au niveau de 2018 avec le livre vert des SAAD et le dialogue... (*Suite inaudible*).

Mme LÉTARD.- Ne serait-ce que sur ce sujet, pour avoir un débat constructif avec des bornes – on a bien conscience qu'on ne peut pas non plus ouvrir à tout –, mais pour avoir une réflexion approfondie sur le mode d'emploi le plus adapté, le plus efficient pour une bonne prise en charge, tout en mesurant évidemment les conséquences financières qui doivent être maîtrisées.

Par rapport à l'évolution des services, voyez-vous la nécessité de retravailler quelque chose ?

M. LOYER.- C'est toujours intéressant de le faire. (*Suite inaudible*).

M. MANIER.- Par rapport au tableau sur les données bénéficiaires payés, j'ai deux questions.

On observe sur le nombre de bénéficiaires en droit ouvert des baisses en décembre 2020 et en mars 2022, c'est tout de même curieux par rapport à l'évolution exponentielle.

Ensuite, le nombre de bénéficiaires en droit ouvert en décembre 2021 est de 34 559. Quand on regarde le nombre de bénéficiaires payés, emplois directs, SAAD ou mandataires et qu'on les additionne, c'est bien au-delà de 34 559.

M. LOYER.- Sur la première ligne, il y a un problème de nettoyage de la base en 2021. *(Suite inaudible).*

M. MANIER.- C'est une erreur et cela ne correspond pas à la réalité.

M. BARBIER.- Ce tableau en annexe montre que l'on doit jongler entre deux dimensions : les coûts d'année et les comptes administratifs. Ce ne sont pas les mêmes chiffres parce que des effets de report et de rattachement font que l'on peut passer de l'un à l'autre. Dans certains graphiques, vous ne verrez pas les mêmes montants. Dès que l'on peut, on raisonne en coût d'année parce que c'est plus pertinent pour voir l'évolution de l'allocation. Par contre, notamment dans le cadre des recettes, comme les recettes que donne l'État sont en CA, on raisonne en CA.

De plus, on ne raisonne pas en payable, mais en payé. Là aussi, il y a un décalage. Quand on parle du nombre d'heures ou de bénéficiaires, en fonction de ce qui est le plus pertinent, on peut passer de l'un à l'autre.

M. MANIER.- Deuxième question : en décembre 2021, le nombre de bénéficiaires en droit ouvert est de 34 559. Quand on additionne emplois directs, mandataires et prestataires, on est à plus de 40 000.

M. LOYER.- Je pense que le nombre de bénéficiaires payés, c'est le nombre de versements. Il peut y avoir plusieurs versements aux bénéficiaires au cours du même mois. Quand il y a un plan mixte, on a pris deux fois le bénéficiaire, cela n'a pas été retraité. Quelqu'un qui aurait un versement bénéficiaire et un versement SAAD serait compté deux fois. *(Suite inaudible).*

M. BARBIER.- Vous avez l'impact de la hausse si on le rapporte en points de fiscalité. En ordre de grandeur par rapport à 2021, cela fait des hausses entre 100 et 150 M€ sur le scénario entre l'optimiste et le médian, cela représente la moitié ou un tiers du budget de la collectivité ou la totalité des budgets. Ce sont effectivement des montants assez significatifs pour la comptabilité départementale. Si on les prend en stock et pas en flux, c'est-à-dire en cumul de l'ensemble des hausses, on ne doit pas être loin du milliard d'euros.

Mme GREAUME.- Je voudrais poser une question... *(Madame GREAUME, en visio, est inaudible en salle).*

Si on ne m'entend pas, je me déconnecte.

Mme LÉTARD.- Je pense que nous avons fait un bon tour de paysage sur les chiffres et les perspectives.

Messieurs, merci beaucoup pour ces éléments qui nous permettent de mesurer l'étendue du sujet et, surtout, ce qui s'ouvre à nous. On aura une année 2022 un peu compliquée parce qu'on ne connaît pas une partie de l'équation, qui ne dépend pas de nous. Nous marchons sur des œufs et c'est d'autant plus important pour nous d'avoir une bonne visibilité du champ des possibles et des conséquences que pourraient avoir les différents scénarios qui pourraient se poser sur la situation de notre Département et de notre capacité là-dessus.

Merci beaucoup pour ces éléments, Messieurs. On vous souhaite bon courage et à bientôt.

(Départ des représentants de la DA et de la DFCG)

❖ **Impacts des réformes sur les acteurs de l'aide à domicile : UNA, UDCCAS, FEDESAP, SYNERPA, FEPEM, ADMR, URIOPSS**

(Entrée en séance des représentants des services à domicile et de l'emploi direct)

Mme LÉTARD.- Mesdames et Messieurs, merci d'être venus à cette nouvelle séance de la mission d'information.

Aujourd'hui, notre séquence s'attache à faire l'état des lieux de l'évolution des dépenses d'APA dans le Nord. Nous avons commencé par entendre les services de la direction de l'autonomie et nous enchaînons avec vous, Mesdames et Messieurs, sur cette question éclairée par les fédérations représentatives des services d'aide à domicile.

Comme la dernière fois, l'un d'entre vous va peut-être donner un petit propos liminaire au nom des collègues, vous essayez d'avoir une parole unique, complétée ensuite par les spécificités de chacun et chacune. On vous laisse intervenir tout de suite en fonction du questionnaire qu'on vous a envoyé comme à l'habitude et que vous complétez des éléments qu'il vous paraît utile de porter à notre connaissance.

UNA Nord.- Effectivement, on s'est concerté au préalable pour faire une présentation avec un temps de parole réparti. On est convenu entre nous que la première partie porterait sur le volet juridique avec rappel des règles de la tarification des SAAD.

En 2017, il y a eu la mise en place d'un montant de prise en charge unique dans le département du Nord qui a remplacé le système de tarification des services d'aide à domicile. À l'époque, le montant de prise en charge unique a été fixé à 21 €, avec un différentiel autorisé plafonné à 10 % de l'ASPA et, sur le volet PCH, le même montant de prise en charge mais, pour des structures qui avaient un volume d'heures conséquent, un CPOM qui leur permettrait de compenser les surcoûts liés à la spécificité de la prise en charge de la PCH.

Cette modalité de financement des services d'aide à domicile n'existe pas dans la loi et ne fait pas partie des options. Il y a trois options possibles. Par exemple, si vous partez sur une tarification, selon le système qui était pratiqué avant, il y a une tarification propre à chaque service, il y a le système de la dotation globale et il y a les CPOM. Ce sont ces hypothèses qui doivent être étudiées quand on applique le code de l'action sociale et des familles.

Pour ce qui est de la première hypothèse, la tarification horaire est propre à chaque service, elle comprend les dépenses afférentes aux rémunérations des aides à domicile, elle est basée sur un nombre annuel d'heures prévisionnelles et elle prend en compte le coût horaire des structures ainsi que le coût horaire de coordination d'encadrement et de soins.

Actuellement et ce, depuis 2017, les charges ne sont pas couvertes par les recettes. On n'est plus sur une analyse des comptes administratifs et le budget n'est pas à l'équilibre. La loi prévoit une reprise des déficits, déficits qui aujourd'hui sont toujours à la charge des services d'aide à domicile depuis cinq ans. Les surcoûts supportés par les services d'aide à domicile ne sont pas pris en charge et, pour autant, les missions qu'ils doivent apporter découlent des plans d'aide et de la prise en charge sept jours sur sept. Ne sont pas couverts les surcoûts liés à la prise en charge des week-ends et jours fériés, les surcoûts liés à la fragmentation des interventions, le coût des transports ainsi que toutes les spécificités de l'accompagnement de certains publics.

Aujourd'hui en 2022 et principalement aussi pour les structures relevant de ... (??) depuis octobre 2021, on a une augmentation considérable du coût complet des structures. Il y a de multiples facteurs, les plus impactants étant l'augmentation de la masse salariale entre 20 % et 30 % pour les SAAD impactés par l'avenant 43 et les augmentations successives du SMIC indexé sur l'inflation, pour lesquelles on a du mal à avoir de la visibilité.

Pour conclure, notre problématique aujourd'hui est que l'on confond tarification et montant de prise en charge APA et PCH. Pour l'APA, c'est bien une prestation en nature, elle est confondue à l'heure actuelle avec la tarification et, pour autant, il s'agit juste d'une perception directe par le SAAD par un mode de tiers-payant.

C'est bien le bénéficiaire qui est éligible à l'APA ou à la PCH. La tarification du service d'aide domicile, c'est un autre sujet. Pour rappel, le plus important est que les charges doivent être couvertes par les recettes.

ADMR.- C'est vrai que beaucoup de changements ont eu lieu ces dernières années et il était important pour nous de rebalayer cet historique. Moi-même, je n'étais pas présente en 2017 et il faut connaître toute cette évolution pour comprendre aujourd'hui pourquoi nous en sommes arrivés là, pourquoi nous vous avons fait état de toutes nos difficultés et du fait que la situation est aujourd'hui devenue beaucoup trop périlleuse.

Ce que nous avons tous soulevé malgré tout au cours des échanges que nous avons eus, c'est la qualité d'écoute, la qualité des échanges, ce jeu de ping-pong entre vous et nous, on a dit tout ce qu'on avait à dire et, vous l'avez souligné la dernière fois, on n'y est pas allé avec le dos de la cuillère. Il est important pour nous de vous expliquer un peu dans quelle situation nous nous trouvons, une situation qui n'est évidemment pas inéluctable, il y a des solutions, des évolutions possibles fort heureusement, on a un vrai rôle à jouer que l'on soit en forme d'entreprise, d'association ou de CCAS.

Aujourd'hui, avec tout ce que vous savez de nos services, de nos points forts et de nos difficultés, de manière très officielle, nous aimerions que vous soyez un interlocuteur pour nous au niveau des services d'aide à domicile au niveau départemental dans un premier temps et, pourquoi pas après, à un niveau supérieur parce que nous nous sommes vraiment sentis entendus, écoutés et compris et on aimerait pouvoir construire un nouveau système.

On a des propositions à vous faire, qu'on va vous remettre comme vous nous l'avez demandé, mais, pour cela, on a besoin d'avoir des échanges, un dialogue, il faut une co-construction qui prenne en compte les spécificités de chacune de nos structures et on aimerait que ce dialogue se poursuive avec vous, cela nous paraît indispensable. Il y a eu une qualité d'échange, une richesse dans les propositions. On a bien conscience que vous avez des contraintes au niveau du Département, mais on aimerait construire un nouveau système avec vous. C'est une demande sur laquelle nous sommes tous unanimes.

Je poursuis.

Comme la question était vraiment sur la partie financière pour cette séance d'aujourd'hui, beaucoup de questions tournent autour de nos coûts et on s'est dit qu'il serait bien que chaque structure puisse vous présenter ses coûts, de manière bien évidemment non détaillée, pour que vous ayez une idée chiffrée de ce que cela représente au regard de l'APA et de ce qu'a pu introduire Hélène tout à l'heure sur les charges.

Dans un premier temps, je voudrais souligner que, entre 2017 et 2022, le SMIC a augmenté de 12,95 %. Si l'on appliquait la même augmentation à l'APA, l'APA serait aujourd'hui de 23,71 €.

Concernant notre réseau ADMR, avec l'avenant 43, nous avons vu une augmentation de nos coûts salariaux de 24,4 %.

Je vais juste donner deux chiffres pour ne pas trop vous perdre non plus.

En 2021, avant l'application de l'avenant 43, nous avons un coût d'intervention, uniquement la partie salaire plus frais kilométriques, de 22,59 € par heure. Ces 22,59 € ne prenaient pas en compte les frais de structure, de téléphonie, de gestion etc., hors modulation également.

En 2022, avec la revalorisation de nos salaires avec l'avenant 43, ce coût est porté à 27,76 € par heure et, là encore, sans les frais afférents aux loyers, à la téléphonie, à la gestion, etc.

CCAS.- Au niveau des CCAS, le coût de revient horaire moyen varie en fonction de plusieurs facteurs, mais, sur la moyenne, en prenant tout en compte, y compris les frais de structure, cela revient en moyenne à 27,70 €. Les coûts vont de 25,83 € à 35 €, tout dépend si des services supports peuvent être pris en charge ou non par d'autres services du CCAS ou de la ville, s'il y a des mises à disposition de locaux ou non, etc.

Un critère pèse beaucoup sur les services publics, c'est quand les SAAD ont recours à des titulaires qui ont des contrats supérieurs à 28 heures par semaine. Dans ce cas, quand les titulaires sont en arrêt, c'est le service d'aide à domicile qui doit payer les indemnités journalières étant donné que c'est un régime de la fonction publique. Cela impacte aussi énormément les budgets puisqu'on a aussi parfois des personnes de plus de 50 ans ou 55 ans qui ont été exposées à des risques professionnels, qui ont aussi des difficultés liées au métier. Ce coût de remplacement pour les titulaires est aussi une charge importante.

Mme LÉTARD.- Au travers de votre explication, il y a une chose que je ne connais pas bien et qui est intéressante, c'est la moyenne d'âge des intervenants à domicile dans les services d'aide. C'est important et intéressant de savoir quelle est l'évolution démographique des gens qui interviennent dans ces services.

CCAS.- En termes de perspectives, quand on parlait d'évolution en termes de GVT et GPEC dans les dernières questions, il y avait un constat de risque d'augmentation des arrêts pour inaptitude en raison des agents qui seraient vieillissants, qui atteindraient les tranches plus de 50 ou plus de 55 ans. C'est un constat un peu général qui a pu être observé, d'autant que, avec les problèmes de recrutement, ces personnes assurent plus d'interventions étant donné qu'elles doivent pallier la pénurie de recrutement, elles ont donc une charge de travail souvent plus importante et, de par leur expérience, elles font face plus facilement aux difficultés. Dès qu'il y a un obstacle, elles ont une tolérance à la difficulté et aux obstacles qui peuvent se présenter dans les interventions parfois plus importante que les jeunes professionnels qui interviennent. Tout cela ajoute encore une charge sur les conditions physiques et les risques professionnels.

Mme LÉTARD.- Il serait intéressant, pour nous comme pour vous, de mesurer comment cette situation risque d'évoluer. Par rapport aux ressources humaines, tant dans cette réalité qu'il faut prendre en compte que dans l'organisation même de vos propres équipes, ce sera quelque chose à prendre en compte. De plus, d'un point de vue territorial, quand on voit que, dans certains territoires, on commence à avoir des difficultés potentielles de recrutement de

personnels qui pourraient venir dans ces services, cela permet d'anticiper les choses, de regarder comment construire une réflexion partagée sur le sujet.

Ce n'est pas maintenant mais, dans les réflexions que l'on doit avoir en tête pour l'avenir, c'est aussi quelque chose qu'il ne faut pas négliger.

UNA Nord.- On a quelques données sur le modèle emplois directs et mandataires. 60 % des assistants de vie dans le Nord partiront à la retraite en 2030. C'est demain.

Cette question de l'attractivité des métiers a beaucoup été évoquée lors de la dernière audition et c'est un sujet qui est une priorité portée par l'ensemble des personnes ici présentes.

ADMR.- Chez nous au niveau de l'ADMR, 57,4 % des salariés ont plus de 45 ans et la part des plus de 55 ans est de 27,8 %.

CCAS.- Le coût de revient dépend de plusieurs facteurs, selon qu'il y a des mises à disposition de locaux ou non, etc., mais ce montant ne prend pas en compte les déficits qui se répercutent d'une année à l'autre, ni la revalorisation qui est prévue pour nous, dont on ne sait pas encore selon quelles modalités elle interviendra. Ce coût de revient dépend aussi des éléments de qualité de vie au travail proposés : est-ce que l'on paie les interventions, c'est-à-dire le temps entre chaque intervention, au temps réel, est-ce que l'on applique un forfait, est-ce que l'on compte automatiquement 10 minutes entre deux interventions, est-ce que l'on prend en charge les frais kilométriques au tarif réel ou est-ce un forfait annuel ? Beaucoup d'éléments font varier ce coût.

Par ailleurs, toutes les nouvelles obligations pèsent sur les budgets : les évaluations externes, la modernisation des services tels que la télégestion, tout ce qui est mis en place en termes de qualité de vie au travail, les réunions d'équipe. Ce sont des métiers aussi où les auxiliaires de vie sont seules face à des situations parfois très complexes et tous les temps qui ne sont pas en face-à-face ne sont pas financés.

Le Département a pris quelques initiatives cette année, des supervisions et les temps de présence à ces supervisions sont pris en charge, mais ce sont des actions ponctuelles. Or, ces personnes ont besoin à la fois d'être accompagnées dans leur travail et de pouvoir participer à des réunions avec des collègues pour partager ce qu'elles vivent au quotidien.

Pour que les nouveaux professionnels puissent être intégrés et durer dans leur nouveau métier, il faut aussi pouvoir les accompagner dans le démarrage de leur emploi, pouvoir intervenir en binômes, avoir des réunions d'intégration au démarrage du métier ainsi que des temps de formation. Tous ces temps à ce jour ne sont pas financés.

Avec toutes ces variables, on est sur une moyenne plutôt à 27,50 €.

Mme LÉTARD.- Vous parlez tous de déficits annuels non couverts. Qu'est-ce que cela représente ? À quelle hauteur cela impacte le fonctionnement et les finances de vos structures ?

Intervenante.- 200 000 €.

Mme LÉTARD.- Par an et par structure ? Ce que vous dites est pour une structure qui représente combien d'intervenants ? Il faudrait avoir quelques éléments qui nous permettent de mesurer cela.

Intervenant.- Dans l'absolu, un chiffre n'a pas beaucoup de sens. Il vaudrait mieux parler en pourcentages au regard du budget global de la structure.

Intervenant.- Si l'on a une lecture mathématique de ce qui est dit depuis tout à l'heure, avec un prix de revient toutes charges comprises qui tourne autour de 27,50 € et une tarification à 22 €, potentiellement, si on n'y prend pas garde en tant que gestionnaires, on a 25 % de déficit structurel.

En interne, on arrive à jouer, on fait attention sur les fonctions supports, il y a des mutualisations, etc., mais, peu ou prou, aujourd'hui, pour un SAAD qui n'a qu'une activité SAAD, APA et PCH, dès le 1^{er} janvier, vous savez que vous devrez encaisser un déficit autour de 10 ou 15 % à minima, même si vous faites très attention dans la gestion de vos budgets.

Intervenant.- Cela dépend beaucoup du service support qui est derrière. Au CCAS de Marcq-en-Barœul, un SAAD est toujours en train de baisser, le même service support est derrière et le déficit a tendance à s'accroître.

Intervenant.- Vous faites très bien de parler du SAAD du CCAS. Mesdames et Messieurs, vous êtes élus, de près ou de loin vous avez été amenés à siéger dans un conseil d'administration de CCAS et vous savez qu'aucun SAAD porté par un CCAS n'est équilibré. Tous les ans, il y a un budget supplémentaire pour équilibrer les comptes. Il n'y a aucune raison qu'un CCAS gère moins bien qu'un autre opérateur. Structurellement, cela perd de l'argent. De ce fait, beaucoup s'interrogent sur le maintien de l'activité, beaucoup de CCAS nous interpellent en nous proposant de reprendre leur SAAD.

Les élus voient bien qu'on ne peut porter au-delà parce que, économiquement, ce n'est pas viable.

CCAS.- Pour autant, c'est apporter une ressource d'emplois, un service de proximité, cela peut faire bénéficier les personnes âgées de tous les autres services du CCAS : animation, service contre l'isolement, SSIAD, tout un panel d'activités. Pour autant, c'est un questionnement aussi pour les élus.

Mme LÉTARD.- Il faut trouver la bonne équation mais, il faudrait connaître ce delta qui reste annuellement et qui couvre la différence entre les 22 € et le montant que vous affichez et la partie qui peut être couverte par l'utilisateur. Il y a tout de même une partie du reste à charge qui est prise en compte par le bénéficiaire de la prestation. Il faut savoir comment cela s'équilibre.

Si vous avez quelques éléments, au moins globalement en pourcentage, cela permet de mesurer. On sait bien que, pour chaque structure, on n'a pas la même réalité derrière.

ADMR.- Notre difficulté est que nous sommes plafonnés sur ce reste à charge qui ne peut pas dépasser 90 € par mois, on y est très vite.

Il y a un autre phénomène que l'on voit énormément concernant les surcoûts. Quand un médecin du travail déclare que tous vos salariés sont inaptes pour un oui ou un non, que vous avez une ancienneté et que vous devez faire des chèques de 9 000 € ou 10 000 €, avec deux licenciements par an, c'est intenable pour votre structure.

D'un point de vue comptable, les fonds propres dégringolent. Des associations sont en fonds propres négatifs.

Mme LÉTARD.- Avez-vous des choses à ajouter pour les CCAS ?

Intervenant.- Il y a une nuance entre les petites structures et les plus grosses. Avec les collègues, on vous fera remonter des éléments d'interprétation.

Il y a des effets de seuil. Parfois, entre faire 40 000 heures et 100 000 heures, il y a un gap important, mais, quand vous êtes équipé pour faire 100 000 heures, on peut peut-être en absorber davantage. Si on arrive à modéliser ces effets de seuil, il y a peut-être des synergies à imaginer entre structures pour mutualiser certaines fonctions – c'est ce que l'on essaie de faire entre associations – et parfois cela peut fonctionner.

Attention, il y a une différence entre créer des synergies entre structures et réduire les coûts en supprimant des fonctions supports. On a de plus en plus de situations complexes à appréhender, il faut accompagner les salariés et les faire monter en compétences. Si l'on veut désemboliser le système en accompagnant de manière qualitative à domicile, il faut aussi qu'on ait des professionnels suffisamment autonomes, qualifiés, compétents et motivés pour le faire. Cela demande un accompagnement. On pourrait aussi avoir cette attitude parce qu'il y a effectivement des éléments d'interprétation intéressants à avoir.

Intervenant.- On a essayé de préparer un petit support qui synthétise les propos de chacun autour de la table.

(Distribution du document)

L'idée de ce petit graphique est de montrer justement quel est l'impact des coûts sur la prise en charge départementale, avec le recul sur 2017.

En orange, vous avez ce que le Département finance en moyenne ; en gris, le montant du ticket modérateur moyen payé par l'utilisateur. La ligne rouge montre l'évolution du montant de prise en charge APA et PCH dans le Département.

Ensuite, on a cherché à savoir quels étaient les surcoûts qui n'étaient pas forcément pris dans le cadre des 21 € ou 22 € qui ont été accordés par le Département pour évaluer le montant de prise en charge de la PCH. On retrouve en jaune l'évolution du SMIC, puisque nos structures sont bien souvent impactées par cette évolution.

Ensuite, vous avez le surcoût occasionné par les prises en charge des dimanches et jours fériés qui n'était pas intégré dans les 21 € ou 22 €.

Puis, il y a quelque chose qui avait été pris en charge par le Département. En 2014, une délibération avait été prise qui reconnaissait l'impact du fractionnement des interventions. Emmanuel MACRON en a d'ailleurs parlé en disant qu'il ne devrait pas y avoir de toilettes inférieures à trois quarts d'heure, alors que tous les plans d'aide aujourd'hui prennent en compte des demi-heures de toilette. On l'avait évalué à 4,40 € et c'était pris en charge et indemnisé en partie par le Département. En 2017, cette délibération qui n'a pas été annulée a été abandonnée.

Enfin, en bleu, on a essayé d'estimer le coût de l'avenant 43 sur les structures, sachant qu'il faudrait avoir une année, mais, globalement, c'est à peu près représentatif.

Ensuite, vous nous aviez demandé dans votre questionnaire d'imaginer des modèles économiques. On s'est livré à deux choses :

- Premièrement, un modèle économique avec le respect du code d'action sociale et des familles, avec les trois possibilités, la détermination d'un tarif par structure habilitée ; ensuite, une dotation globale avec à côté les différentes hypothèses pour déterminer le coût de prise en charge de l'APA ou de la PCH qui permettrait l'établissement des plans

d'aide ; enfin, la troisième hypothèse avec détermination d'un tarif plus éventuellement de CPOM.

- Enfin, si on considère que le code d'action sociale et des familles ne s'applique plus, on a imaginé le montant de prise en charge de l'APA et de la PCH avec la mise en place et la poursuite des différentiels avec ou sans plafonnement, tout est à étudier.

Quelque chose me semble important dans le tarif, dans le montant de prise en charge de l'APA et de la PCH, il n'y a jamais eu d'indexation quelconque a minima sur l'évolution du SMIC ou du (??) des services à la personne. Cela ne fait que creuser et augmenter les difficultés dans lesquelles les structures se trouvent.

Mme LÉTARD.- Merci beaucoup.

FEDESAP.- Au niveau de la fédération des entreprises des services à la personne, on est dans la même lignée, les coûts de revient sont entre 27 € et 28 €.

Il semble important de rappeler quelques éléments de contexte. Il est compliqué de susciter des projets et des ambitions quand vous avez des organisations dont la seule finalité organisationnelle est de boucler leur budget annuel. On parle de coût de revient mais comment voulez-vous projeter sur l'avenir l'accompagnement quand vous visez simplement l'équilibre ? S'il n'y a pas un peu de marge et d'éléments à partager pour investir et faire des projets, c'est compliqué, que l'on soit une association ou une entreprise.

Par rapport aux services de l'aide à domicile, il y a quelques différences avec d'autres secteurs comme les établissements. Au niveau de notre fédération, 0 % des structures sont introduites en Bourse parce que leur valeur est très limitée. On est plutôt sur des catégories de petits patrons de proximité assez proches de leurs collaborateurs et qui se retrouvent contraints de rester de petits acteurs de proximité parce que les effets de seuil en termes de dialogue social et de contribution sont trop importants pour qu'ils cherchent à mutualiser ou à grandir. Il y a un contexte assez particulier au niveau de la réalité de l'activité.

Quels que soient les modèles économiques que l'on a pu définir sur des éléments organisationnels, qu'ils soient structurels, pyramidaux ou sur les concepts évoqués par le Département pour développer plus d'autonomie, cela ne réduit pas les coûts. Au niveau de la structure que je dirige, on est sur le même niveau de coûts de fonctionnement qu'une structure classique. Il ne faut pas croire qu'il suffit d'inciter de nouveaux modèles organisationnels pour réduire les coûts.

Mme LÉTARD.- Merci.

SYNERPA.- Au niveau du SYNERPA, on retrouve les mêmes coûts, entre 28 € et 29 € tout compris, en considérant des revalorisations salariales qui seraient équivalentes à l'avenant 43. Aujourd'hui, les adhérents du SYNERPA sont dans un système en étau : si l'on n'applique pas des revalorisations équivalentes à l'avenant 43, il n'y a plus de professionnels et, d'un autre côté, si des revalorisations équivalentes à l'avenant 43 sont mises en place, puisqu'il n'y a pas de dotation publique pour les services privés, du fait du plafonnement, le modèle économique n'est plus viable.

Mme LÉTARD.- Sur ces présentations successives, avez-vous des questions à poser, chers collègues ?

M. CATHELAIN.- Sur la dernière intervention, je voulais savoir comment les structures privées font pour s'équilibrer. Vous prestez des heures, vous faites payer des compléments aux usagers, vous avez diverses prestations qui vous permettent d'équilibrer ?

SYNERPA.- Le tarif pratiqué aux familles est aujourd'hui de l'ordre de 28 €, 29 € ou 30 €. Des structures sont en difficulté parce qu'il y a un plafonnement du reste à charge, on ne peut pas impacter le coût réel de fonctionnement et, en plus, un décret national limite l'impact sur les tarifs. Ce décret a autorisé l'augmentation du tarif de 3,5 % alors que le SMIC augmentait de plus de 4 %. On se retrouve donc avec un effet ciseau, les structures ne peuvent pas impacter à leurs clients l'augmentation de leurs coûts et cela pose problème.

Parfois, il y a un peu de désobéissance institutionnelle. Certaines personnes appliquent tout de même des revalorisations de tarifs ; sinon, elles ne peuvent plus assurer l'intervention d'une auxiliaire de vie.

On est sur des structures de coût où 80 % de ce qui va être encaissé sera affecté aux salaires. Un certain nombre de familles préfèrent donc tenir compte d'une augmentation de tarif parce que cela va leur permettre d'assurer une continuité du maintien à domicile plutôt que de se retrouver sans personne.

M. CATHELAIN.- À côté de ce qui est dévolu à la dépendance et à l'APA *stricto sensu*, est-ce que vos structures donnent des prestations de jardinage pour essayer de s'équilibrer ?

Mme LÉTARD.- Est-ce quelque chose qui entre dans la tarification APA et est-ce qu'il y a des services connexes qui font que le reste à charge de la personne peut dépasser le seuil minimum et vous permettre d'équilibrer ?

SYNERPA.- Cela dépend des acteurs mais c'est compliqué de multiplier les métiers. Les acteurs positionnés dans la dépendance ont plutôt tendance à travailler exclusivement sur ces plans parce que vous avez des enjeux d'accompagnement des professionnels, des niveaux de compétences à mettre en place. Mutualiser les axes de service, faire un peu de jardin ou d'assistance administrative, etc. demande une autre manière de travailler et d'autres professionnels.

Nous avons des problèmes de coût de structure. Si vous avez une responsable de secteur qui a une formation de coordinatrice médicosociale, il sera compliqué de lui demander de faire une évaluation sur l'entretien d'un jardin. On est plutôt sur des orientations mono service qu'une gamme large. Certains le font mais ce n'est pas simple.

ADMR.- On le fait aussi. Une partie de notre activité est du taux plein, ce sont des particuliers par exemple qui ont besoin de quelques heures de ménage par semaine. Cela équilibre un peu mais nos salariés n'aiment pas cela parce que, pour eux, il n'y a pas cette vocation sociale d'être en relation avec la personne âgée. Ils arrivent, il n'y a personne, on leur donne des ordres, c'est du ménage « de luxe », cela n'a rien à voir avec ce qu'ils font au quotidien dans l'aide auprès des personnes dépendantes ou des personnes handicapées. Ils ont du mal à s'y retrouver.

Aujourd'hui, 80 % de notre activité tournent autour de la dépendance et c'est compliqué d'aller vers d'autres services parce qu'il y a la notion de coordination, la notion de bien vivre et de bien vieillir. Les heures de ménage n'ont pas grand intérêt.

FEPEM.- La FEPEM est sur un dispositif différent, sur l'emploi direct et le mandataire. Si l'on peut faire un différentiel, on parle là de la solvabilisation de la structure alors que, sur le secteur

de l'emploi à domicile, on parle du montant de la prestation APA pour permettre aux particuliers employeurs d'employer un salarié.

Concrètement, aujourd'hui, un particulier employeur qui emploie un salarié sur un niveau de dépendance, c'est un assistant de vie niveau C et le coût de l'emploi sur les minimums conventionnels serait de l'ordre de 14,20 € ; sauf qu'aujourd'hui, vous ne payez pas le salarié selon le minimum conventionnel, mais 15 % au-dessus du minimum conventionnel. Concrètement, quand vous employez un salarié à domicile dans le secteur de l'emploi à domicile sur un métier d'assistant de vie niveau C, vous êtes sur un coût de l'emploi proche des 17 € de l'heure, que la personne soit solvabilisée ou pas par l'APA. La personne en emploi direct fait sa déclaration via l'outil CESU et, pour le mandataire, c'est le mandataire qui fait la déclaration.

Une base de données de la DREES faite en 2019 faisait état du montant du tarif APA mis en œuvre par les Départements. Sur 73 départements, 60 tarifaient l'APA en emploi direct entre 11 € et 13 €. Quand vous avez un coût de l'emploi de 17 €, vous avez 4 € de reste à charge en sus du ticket modérateur.

Aujourd'hui, l'un des enjeux dans le cadre de la prestation APA qui représente au niveau national 20 % des bénéficiaires est de savoir comment on fait pour définir un montant de prestation APA suffisant pour limiter les restes à charge des particuliers employeurs, que ce soit en emploi direct ou en mandataire.

Sur un coût de l'emploi à 17 €, il y aurait un reste à charge minimum de 4 € en emploi direct. Sur le mandataire, on a une pratique dans nos politiques sociales qui fait que les frais de gestion sont valorisés à hauteur de 10 %, ce qui veut dire qu'un mandataire prendrait 1,70 € par heure en accompagnement. Or, le mandataire qui est un service d'aide à domicile prend rarement 1,70 € ; il est plutôt entre 2,50 € et 4 €.

De facto, le montant tarifé de l'APA dans le cadre des politiques sociales génère dans le cadre de la rémunération du salarié un reste à charge pour le particulier employeur.

Quand une équipe médicosociale vient à domicile et vous présente les trois modes d'intervention, vous avez une structure autorisée et tarifée sans reste à charge ou l'emploi direct ou mandataire avec 4 €, voire 7 € de reste à charge.

L'enjeu, notamment dans le cadre de ces politiques nationales, est d'avoir un tarif de référence APA qui soit le même au niveau national et qui permette de bien rémunérer le salarié. C'est le premier enjeu du secteur.

L'autre enjeu au-delà de la rémunération est de dire que l'on a un écosystème au sein du secteur sur la professionnalisation. Vis-à-vis des salariés, on a des activités sociales et culturelles, une prévoyance, différents éléments sont à la disposition du salarié. L'enjeu aujourd'hui est de travailler avec le Département et sur les territoires pour faire connaître cet écosystème et que les salariés puissent en bénéficier – typiquement, la prime de départ à la retraite ou la prévoyance. Le secteur travaille à la déclinaison de cet écosystème, sauf que le secteur ne possède pas les bases de données des salariés, ni celles des particuliers employeurs. La solution pour travailler à la fois auprès des salariés et des particuliers employeurs est de travailler sur cet écosystème et sur le déploiement sur les territoires.

Il y a un troisième sujet à évoquer. En première partie, on a évoqué le montant de la rémunération des salariés. Une prestation APA à 17 €, ce sont 11 € de salaire net pour le salarié. L'autre sujet qui concerne le salarié et plus directement le particulier employeur est que, lorsque vous avez une relation d'emploi qui s'arrête pour des raisons de départ du domicile, le licenciement de la salariée reste en totalité à la charge du particulier employeur. La durée moyenne d'un salarié dans le secteur avec un particulier employeur étant de sept ans, cela peut générer un important décaissement lié à la rupture de l'emploi que les particuliers employeurs ne sont pas forcément en capacité d'assumer et cela peut créer des risques de contentieux. Quand le particulier employeur prend un salarié, il est informé qu'il y a cette logique de rupture, mais elle est dans le cadre de la prestation sociale totalement à sa charge.

Ce sont les trois enjeux du secteur : le niveau de rémunération, la rupture du salarié et le déploiement de l'écosystème au bénéfice des salariés et des particuliers employeurs.

Il y a un autre sujet qui est plus sur le volet opérationnel, c'est le chèque solidarité. Ce chèque solidarité a beaucoup d'intérêt, notamment de sécuriser les fonds, sauf qu'aujourd'hui, le biais est le suivant : dans la mise en pratique, il ne permet pas de définir le montant de rémunération du salarié, c'est donc souvent le minimum conventionnel. De plus, pour le particulier employeur, c'est un dispositif qui n'est pas simple à utiliser – si on a des chèques CESU qui arrivent à domicile, s'il y a 10 heures, il faut donner 10 chèques CESU et faire un chèque du montant complémentaire ; s'il n'y a que 8 heures, il faut donner 8 chèques et pas 10. Ce dispositif sera peut-être amené à évoluer avec l'expérimentation de l'avance du crédit d'impôt immédiat.

Voilà les problématiques sur le secteur. Pour nous, l'enjeu aujourd'hui est de savoir comment travailler avec les Départements pour avoir un niveau de prestation APA suffisant pour limiter les restes à charge et bien rémunérer les salariés et comment on accompagne la relation à l'emploi que ce soit un emploi direct ou un mandataire. Pour cela, on a une convention avec la CNSA qui nous permet de travailler avec les Départements.

Ce sont aujourd'hui les deux grands enjeux sur le bon financement et l'accompagnement des particuliers employeurs et des salariés.

CCAS.- Pour revenir sur les autres sujets qui nous concernent aujourd'hui, concrètement, nous nous sommes vus à quatre reprises en audition sur le secteur de l'aide à domicile. Toutes fédérations confondues, avec nos difficultés respectives, on a réussi à s'organiser, à se réunir à plusieurs reprises en amont des auditions, afin de proposer des choses concrètes lors des auditions.

Un premier point a été réalisé par l'UNA sur le cadre juridique, avec des choses qui depuis 2017 ne sont pas complètement rattachées avec la loi ASV, sachant que des choses peuvent évoluer. En parallèle, nos collègues de l'ADMR ont fait une proposition sur laquelle nous sommes tous d'accord pour qu'il y ait une personne de référence pour que l'on puisse – si possible, Madame LÉTARD – continuer ces travaux sur du long terme et qu'il n'y ait pas fréquemment des changements d'interlocuteurs mais une vraie continuité des réflexions et des échanges avec le Département.

En parallèle de cela, on vous fait des propositions concrètes. Il y a toujours des choses que l'on peut mettre en place maintenant, dans un mois, dans deux mois, dans six mois, dans un an ou dans deux ans. Tout n'est pas dépendant du Département, on en est bien conscient, mais on

s'était mis d'accord sur des points qu'on voudrait vous proposer qui pourraient être mis en place plus ou moins rapidement.

Dans un premier temps, on a estimé que les points d'urgence à l'heure actuelle étaient une prise en charge de la majoration les dimanches et jours fériés, une prise en charge des déplacements des aides à domicile et la fin de la fragmentation ; le tout dans une démarche de qualité de vie au travail, de bienveillance et de soutien des services d'aide au domicile au niveau économique.

Il s'agit là d'un enjeu énorme en termes de qualité de vie au travail, d'attractivité des métiers et aussi en termes de soutien économique aux structures.

M. MANIER.- C'est 6 à 7 € d'augmentation.

CCAS.- En tout cas, les fédérations se sont mises d'accord sur les sujets les plus urgents à traiter, pour avoir un minimum de soutien économique aux services d'aide à domicile ainsi que la prise en compte de la qualité de vie au travail, surtout sur la fragmentation qui peut engendrer des grosses difficultés pour les salariés et en termes de bienveillance pour les seniors.

FEDESAP.- J'ajoute deux propositions complémentaires qui ne coûtent rien :

Agir immédiatement pour supprimer le plafonnement. Cela peut être immédiat, les structures l'ont sollicité auprès du président mais n'ont eu aucun retour alors que cela peut être assez rapide.

Agir politiquement pour supprimer le décret annuel d'augmentation des tarifs, surtout quand celui-là est présenté et ne correspond ni à l'inflation, ni à l'augmentation du SMIC, ou alors que ce soit fait automatiquement par rapport à des indicateurs partagés.

De plus, on a évoqué le coût de la fragmentation mais, si on travaille autrement, s'il y a des évolutions dans les modèles forfaitaires, le coût de la fragmentation peut être diminué.

Intervenant.- Il faudrait également agir sur le crédit d'impôt. J'ai fait partie du groupe de travail qui avait été organisé pour la mise en œuvre il y a maintenant trois ans. On a laissé de côté purement et simplement l'APA et la PCH pour traiter le particulier. Je pense que, quelque part, on va vers une distorsion de concurrence. Il ne faut pas oublier que l'APA et la PCH s'adressent à des gens qui auraient besoin de ce crédit d'impôt immédiat pour améliorer leur prise en charge.

Cela ne me semble pas très compliqué à faire. Je ne sais pas pourquoi cela bloquait. Je pense que c'est essentiel et cela va de pair.

M. MANIER.- Quand on additionne ce que vous avez évoqué, cela fait presque 7 € d'augmentation. Je vais demander au vice-président aux finances ce que cela peut représenter pour le Département en termes de budget.

Nous sommes dans un environnement qui nous dépasse au niveau du Département et on voit bien, avec les annonces du Président de la République, que les choses vont peut-être évoluer, qu'il va peut-être y avoir des reconcentrations au niveau de l'État.

Par rapport à vos projections, on constate que le déficit est malheureusement important et inéluctable. Quand vous faites une projection, combien de temps encore cela peut-il durer par rapport à vos fonds propres ? Avez-vous un an de perspective, plus ou moins ?

Certains sont des associations, mais, si c'est structurel, les fonds de roulement vont fondre comme neige au soleil. À un moment donné, vous serez en deçà de la ligne de flottaison. Tout cela est complètement pervers : plus vous vendez des prestations, plus vous aggravez le déficit, c'est tout de même particulier.

Intervenant.- Heureusement que le Département a décidé il y a trois ans de faire des avances trimestrielles. Cela veut dire que nos structures aujourd'hui vivent à crédit. On a toujours trois mois d'anticipation. Jusqu'à maintenant, cela pouvait convenir, il y avait des difficultés, mais on n'en était pas arrivé à ce point. La mise en place de l'avenant 43 – je parle pour les structures associatives – a totalement bouleversé cet équilibre financier.

Pour répondre à votre question, pour certaines structures, on est à entre six mois et un an.

Pour répondre à votre question précédente : 6 €, 8 millions d'heures APA et PCH, 48 M€.

Intervenant.- Pour un modèle associatif, pour comparer des choses comparables, avant la crise en 2019, sur un effectif de 300 salariés, un budget de 9,5 M€, on arrivait à équilibrer les comptes et à dégager 2,2 % à 2,5 % de marge. Cela nous permettrait de couvrir les risques à venir et d'injecter sur de la recherche-développement, de la montée en compétences, etc.

Aujourd'hui, très concrètement, structurellement, pour 300 salariés, nous sommes sur un déficit structurel de 4 % par an. On est passé de 2 % de marge à 4 % de déficit, soit 6 %.

Mme LÉTARD.- Cette évolution négative est liée à l'avenant ?

Intervenant.- On a toujours fonctionné avec un coup de retard. Quand la tarification était à 21 €, on était déjà à 22 € ; quand c'est passé à 22 €, on était déjà à 24 €. Maintenant que l'on est à 22 €, avec une dotation complémentaire, on est à 27 ou 28 €.

Vous parliez des changements politiques qui s'opèrent dans un écosystème en mutation profonde, mais il faut faire très attention. Si la volonté du politique au sens large du terme est justement de rebâtir un nouveau pacte de solidarité humaine et d'offrir des perspectives qualitatives de maintien à domicile pour des personnes en perte d'autonomie du fait de l'âge, du handicap et de la maladie, ce n'est pas ainsi qu'il faut s'y prendre.

Il y a une différence entre le prix et la valeur. Si on raisonne en matière d'impact social sur le long terme, maintenir des personnes à domicile dans une situation acceptable où l'on travaille sur leur autonomie fonctionnelle, sur leur capacité à faire des choix, à rester citoyennes, actrices, à consommer sur le territoire, on voit bien qu'au long terme, ce sont des coûts évités pour les collectivités. Si demain les structures d'aide à domicile ferment – et on y va tout droit –, qui va prendre en charge ces personnes ?

Il faut savoir qu'une mamie chuteuse multi récidiviste, à un moment donné, ne sortira pas de l'hôpital, les gériatres ne la laisseront pas sortir, elle passera par la case soins de suite et de réadaptation, gérontologie, EHPAD et, si elle n'est pas solvable, il faudra bien que quelqu'un paye, ce sera la collectivité.

Maintenir une personne âgée à domicile avec un plan d'aide qualitatif a du sens humainement, socialement, économiquement et c'est le sens de l'histoire. On a 4 millions de babyboomers qui débarquent, ils ne vont pas en EHPAD.

J'entends bien que les enveloppes sont contraintes, elles le sont toutes.

J'apporte un dernier élément à une question posée tout à l'heure. Un temps plein aujourd'hui, ce sont 1 820 heures. Si on retire les congés et les jours fériés, il reste 1 600 heures. Sur ces 1 600 heures, une auxiliaire de vie aussi compétente soit elle, avec les meilleurs responsables de la terre ne pourra pas intervenir plus de 1 200 heures maximum en temps présentiel en face-à-face avec le public.

On va faire simple : 1 180 heures de présence à 22 € de l'heure, cela fait 26 000 €. C'est inférieur au coût du SMIC chargé. Aujourd'hui, on est dans un fonctionnement qui, de toute manière, est structuré pour être déficitaire.

Quand on nous invite à des réunions de synthèse pluridisciplinaires pour savoir si cette dame âgée va pouvoir repartir chez elle, on a l'hôpital, le médecin, les assistantes sociales, etc., tous ces gens sont payés pour être autour de la table et pas nous. Il y a toute cette partie cachée de l'iceberg, il faudrait mettre la tête sous l'eau pour en mesurer l'immensité.

Mme LÉTARD.- On est sur un sujet qui nous dépasse et qui nous concerne au premier chef.

On aura l'occasion d'auditionner la CNSA et ce sera intéressant d'avoir leur vision et leur analyse, la CNSA est au cœur de la réflexion et des propositions. Sur ce que vous évoquez, qu'est-ce qu'ils vous remontent ? Quand on vous écoute faire la démonstration sur la nécessité de ce virage domiciliaire, cette capacité à rentrer à la maison au travers des parcours chaotiques qu'on peut rencontrer quand on approche de la fin de vie, quels retours avez-vous ? Comment le débat s'organise-t-il ? Quelles sont les directions que vos représentants sentent poindre aujourd'hui et comment sentez-vous les éléments et les arguments que vous évoquez pris en compte ?

Intervenant.- Très mal.

Pour revenir sur les enjeux de solvabilité, je voudrais rappeler l'effet PGE qui permet sans doute d'éviter un certain nombre de catastrophes qu'on a vues dans un certain nombre de secteurs. Pour un certain nombre de structures, les PGE sont venus compenser les pertes d'activité.

Dans notre secteur d'activité, on pourrait transformer les PGE en fonds propres. C'est une proposition politique qui pourrait être intéressante.

Sur les rapports avec les institutions, notamment la CNSA, pour y participer, mon sentiment est que c'est une institution de pilotage qui travaille beaucoup par appels à projet. On est sur une problématique de solvabilité où on recherche des espaces de coconstruction à travailler sur les territoires. Je vois des listes de plus en plus longues d'appels à projet qui défilent, sur des sujets sur lesquels on ne sait pas toujours se positionner. On n'a pas les ressources en interne, nos coûts de structure ne nous permettent pas d'avoir des experts en recherche de financements. On a des experts en accompagnements médicosociaux, on ne peut pas faire des budgets sans arrêt. Parfois même sur ces appels à projet, on nous dit « vous démarrez, on vous financera 50 % au milieu, 30 % après ». C'est la même chose avec la CNSA et avec la CARSAT.

On vit dans un écosystème où on a des pansements qui sont un peu balancés comme cela et où on dit « on s'occupe de vous, ce sera intéressant », mais on n'agit pas sur le fond. Le fond est que la CNSA vienne en renfort du Département pour stabiliser le secteur et co-construire avec vous des espaces de dialogue et d'échanges pour apporter de bonnes solutions aux administrés. Ce n'est pas nous demander de faire un dossier sur les parcours d'intégration.

Mme LÉTARD.- Comme dans beaucoup de domaines, on est sur des logiques annualisées d'appels à projet. On ne s'adapte pas aux spécificités des différents opérateurs et des diversités territoriales. On est plutôt sur quelque chose où, si vous entrez dans les cases, vous avez un financement. Il faut peut-être revenir à un modèle plus équilibré de ce point de vue, en prenant en ligne de compte un certain nombre de choses.

Certes, l'État, comme tout financeur, préfère être sur des choses *one shot*, annualisées, ciblées qui n'engagent pas dans la durée, alors que revoir un coût horaire, un fonctionnement, c'est *ad vitam aeternam*.

Aujourd'hui, on est vraiment sur un choix de modèle et il faut peut-être regarder l'économie générale. Comme vous le dites à juste titre, si on entre dans un autre système qui ne s'équilibre pas et qui ne se finance pas de la même façon, une dépense nouvelle doit permettre des économies bien plus significatives par exemple dans le secteur hospitalier. On n'est plus sur les mêmes budgets.

Je suis bien placée pour savoir que, malheureusement, tout cela ne se regarde pas. Tout le monde fonctionne dans sa sphère budgétaire. Pour avoir vécu des discussions avec Bercy dans le passé, c'est effrayant parce que l'on peut argumenter, c'est celui qui passera après qui viendra défendre son budget. Malheureusement, l'État est ainsi fait qu'il ne regarde pas les choses dans leur globalité, il ne regarde pas l'économie qui peut être faite. C'est l'État au sens « État » du terme, pas politique du terme. C'est un vrai sujet parce que ce qui paraît être une maîtrise annuelle des comptes est une véritable dépense supplémentaire à terme. Quand on se projette dans la pluriannualité, on se rend compte que, à force de fonctionner comme cela, on se met en fragilité, mais c'est le système.

Par rapport à tout ce que vous avez évoqué, on embrasse très large aujourd'hui, bien au-delà du seul APA, vous en avez conscience et nous aussi. Pour autant, on a un dialogue, essayons de le mettre le plus possible au bénéfice de nous tous collectivement. L'idée est tout de même de voir comment on peut faire au mieux avec les réalités contraintes qui sont les vôtres et les nôtres.

Il y a beaucoup de choses dans ce que vous avez dit. On pourrait essayer d'approfondir sur le modèle économique qui pourrait cheminer et être le plus adapté. On a parlé des différents types d'intervention, il y a des choses très pointues, spécifiques et spécialisées où on a besoin d'intervenants qui sont les services tels que vous les portez avec la qualité et la sécurisation que vous menez. Il y a peut-être des prestations qui peuvent être périphériques. Il faut voir comment on imagine tout cela ensemble demain.

Si on reprend les propositions que vous nous faites, on comprend que c'est l'idéal et on voit que c'est ce sur quoi nous devons tendre, mais quand on projette annuellement les chiffres que Didier MANIER a additionnés, cela représente globalement plus ou moins 47 M€, ce sont des sommes colossales que le Département seul ne peut pas prendre en charge.

Pour autant, quand on est à la croisée des chemins, quand on sait que l'on va repenser ce modèle et que l'État a lui-même des idées derrière la tête, il s'agit pour nous à ce stade de voir sur le court, le moyen et le long terme ce que l'on peut faire, ce que l'on pourrait avoir comme champ d'évolution de travail à l'échelle départementale dans les différentes sphères qu'on a balayées et brossées ensemble.

On va essayer de faire un petit point avec les services et de faire un petit débrief à mi-parcours avec le président POIRET pour qu'il ait le retour de ce qu'on se dit. On a assez avancé pour pouvoir délivrer un certain nombre d'éléments, on peut faire un petit point intermédiaire, je vais en prendre l'attache au nom de mes collègues et après vous avoir entendus pour qu'il prenne toute la mesure des enjeux qui sont devant vous.

Après, il faudra construire notre travail sur notre cœur de cible qu'est l'APA et qu'on soit aussi capable d'en retirer un certain nombre de conclusions et de conséquences qu'on pourra porter à la connaissance de notre vice-président, puisqu'il y a plein de sujets qui débordent largement de l'APA, qu'il faut porter à sa connaissance et sur lesquels on peut être force de propositions. Il y a toute une série de choses que l'on doit pouvoir hiérarchiser dans le temps, d'autant plus qu'on a plus que jamais une inconnue nationale sur laquelle on doit aussi être force de propositions comme vous l'avez dit.

On a déjà une synthèse à en faire. Je peux voir avec le président POIRET et avec Frédérique notre vice-présidente comment on peut continuer à avoir un dialogue dans la durée et de façon régulière. Il y a normalement une commission départementale qui doit se réunir régulièrement. On peut voir comment faire en sorte qu'elle ait des récurrences dans ce moment un peu particulier où l'on va construire des choses plus fréquentes pour avoir des allers et retours permanents.

Ce n'est pas nous aujourd'hui qui allons évidemment vous délivrer un message quel qu'il soit mais, en tout cas, sur tout ce que vous nous dites là, vos attentes, les besoins d'avoir un dialogue régulier, on va pouvoir remonter des choses au national. Il y a quelques parlementaires ici et on peut, chacun dans notre sphère d'influence et à notre niveau, essayer d'être des relais d'un certain nombre de choses dans nos institutions respectives et auprès du gouvernement.

On est dans une année où plein de curseurs vont bouger. Il ne sert à rien de figer des choses aujourd'hui ici au niveau de l'APA ou au niveau départemental, mais il ne faut pas que le travail que nous menons aujourd'hui ne serve à rien, bien au contraire, cela doit nourrir et donner de la matière pour qu'on puisse anticiper les différents scénarios, les différentes hypothèses qu'il faudra pousser plus loin en fonction de la règle du jeu qu'on va nous donner là-haut et de notre capacité à faire pour voir comment on peut construire le plus possible ensemble. Après, on assume les choses et on devra trancher et faire des choix.

En tout cas, à ce stade, on peut faire un point d'étape. Sur ce que vous nous avez remonté, on va faire un premier débrief sur les tenants et les aboutissants, les urgences plus ou moins importantes, les interrogations, la méthode que vous souhaitez puisqu'il y a beaucoup de points de méthode dans ce que vous proposez. On voit comment retisser les liens et essayer de partager le plus possible de choses pour pouvoir ensuite se les approprier en tant qu'élus et assumer nos jobs d'élus. Il ne s'agit pas de se déposséder ou vous de prendre une décision à la place des élus.

On a bien entendu que vous étiez en attente d'avoir ces allers et retours permanents et d'avoir de notre part une capacité à voir comment on va pouvoir cheminer dans une année d'incertitudes quant au cadre sur un certain nombre de points qu'on peut malgré tout faire évoluer, pour certains rapidement et pour d'autres à plus long terme.

Intervenant.- Je suis d'accord sur la méthode et une volonté partagée qui nous anime d'avancer. Néanmoins, si je peux me permettre, il y a un choix méthodologique à faire. J'ai le

sentiment que nous sommes tous d'accord pour traiter un problème en aval du barrage. Après la rupture du barrage, on va pouvoir faire ce que l'on veut, je pense que c'est trop tard ou que c'est trop bas.

La loi autonomie qui devait passer n'a pas été votée. Le PLFSS 2022 intègre déjà des éléments très structurants sur la suppression en juin 2025 des SAAD, SSIAD, SPASAD au bénéfice du nouveau service de l'autonomie. Je vous invite à aller voir l'article 53 sur l'EHPAD de demain, on voit très clairement que cela se structure. Le problème est qu'aucune loi ne structure cela. La CNSA est censée être le bras armé de l'État sur ce cinquième risque sur la branche autonomie. Nous connaissons le président de la CNSA et sa directrice de cabinet. À un moment donné, il y a vraiment un choix très clair à faire.

On pourra se revoir cent fois au niveau du Département et tant mieux, mais le problème est que nous avons un Président nouvellement élu, qui a des mesures structurantes très fortes à prendre dans les 100 premiers jours. J'attends de voir si l'autonomie fera partie de ses choix.

On va sortir d'un système jugé comme étant insatisfaisant pour nous faire entrer dans un système dont on ignore tout, dans une situation de quasi mort clinique pour les acteurs. Je force un peu le trait, mais je suis très inquiet et je pense que c'est de là-haut que cela doit venir.

Je ne peux pas croire que l'État n'ait pas conscience de ce qui se joue et la difficulté est qu'on ne pourra pas nous demander de nous transformer en pompiers, ce n'est pas possible.

Il y a une vision très long terme à avoir. En 1945, le Conseil national de la résistance a construit la Sécurité sociale, on n'a fait que rajouter des branches. Je pense qu'on peut ajouter tant de branches que l'on veut à l'arbre, il faut avoir une vision beaucoup plus politique, voire géopolitique de la question à savoir quel est le pacte de solidarité entre générations en France pour les 50 années à venir.

Aujourd'hui, on pourra faire ce que l'on veut en disant 1 €, les chèques essence, etc. c'est très bien, mais ce n'est qu'un sparadrap.

Mme LÉTARD.- J'entends ce que vous dites. J'essaie de prendre le sujet comme un pompier. On nous a demandé de faire un rapport d'information sur l'APA parce que l'on sent bien que le système est « à l'os » et que nous sommes ceux qui sont à portée de batte, plus que l'État. Il n'y a pas de problème, on est là parce que cela ne nous dérange pas et, si on est venu, c'est parce qu'on avait envie de trouver des solutions.

Je partage ce que vous dites, je suis sensible à ces questions et à ce qu'on soit au rendez-vous. Je pense que, si on est tous là, c'est parce qu'on fait partie de ceux qui ont bien conscience que le sujet du vieillissement de la population et de la gérontocroissance, que tous ces sujets de transformation du modèle sont évidemment éminemment importants.

Le problème est que l'on est dans l'urgence et qu'en même temps il faut changer de modèle et prendre toute la mesure de ce que cela veut dire. Cela fait 15 ans, peut-être plus, qu'on parle de cinquième branche ou de cinquième risque et qu'on ne l'a toujours pas fait. Cela veut dire que, au niveau national, il faut que l'on s'interroge et que l'on prenne une autre mesure du sujet, que ce ne soit pas une loi autonomie qui consiste juste à bouger un ou deux petits curseurs, il va falloir réinterroger le modèle et son financement, mais cela veut dire lever des sujets extrêmement douloureux, savoir où on va chercher la ressource, sur quel levier on va et

comment on se donne les moyens de faire en sorte que, dans ce domaine comme sur le sanitaire, on soit en capacité d'avoir les moyens de nos ambitions.

Je ne remets pas cela en question et on pourra évidemment passer les questions et les messages. Il va tout de même falloir que l'on construise cela au fil du temps. Il faudra que l'on interroge le Président du Département pour que l'association des départements de France soit aussi moteur sur la question, puisque c'est bien l'ADF, c'est bien le collectif des Départements de France dans leur mission d'accompagnement des personnes âgées vieillissantes qui est important.

En tout cas, nous avons un cœur de dispositif à traiter sur lequel il va falloir avancer en étant en capacité de s'ajuster, de travailler au fil du temps sur l'adaptation du modèle qui va sortir du chapeau à l'échelle de notre Département et de le faire par itérations régulières avec vous.

M. MANIER.- On a bien compris qu'il y a un timing, un caractère d'urgence.

Mme LÉTARD.- On l'a bien tous en tête. Si je dis que l'on va faire un point intermédiaire avec le Président, c'est parce qu'on a bien conscience de cela. Pour autant, quand on voit les chiffres annoncés, vous imaginez bien que ce n'est pas le Département du Nord seul qui peut mettre 47 M€ de fonctionnement supplémentaire. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut rien faire du tout, bien au contraire, mais il s'agit de voir comment accompagner une dynamique qui vous permette d'assurer les choses correctement. Il faut que l'on construise la réponse ensemble, que l'on pose les données du problème que vous venez d'évoquer et que l'on avance en regardant jusqu'où et comment on peut y aller sans anticiper un mode d'emploi qui pourrait changer au niveau national.

On voit bien que, à un moment, le Département est allé un peu vite en besogne et s'est retrouvé un peu pénalisé par un choix volontariste dans la compensation financière qu'il a pu récupérer sur certains aspects de la part de l'État. Il faut donc que l'on s'ajuste et que l'on essaie d'avancer le plus possible sans anticiper des choses qui vont encore bouger, il faut trouver le bon rythme et le construire avec vous.

Je suis désolée de ne pas être plus précise parce que, pour cela, il faudrait avoir toutes les données du problème.

ADMR.- C'est pourquoi on s'est permis de lister des mesures d'urgence. On a bien conscience que le Département ne peut pas sortir 47 M€ du chapeau.

Je voulais aussi vous interpeller sur le fait que l'urgence est aussi liée au fait que, aujourd'hui, il faut que l'on retienne nos personnels. On n'a pas évoqué l'inflation, notre réseau a compensé les augmentations d'essence ; on a valorisé les temps de trajet, mais c'est insuffisant, c'est certain.

Vous demandiez combien de temps nous pouvions tenir. Pour cela, il y a deux choses. On va tenir si on arrive à maintenir nos personnels. J'avais des menaces de grève dans certaines associations s'il n'y avait pas une aide ponctuelle sur les carburants. On l'a tous dit et répété 1 000 fois, on a une vraie difficulté de recrutement et la difficulté est maintenant de garder le personnel que nous avons à l'heure actuelle.

On va finir par nous dire : « je prends ma voiture, je vais travailler comme une forcenée, tout cela au détriment de ma santé et de mon porte-monnaie, je serais aussi bien à la maison ». C'est un vrai danger aussi et, si on n'a pas de personnel, on ne fonctionne pas.

Vous posez la question sur la solvabilité. Hors avenant 43, on tiendrait, mais on mourrait d'une mort lente et douloureuse et je pense que, d'ici à deux ans, dans notre réseau, la moitié de nos structures seraient obligées de fermer pour cessation de paiements.

Chaque fois qu'on a eu une revalorisation, c'était dommage mais quelque chose arrivait derrière. Quand l'APA est passée de 21 € à 22 € – on a un fonctionnement de grille de salaire par coefficient avec un point, c'est un peu comme dans la fonction publique –, le point a pris 50 centimes. Du coup, la bouffée d'oxygène que l'on attendait est répartie dans les salaires. Tant mieux pour les salariés mais on n'a pas pu avoir la marge de manœuvre qu'on attendait.

Aujourd'hui, avec l'avenant 43 – on ne l'a pas évoqué parce que c'est un sujet qui fait mal –, nous avons tous une dotation insuffisante au regard de la valorisation actuelle que nous connaissons et des surcoûts que cela entraîne. Ce serait l'occasion d'en parler un autre jour mais cela va nous mettre à mal également à ce niveau.

Je voudrais rebondir sur la CNSA. J'ai eu l'occasion d'assister à une réunion où la directrice de la CNSA était présente. Leur mission n'est pas du tout d'être dans la stratégie pour le moment. Clairement – c'est ce qui nous a été dit –, leur mission est de faire en sorte que la somme d'argent qui leur est allouée soit consommée correctement et légalement, c'est leur job. D'où les appels à projet avec le suivi derrière sur les justifications, etc. Il n'y a pas forcément de stratégie forte, ou alors ils sont peut-être en attente d'avoir quelqu'un qui leur donne cette stratégie.

Je voudrais vous alerter sur un dernier point. Vous allez rencontrer les techniciens du Département. Les fameux 3 € qualité doivent se mettre en place à partir de septembre et nous n'avons aucune information, nous ne savons pas sur quel critère.

Intervenant.- On sait que ne sera pas 3 € (???)

Il ne sera pas possible de ventiler les montants alloués à tous les acteurs, alors que nous respectons déjà en grande partie le cahier des charges qui lui est associé.

ADMR.- Ce sont 3 € attribués sur cinq critères, mais on ne sait pas comment sera élaborée cette grille, qui va nous évaluer, etc. C'est urgent parce que c'est pour septembre.

Mme LÉTARD.- Message reçu.

Les critères portent sur quels domaines ? RH ?

ADMR.- Non. C'est le fait d'intervenir sur des horaires spécifiques, d'intervenir sur des publics spécifiques, il y avait un critère sur la ruralité me semble-t-il, la qualité de vie au travail et le soutien aux aidants.

Intervenant.- L'apparition des 3 € qualité fait suite à l'enveloppe qui avait été attribuée pour la prise en charge de l'avenant 43, à savoir 150 M€ en 2021 et 200 M€ en 2022.

Jean CASTEX a réagi en disant qu'il y avait un problème puisque, d'un côté, on était sur un trimestre et, de l'autre côté, on était sur une année complète. Il a proposé ces 3 € qualité en tenant compte des critères qui ont été évoqués, mais sans enveloppe globale. Les Départements doivent faire demande à la CNSA du montant qu'ils vont engager pour pouvoir proposer des CPOM aux services d'aide à domicile.

Mme LÉTARD.- On va regarder cela, éclaircir le sujet et on revient vers vous.

FEPEM.- J'aimerais à cet égard faire un point sur l'activité mandataire.

Les services mandataires accompagnent les particuliers employeurs et sont tarifés par l'intermédiaire des frais de gestion. Historiquement, c'étaient des frais de gestion arrêtés par heure. Le particulier employeur payait son salarié et une facture lui était adressée par le mandataire. Le particulier employeur sait combien il paie sa salariée et il sait combien il paie la structure. C'est le modèle historique associatif.

Ce modèle est encadré par l'agrément, il est financé dans le cadre des politiques sociales. Quand vous êtes tarifés 2 € de l'heure et que vous avez une revalorisation des salariés permanents et une augmentation de 10 000 € de salaires sur l'année, le mandataire n'a aucune aide. Vous n'êtes pas dans les chiffres de la CNSA, ni au Département, vous prenez tout pour vous. Si vous avez une trésorerie, vous continuez et, si vous n'en avez pas, vous arrêtez.

Souvent, l'activité mandataire est liée à l'activité prestataire. Un mandataire accompagne pour partie les personnes dans le cadre de l'APA mais il n'entre dans aucun financement public. Soit il augmente ses frais de gestion et cela génère du reste à charge pour le particulier employeur, soit il ferme.

Autre sujet, la FEPEM représente les particuliers employeurs. On a le devoir d'informer toutes les structures mandataires concernant les obligations liées à l'emploi à domicile. Aujourd'hui, on constate une évolution du marché mandataire qui s'est faite au regard de la loi de 2015. Je vais vous expliquer en synthèse, le constat est le suivant : les Départements ne donnant plus d'autorisation, la seule façon d'aller générer une activité d'accompagnement pour des personnes âgées est le mandataire. Nous avons aujourd'hui un déploiement d'activité mandataire qui fait partie du secteur où vous avez un mandataire qui utilise les codes du prestataire. Certains mandataires facturent quasiment 29 € de l'heure pour un coût d'emploi à 18 €.

Si le mandataire n'est pas soutenu dans la politique sociale, le mandataire dit modèle historique va mourir et le marché mandataire sera issu de l'activité plus commerciale.

Aujourd'hui, sur le secteur, on accompagne les structures, on ne peut pas travailler sur les modèles économiques, on n'a aucune efficacité là-dessus. L'enjeu du secteur est que, si le particulier employeur accepte de payer 10 € de frais de gestion, il faut qu'il en ait conscience ; s'il paye 29 € de l'heure, il faut qu'il sache que 18 € sont liés à la rémunération de l'emploi et 10 € à la structure.

Aujourd'hui, on a sur le marché mandataire une difficulté de lisibilité des pratiques. Sur l'activité mandataire dans le cadre de l'APA, si des mandataires tarifient à 30 € de l'heure et que l'on a un tarif mandataire à 14 €, vous voyez le reste à charge pour les particuliers employeurs.

On a un enjeu sur le secteur, il y a un marché mandataire et un enjeu autour notamment de la mise en œuvre des bonnes pratiques et de la lisibilité du modèle mandataire pour les particuliers employeurs. C'est un axe travaillé par le secteur en lien avec la CNSA, toutes les structures ont le droit d'émarger sur le secteur des services à la personne, mais le particulier employeur doit être informé du coût payé à chacun, c'est-à-dire au salarié et à la structure de façon à comprendre le coût global.

Si le particulier employeur est d'accord pour payer 30 €, il le fait mais, un jour, il n'y aura plus que des structures qui factureront 30 € si le mandataire dit associatif n'est pas intégré dans les politiques sociales.

Voilà la difficulté aujourd'hui sur l'activité mandataire qui est un effet domino de la loi ASV où, les Départements ne donnant plus d'autorisation, il n'est plus possible de créer des prestations pour les personnes âgées. On aimerait que le mandataire soit travaillé sur cet axe de lisibilité pour les particuliers employeurs.

ADMR.- Nous faisons du mandataire. Aujourd'hui, c'est une activité qui n'est pas du tout intéressante sur le plan financier parce qu'on pratique des frais peu élevés, on est en cohérence avec notre politique tarifaire sur le prestataire et on sent bien une nette diminution de cette activité. On perd 15 % d'activité en mandataire tous les ans, cela tend à disparaître, peut-être parce que c'est repris par des structures plus commerciales.

FEPEM.- Aujourd'hui, des structures sont mandataires prestataires, il n'y a pas de communication sur les mandataires. Vous en tant qu'associatifs, quand vous êtes limités et quand vous tarifiez 2 € de l'heure, vous n'avez rien en termes de communication. Soit vous êtes prescrit par des acteurs du territoire notamment dans le cadre des politiques sociales, soit vous ne l'êtes pas et vous faites votre vie sur le territoire de proximité et sur votre ancrage. Vous êtes dans un secteur concurrentiel et, si un acteur arrive derrière et fait de la communication, vous aurez une baisse des mandataires associatifs. Or, entre les deux mandataires, c'est le même service, les salariés sont les mêmes, c'est juste la lisibilité de l'offre pour le particulier employeur.

Quand vous avez 2 heures par semaine, l'enjeu financier est moindre ; mais, quand vous avez un nombre d'heures important, cela génère des restes à charge énormes. En termes de pratique et de visibilité pour le particulier employeur, il y a un enjeu. Si on veut rester sur un mandataire abordable en termes de coûts pour les politiques sociales et les particuliers employeurs, il y a ce travail à faire sur la lisibilité pour le particulier employeur.

Mme LÉTARD.- Si vous pouvez donner des éléments écrits de précision là-dessus, n'hésitez-pas.

FEPEM.- Aujourd'hui, le mandataire faire partie de l'économie de marché, il ne peut pas être régulé en termes de prix. Pour nous, l'axe c'est le label quali-mandat (??) et la lisibilité de la structure vis-à-vis de l'offre qu'elle propose aux particuliers employeurs. Quand une structure mandataire dit « nos auxiliaires de vie » et donne une facture à la fin du mois sur le montant total, cela s'appelle de la pratique. À travers le label quali-mandat (??), on a une mise en avant des bonnes pratiques et une lisibilité. Ce label a été déployé avec la CNSA.

UNA Nord.- Par rapport à vos questions sur la CNSA, on s'interpellait par rapport à l'enveloppe des 200 M€ et la prestation avenant 43. C'est tout de même un point levier important. Comme cela a été dit à juste titre, la CNSA applique ce que l'État lui demande d'appliquer sur une enveloppe restreinte. Les 200 M€ ne compensent pas nationalement l'impact avenant 43 et, tant qu'on sera sur une répartition de cette enveloppe annuelle au niveau local, au niveau national, on aura un problème sur l'avenant 43.

Nos structures ont une réduction appelée réduction Fillon qui est en fonction des niveaux de salaire. En ayant augmenté le niveau des salaires, cette réduction Fillon qui est une réduction de charges pour les structures diminue. L'État indirectement y retrouve ses petits. Cette enveloppe de 200 M€ n'est pas du tout une charge pour l'État.

Mme LÉTARD.- Ils ont réduit le dispositif Fillon pour compenser les 200 M€.

Intervenant.- En augmentant les salaires, ils ont récupéré de la cotisation.

UNA Nord.- Dans la négociation des Départements avec l'État, il y a une carte à jouer là-dessus.

M. MANIER.- A combien estimez-vous la compensation ?

UNA Nord.- On le saura à la fin de l'année. En tout cas, c'est un vrai sujet.

Mme LÉTARD.- Merci beaucoup de cette précision.

Intervenant.- Pour conclure toutes les séances qu'on a eues ensemble, on parlait tout à l'heure de coûts qui seraient importants pour le Département, mais, si on ne raisonne plus en silos, l'investissement permet parfois de gagner pour la collectivité en termes de société, mais aussi en termes de coûts. Le coût des hospitalisations pourrait être évité si on avait des soins à domicile beaucoup plus développés et je suis certain que les 47,5 M€ pour le Département seraient largement économisés sur les autres coûts.

CCAS.- Il est important de rappeler à quel point nous sommes des structures différentes de par leur création, leur mode de travail, leur philosophie. On a tout de même réussi à se mettre d'accord sur des propositions financières sans se disputer. On se voit en amont de chaque audition, c'est du temps de travail et aussi en lien avec nos adhérents. On arrive à se mettre d'accord entre entreprises, PME de l'ESS ou pas, associations du service public qui ont des enjeux communs sur la qualité de vie au travail, la bienveillance.

Vous nous demandez du concret. Je pense que, sur toutes ces réunions, on a proposé plus de concertation en amont de la mise en place de politiques sociales nouvelles, que ce soit sur l'APA d'urgence ou d'autres dispositifs. C'est une continuité dans les échanges qui nous réunissent aujourd'hui parce qu'il y a effectivement un vrai enjeu à ce que chacun porte ses difficultés, ses besoins, ses propositions auprès du Département et aussi auprès du national parce qu'on est bien conscient que tout ne se joue pas ici au Département malgré la bonne volonté de chacun.

Il est important de se dire que nous sommes des fédérations complètement différentes, des secteurs différents. Le département du Nord est l'un des départements les plus pauvres et les plus peuplés. Je ne dis pas qu'on représente la France mais, quand on parle de nos besoins immédiats en termes de financement, en termes de soutien, je pense que cela devrait être plus ou moins la même chose ailleurs et cela pourrait être des propositions portées directement au niveau national. Il est important de rappeler que ce que l'on présente ici peut se traduire à l'échelle nationale.

Mme LÉTARD.- Le fait même que vous appreniez à travailler et à vous connaître les uns les autres mieux qu'au travers des réunions que vous pouvez faire ensemble et que nous puissions mieux comprendre l'articulation pour construire les sujets à venir, c'est aussi extrêmement important de pouvoir le faire de cette façon transversale. On voit bien vos complémentarités, vos réalités. Je pense qu'il est important pour vous et pour nous d'avoir ce lien qui reste maintenu pour qu'on puisse effectivement prendre au bon rythme et au bon moment toute la mesure des évolutions qui vont se présenter et des conséquences qu'elles ont sur nous.

Intervenant.- 50 M€ x 100 départements, cela fait 5 Md€.

Mme LÉTARD.- On est un département particulier de par notre poids de population. C'est d'ailleurs la grande difficulté. Dès que vous bougez le moindre petit curseur dans ce

département, cela prend des proportions considérables. C'est plus facile de changer le coût horaire dans un département de 100 000 habitants que dans un département de 2,6 millions. En Lozère avec 75 000 habitants ou ici, on n'est pas dans la même réalité. Ici, c'est une équation particulièrement compliquée parce que tout est colossal. Malheureusement, on a donné à l'administration de ce pays des outils calqués sur une moyenne et le Nord est souvent complètement hors des clous quel que soit le sujet, ce qui ne nous facilite pas la vie parce que la cote mal taillée qui convient à la majorité des départements n'est pas adaptée au nôtre et il faut être en capacité de le porter collectivement. On est souvent défavorisé quand on est trop petit ou trop gros parce que l'on est loin de la moyenne.

Intervenant.- D'où l'intérêt de continuer à décentraliser un peu.

Mme LÉTARD.- Je suis profondément décentralisatrice pour ces raisons.

Je pense que nous avons encore bien cheminé. Merci beaucoup pour vos contributions extrêmement concrètes et précises. J'ai reçu un certain nombre de messages que je ne manquerai pas au nom de tous mes collègues de la mission de remonter au niveau qui convient.

ADMR.- On va vous apporter les contributions que vous nous avez demandées. Est-ce que vous voulez un format particulier ?

Mme LÉTARD.- Le mieux est d'avoir un socle commun qui ne gomme pas les spécificités de chacune de vos réalités parce que vous avez tous un cadre qui n'appartient qu'à vous et qui doit aussi être pris en compte. Vous pouvez avoir quelque chose qui cimente un peu la cohérence générale et essayer d'avoir votre petite touche particulière qui va peut-être remonter les éléments qui sont propres à votre secteur.

Vous avez vu les différents champs d'investigation qu'on a eus avec vous, les différentes clés d'entrée. Sur chaque clé d'entrée, essayez de sérier les propositions, tant par urgence sur le court, moyen ou long terme que par sujets que l'on a évoqués successivement. Cela nous facilite la tâche et cela nous permet d'être le plus fidèle possible à vos attentes. Entre des propos oraux et des choses écrites que vous allez poser pour venir conforter les exposés qui ont été les vôtres pour qu'il n'y ait pas d'incompréhension, un écrit permet de venir croiser avec les échanges nourris qu'on a eus quelque chose qui se rapproche le plus possible de vos attentes. Cela nous permet de donner une restitution et un rapport le plus précis possible à notre assemblée, à notre président, à la vice-présidente et à l'exécutif.

Merci beaucoup, à très bientôt et bon courage.

(Départ des représentants des fédérations des services d'aide à domicile)

❖ **Impacts des réformes sur les acteurs de l'aide à domicile : FHF, FEHAP**

(Entrée des représentants des établissements pour personnes âgées)

Mme LÉTARD.- Je vous propose si vous le voulez bien et malgré le retard de prendre le temps de faire un petit tour de table pour que chacun puisse se présenter et qu'on ait bien connaissance des secteurs et structures qui vont prendre la parole.

(Tour de table)

Mme LÉTARD.- Certains nous suivent en visio. La séance est enregistrée et nous ferons un compte rendu détaillé de tout ce qui va se dire maintenant. On a vocation à rendre ce rapport fin septembre, on s'est donné un peu de temps. Pour tout vous dire, quand on a lancé la mission d'information, le délai légal est normalement de six mois mais on a pris une disposition en conseil départemental pour la prolonger jusqu'à fin septembre étant donné la nouvelle mandature qui s'organise, l'idée était de se donner jusqu'à septembre pour prendre en compte dans notre rapport les nouvelles orientations qui pourraient émerger à l'occasion de cette nouvelle mandature, de même que les nouvelles orientations budgétaires qui ne manqueront pas d'être inscrites dès 2023 et pour être un peu en phase avec les nouvelles réalités qui se poseront au Département mais aussi aux acteurs de la prise en charge de la dépendance et les conséquences sur l'APA.

Aujourd'hui, cette séance touche particulièrement à la question du financement de l'APA et à ce que vous avez à nous en dire. On a entendu les services du Département, ainsi que les services d'aide à domicile. Nous allons voir l'évolution des dépenses d'APA, l'impact que cela a sur vos établissements. Vous allez nous dire comment vous vous projetez avec l'évolution du vieillissement et la gérontocroissance, mais aussi sur les pratiques des personnes âgées dépendantes et la façon dont aujourd'hui les EHPAD doivent évoluer dans ce paysage et particulièrement aujourd'hui sur ce qui touche à la question du montant, du niveau d'APA, des dépenses, de ce que cela représente par rapport à votre réalité. Ce que vous avez à nous en dire est bien évidemment au cœur de nos préoccupations, c'est le sujet aujourd'hui, on entre vraiment dans la mécanique financière.

Qui veut s'exprimer pour commencer ?

FHF.- Les questions qui nous ont été transmises portaient sur ce qui s'est passé ces cinq dernières années et sur la vision sur les cinq prochaines années.

Sur les cinq dernières années, les établissements publics ont plutôt été sur une baisse de moyens puisque la convergence nous avait amenés à baisser nos moyens et sur la problématique de la réévaluation. Des établissements n'ont pas été réévalués depuis cinq à six ans sur leur état de dépendance et sont toujours financés de la même façon qu'il y a cinq ans, avec des personnes qui sont devenues de plus en plus dépendantes, avec la difficulté que cela représente.

Je mettrai de côté les dépenses d'énergie que l'on a aujourd'hui qui sont très ponctuelles sur la dernière année et peut-être celle à venir, mais pas sur les cinq dernières années.

Ce qui est aussi difficile pour nous, notamment en termes d'adaptation, c'est que notre budget dépendance est fixé en fonction du pourcentage que le Département nous accorde. En fonction des finances du Département, on doit calquer notre fonctionnement. Ce sont deux choses qui n'ont rien à voir. Quand le coût des matières premières sur les changes complets et le coût du personnel augmentent, cela n'a rien à voir avec la capacité budgétaire du Département. Effectivement, c'est assez compliqué.

Sur les cinq années à venir, la question se pose de savoir quelle sera la population à prendre en charge. J'aimerais savoir si, par le Département, on pourrait avoir une étude de la population. Depuis un certain temps, on a l'impression que vont arriver en retraite des personnes qui ont bénéficié de périodes de RSA longues avec des retraites faibles. Dans le discours de la course à la présidence de la République, on nous proposait une retraite à 1 100 € comme étant un seuil à

atteindre et, chez moi en tout cas, le coût est de 2 000 € par mois. Si le seuil à atteindre d'une retraite qui peut paraître correcte est de 1 100 €, il est évident que les gens ne pourront pas payer le séjour chez moi avec tout ce que cela représente.

Il est difficile pour nous de savoir quelle sera la population à l'aide sociale dans les cinq à dix ans à venir puisqu'on ne sait pas ce que deviendront les personnes qui auront faiblement cotisé. Depuis quelques années, on est plutôt sur des personnes qui ont connu le plein-emploi et qui ont des retraites qui, certes, ne sont pas parfaites mais qui ont parfois permis de payer le séjour pendant un ou deux ans.

Le taux d'aide sociale avait tendance à être à la baisse. J'ai plus d'inquiétudes à cinq ans de les voir remonter en fonction de la population qui risque d'arriver sur notre secteur.

URIOPSS.- Je rejoins ce qui a été dit précédemment. L'une de vos questions portait sur l'habilitation d'aide sociale partielle. Les adhérents de l'URIOPSS ne sont pas favorables à cette habilitation partielle pour les raisons que vient d'évoquer monsieur mais aussi parce que l'on parlait de marges de manœuvre dans le questionnaire. On parle plus d'atténuation du déficit plutôt que de marges de manœuvre. On constate que les EHPAD ont des déficits assez structurels et, si on passe à l'habilitation partielle d'aide sociale, ils pourraient accueillir des personnes qui ne bénéficient pas d'aide sociale et avoir plutôt une atténuation du déficit plutôt que des marges de manœuvre qu'ils pourraient développer.

L'habilitation partielle à l'aide sociale ne serait pertinente que sur des bassins de population mixtes. Or, dans le Nord, on a plutôt une population qui n'est pas très riche, cela ne concernerait donc que très peu de personnes âgées et, dans cinq ans ou dix ans, le pourcentage de ces personnes baisserait d'autant plus.

Intervenante.- Les habilitations ne permettent plus d'accéder à certains appels à projet.

Mme LÉTARD.- Les appels à projet orientent sur des établissements qui sont 100 % habilités ?

FHF.- Pour bénéficier des subventions de la CNSA, on nous demande d'être habilités à 100 % ou au moins à plus de 50 %. Si vous êtes déshabité en dessous de 50 %, vous ne bénéficiez plus des aides financières pour vos projets.

Les établissements qui ont des taux d'occupation à 90 ou 95 % ne peuvent pas dégager de marge pour faire de l'investissement, même à 10 ans. Si un EHPAD n'a pas ces aides apportées au financement, il ne peut pas faire d'investissement.

Mme LÉTARD.- Aujourd'hui, la CNSA intervient sur ces appels à projet en subvention ?

FHF.- Avant, la CNSA parlait même de taux de subvention allant jusqu'à 40 %, on est plutôt maintenant à 12 ou 15 %. La CNSA aide les projets de restructuration, de suppression de chambres à deux lits, des projets de restructuration sur de l'équipement, des projets innovants à raison de 20 %, mais, si on n'a pas d'habilitation à l'aide sociale, on ne peut pas avoir d'aide de la CNSA.

Intervenante.- Il faudrait rappeler comment cela se passe quand on est habilité à l'aide sociale ou pas en fonction de la fixation des tarifs.

FHF.- Effectivement, quand on est déshabité à l'aide sociale en partie, on peut fixer ses tarifs et on n'est plus dépendant du Département.

Mme LÉTARD.- Même si vous êtes partiellement à l'aide sociale ?

Intervenante.- Si on est à 50 % habilités à l'aide sociale et 50 % non habilités à l'aide sociale, sur la partie aide sociale, le tarif est fixé par le Département, il est différent en fonction des territoires, c'est un tarif à la journée qui est différent. C'est une spécificité du Nord, cela crée aussi des inégalités territoriales. Sur l'autre partie non habilitée à 50 %, l'établissement peut fixer son tarif.

FHF.- Il peut augmenter ses tarifs sans avoir l'accord du Département.

Intervenante.- Pour quelqu'un habilité à 100 % à l'aide sociale, le tarif augmente de 1 % chaque année, ce qui ne couvre pas du tout le service apporté dans le cadre du tarif hébergement. De plus, on entend aussi de plus en plus de choses avec le scandale ORPEA, on parle d'intégrer à nouveau les prestations de linge dans le tarif hébergement. Dans tout ce qui est numérique, les abonnements à la messagerie professionnelle santé ne seront plus forcément pris en compte alors qu'on parle d'intégrer le Wifi dans chaque chambre. Il y a des choses qui sont en cours de réflexion et qui ne sont pas encore validées.

Mme LÉTARD.- Qu'en pensez-vous ?

Intervenante.- Si l'on continue d'avoir une augmentation de 1 %, soit c'est le résident... mais on n'a pas de marge de manœuvre quand on est habilité à 100 % à l'aide sociale et on parle de la baisse du pouvoir d'achat. Au niveau des CCAS et du service public, on s'adresse en général à des personnes précaires. Du coup, cela ne peut passer que par une augmentation des tarifs.

FHF.- Si on libère trop les tarifs, on créera de l'aide sociale. Si je demande 2 700 €, j'ai plus de chances d'avoir des gens à l'aide sociale que si je demande 2 000 € puisque j'augmente le reste à charge. À un moment donné, le reste à charge ne peut pas être pris en charge parce que les retraites sont trop faibles.

C'est un système très compliqué. La déshabilitation, c'est une vision qui est intéressante en tant que gestionnaire parce que, si on n'est plus sur le 1 % du Département, on peut commencer à avoir des idées et à faire des choses. Cela représente des volumes faibles et cela complique tout de même, géographiquement. Si vous êtes à Bondues, c'est plus facile de déshabiliter que si vous êtes en Sambre-Avesnois.

C'est une idée qui mérite d'être creusée géographiquement différemment et en fonction du type d'établissement et de la prestation qui est rendue.

Mme LÉTARD.- C'est compliqué parce que, si cela relève de la CNSA, il n'y a pas la vision fine territoriale que vous évoquez. Si on allait dans cette direction, il faudrait avoir un regard différencié selon la réalité territoriale dans laquelle vous vous trouvez. Il faudrait pratiquement avoir une stratégie différente par bassin de vie.

CCAS.- *(Inaudible)*.

Mme LÉTARD.- Au niveau national, ils ont conscience de ce vous évoquez ?

Intervenant.- Non.

FHF.- Aujourd'hui, on dirige un établissement sur lequel on n'est pas acteur de la rémunération du personnel. Quand on décide d'augmenter d'un point au niveau de la fonction publique ou de créer le Ségur de la santé, on n'est pas acteur. Sur 75 % de notre budget, on n'est pas acteur. On a 17 % du budget qui explose aujourd'hui sur les dépenses d'énergie, sur les dépenses de la vie courante et notre recette est figée à 1 % d'augmentation par le Département. Il faut avoir la

capacité de faire plus d'activité et de créer de la recette, mais, comme on est déjà tous à 92 % ou 95 % de taux d'activité, on est devant un mur. On ne sait pas comment on va sortir de tout cela et encore moins comment investir demain puisqu'on ne crée pas de marge.

Intervenante.- On fait aussi les mêmes constats sur la dépendance. La dotation baisse d'année en année alors que la dépendance des résidents en EHPAD est de plus en plus élevée. Entre 2017 et 2021, ce sont moins 5,83 % sur la dotation dépendance.

Dans la fonction publique par exemple, on parle du dégel du point, mais on ne sait pas exactement de combien. Il y a le changement du statut des auxiliaires de soins et des infirmières qui vont changer de cadre d'emploi, cela représente 20 000 € par an, mais, quand on demande comment ce sera pris en compte dans les dotations, on n'a pas vraiment de réponses.

Intervenante.- Ce n'est pas financé par les Départements, mais par l'État et par des crédits non reconductibles. Il n'y a aucune visibilité sur la prise en compte de ces mesures sur les années suivantes.

Mme LÉTARD.- C'est la CNSA aujourd'hui qui paie ou l'État ?

Intervenante.- L'État.

FHF.- Ce sont des dispositifs spécifiques. Avec le « quoi qu'il en coûte », on ne sait pas très bien.

Mme LÉTARD.- Pour l'instant, vous n'avez pas de visibilité sur la pérennité ?

FHF.- Non parce qu'on n'est pas financé sur le « quoi qu'il en coûte », on ne connaît pas les modalités de répartition.

Intervenante.- Sur la vision et la prospective, on pense que les personnes retarderont le plus possible leur entrée en EHPAD. C'est déjà la dernière solution, mais je pense que les nouvelles générations qui arriveront auront la volonté de rester à leur domicile, peut-être encore plus que maintenant. La moyenne d'âge de l'entrée en EHPAD est de plus en plus retardée, elle est de 88 ou 89 ans. Les établissements devront donc prendre en charge de plus en plus de perte d'autonomie, de dépendance et de soins.

Cela va être de plus en plus compliqué. L'enjeu de maintenir un lieu de vie avec des personnes qui seront de plus en plus dépendantes, avec des gros problèmes cognitifs, cela pose aussi la question de conception du lieu de vie, de son animation, etc.

Mme LÉTARD.- En plus, il faut imaginer l'EHPAD de demain. On reste à domicile le plus longtemps possible. On voit aujourd'hui qu'on y arrive de plus en plus tard et, quand on arrive au stade d'aller vers l'EHPAD, c'est que l'on est en fin de parcours de vie avec une très grosse dépendance, une vie sociale qui peut être extrêmement limitée et un changement par nature de ce qui se passe dans l'EHPAD.

Cela veut dire que le ratio d'encadrement devra évoluer. On se rapproche d'ailleurs plus du sanitaire que du médicosocial. Dans ce que vous décrivez, on voit bien qu'un pôle gériatrique d'hôpital aura les mêmes problématiques que ce que vous allez traiter en EHPAD.

Intervenante.- En termes de ratios, je pense qu'il faut qu'on aille vers des ratios plus proches de ceux du handicap qui sont de l'ordre d'un pour un. Cela aura beaucoup plus de sens pour l'EHPAD de demain en termes de lieu de vie. Il faut s'inspirer davantage du modèle du handicap que du modèle de l'hôpital.

Au-delà du ratio, il faut repenser la question des typologies des professionnels que l'on recrutera demain dans nos établissements. Aujourd'hui, on focalise beaucoup sur le ratio de soignants au sens strict par résident. Je pense qu'il faut aborder avec les pouvoirs publics la question d'autres professionnels à intégrer dans les établissements, dans les EHPAD de demain.

Mme LÉTARD.- A quoi pensez-vous exactement ?

Intervenante.- Je pense aux métiers de l'animation, de l'hôtellerie et de la restauration.

Ce que l'on souhaite tous pour nos proches et nous-mêmes, c'est rester chez soi le plus longtemps possible, mais, quand la réalité de l'EHPAD arrive, il faut que l'EHPAD ait une vraie valeur ajoutée par rapport au fait de rester chez soi. Cette valeur ajoutée, c'est le soin, mais on peut le trouver dans les structures plus sanitaires, il faut donc que les EHPAD proposent d'autres services notamment liés à la question du lien social. Même si l'on accueille de la dépendance de plus en plus lourde, adaptons-nous aussi à ces personnes.

Mme LÉTARD.- Vous dites que vous avez des personnes de plus en plus lourdement dépendantes, mais qu'il faut créer du lien social et de l'animation. C'est une équation difficile, c'est le grand écart. La part du public concerné dans les EHPAD va être *borderline* par rapport aux structures hospitalières et il faut maintenir pour autant une vraie valeur ajoutée. Quand la personne quitte son domicile, c'est parce qu'elle est isolée, très dépendante, voire en danger. Entre ce que l'on peut faire socialement et collectivement et l'hôpital, c'est là qu'il faut imaginer ce que peut être demain ce segment-là.

Il y a aussi la problématique aggravée, de plus en plus importante des maladies neurodégénératives. Alzheimer peut très vite avoir des conséquences sur l'incapacité à maintenir certaines personnes et il s'agit peut-être d'avoir une unité adaptée avec les appétences professionnelles qui vont de pair, qu'on ne trouve pas toujours dans l'accompagnement à domicile, en tout cas pas avec la même intensité.

Comment peut-on l'imaginer ? Est-ce que cela a plus vocation à accueillir des publics qui sont lourdement dépendants physiquement ? Quelles sont les typologies de personnes âgées que vous recevez aujourd'hui ?

CCAS.- Il y a une aggravation de la dépendance, cela paraît être le socle commun.

Pour rebondir sur votre question, je dirai qu'on est vraiment sur un choix compliqué. Comment envisager une structure globale au niveau de cette question ? Je ne suis pas spécialiste, ni responsable d'EHPAD, mais je pense que c'est autour de la sectorisation dans un ensemble d'établissements. Au-delà de la question de l'augmentation de la dépendance, il y a aussi la question des professionnels et de leur intérêt à venir dans cet ensemble. À travers tous les exemples que l'on peut donner d'animation des lieux de vie sous différentes formes, c'est à la fois à mon avis valoriser le personnel y compris dans sa vocation exclusivement sanitaire et c'est aussi avoir un facteur de prévention par rapport aux maltraitances qui peuvent exister. Plus le regard sera multifactoriel, plus on évitera un face-à-face qui est parfois douloureux. On comprend comment les dérapages peuvent exister dans ce face-à-face.

C'est évidemment une nouvelle configuration et je le vois autour de la sectorisation. Après, il faut que l'on ait la capacité d'avoir des deux côtés des professionnels qui s'adaptent.

Intervenante.- C'est vrai que, au niveau de la sectorisation, cela pourrait être une piste pour les années à venir. Aujourd'hui, on accueille des personnes âgées dépendantes physiquement, des

personnes âgées avec des troubles cognitifs, des personnes qui ont des troubles psychiatriques, mais on a aussi des personnes plus autonomes, même si on en a moins. On doit réussir à faire vivre ensemble toutes ces personnes.

Ce que disait monsieur par rapport aux professionnels est très juste aussi puisque c'est porteur de sens. Le tout est de retrouver du sens dans les missions confiées à chacun où les résidents eux-mêmes trouvent sens.

La mécanique financière est en effet compliquée. Selon les territoires, les tarifs sont différents, c'est vrai que c'est source d'inégalités et je trouve aussi que c'est source de non-transparence pour les familles et les résidents. Si c'est déjà complexe pour nous, je suppose que, pour le grand public, cela l'est encore davantage.

Ensuite, par rapport à l'habilitation partielle, on est plutôt favorable au maintien des habilitations partielles. Je pense qu'une analyse fine du territoire est vraiment indispensable. Sur certains secteurs, comme dans l'Avesnois, l'habilitation est nécessaire, sur Louches aussi.

Nous sommes favorables également à ce que ceux qui en ont la capacité payent, c'est un juste équilibre, mais c'est complexe.

C'est complexe aussi de se projeter, surtout que, dans les faits, on ne sait pas non plus quelle sera la population accueillie dans les années à venir. En sortie de Covid, on a vraiment une dépendance qui s'est accentuée, je pense que cela va être encore le cas pendant plusieurs années, mais avoir une étude de la population à venir serait une bonne chose.

Ensuite par rapport aux territoires, quand on se projette sur les cinq ans à venir, il faut vraiment que l'on soit en réponse juste du territoire : quels sont les besoins de notre territoire ? Comment l'EHPAD peut jouer son rôle de plate-forme gériatrique aussi bien pour les personnes qui ont juste besoin d'un petit moment de vie sociale que les personnes qui ont besoin de soins importants ? On doit être EHPAD ressources, peut-être même pas s'appeler EHPAD. En tous les cas, on doit pouvoir offrir de multiples services et surtout créer des passerelles entre le domicile et ceux qui malheureusement ne peuvent plus rester à domicile.

Intervenante.- Je suis d'accord avec ce qui a été dit. J'ajouterai simplement un point par rapport aux EHPAD hors les murs. On sait qu'à domicile, il peut avoir de plus en plus de violences, il faut en avoir conscience, la maltraitance peut être aussi très forte et bien tenue secrète ; d'où l'importance d'avoir des EHPAD ouverts pour accueillir les aidants qui sont parfois à domicile et qui ont besoin de temps pour eux.

Dans le domaine de la prévention, les EHPAD ont aussi un rôle à jouer, notamment au niveau d'un territoire.

On a parlé de la problématique des métiers. Il va y avoir une réforme de la convention collective 51 à 66 qui va nous coûter plus. Là aussi, qui va prendre en charge ?

Mme LÉTARD.- C'est à quelle échéance ?

Intervenante.- *A priori*, cela va nous être imposé dans les deux ans.

Mme LÉTARD.- Est-ce que quelqu'un souhaite ajouter quelque chose sur la révision des conventions collectives ? Est-ce que cela vous inquiète ? Est-ce que l'impact que cela pourrait avoir sur vos modèles économiques pourrait être significatif ?

SYNERPA.- Les modèles économiques aujourd'hui sont très tendus.

Mme LÉTARD.- Il faudrait augmenter le prix de la journée significativement ?

SYNERPA.- Oui, mais ce n'est pas possible non plus.

Intervenante.- Là aussi, il y a des déséquilibres suivant les EHPAD. Les prix de journée vont de 55 € à 68 €.

SYNERPA.- Au niveau du SYNERPA, il y a aussi une révision de la classification de la convention collective et cela risque d'amener des augmentations dans les établissements. Nous avons une convention collective qui se tasse ; avec les augmentations du SMIC, les plus bas salaires passent sous le SMIC. Il faudrait faire en sorte qu'ils soient moins souvent au-dessous du SMIC.

On parlait des énergies, mais la restauration risque d'augmenter fortement aussi dans les mois à venir.

Mme LÉTARD.- Les postes énergie et alimentation vont impacter significativement les EHPAD.

FHF.- On a été impacté énormément sur les assurances, cela a été astronomique. À partir du moment où il y a deux ans de plus pour la retraite, les assureurs disent qu'il y a un risque qui sera couvert deux ans de plus. Il y a donc eu une augmentation forte des assurances, des prix ont doublé.

Nous avons eu le Ségur de la santé dans la fonction publique et, à la fin, il faut l'équilibre des salaires, sinon nous récupérons les infirmières et les aides-soignantes et vous n'en avez plus. Du coup, vous les augmentez. Nous subissons cette hausse des salaires qui est conséquence, qui est couverte aujourd'hui par le « quoi qu'il en coûte », c'est le soin qui couvre nos aides-soignantes et nos ASH, alors que cela devrait l'être pas l'hébergement. Cela a été couvert par ce « quoi qu'il en coûte », parce que tout est parti dans les dépenses Covid. Cette année, les dépenses Covid vont disparaître et cela va revenir à la surface.

Je reviens sur l'EHPAD. Aujourd'hui, l'EHPAD doit être réformé puisqu'on est un EHPAD fourre-tout. Je suis capable d'accueillir quelqu'un de valide qui, parce qu'il ne se sent plus en sécurité dans son coin isolé, a décidé de venir à l'EHPAD. Par contre, je vais devoir le faire manger avec quelqu'un de désorienté, avec quelqu'un qui n'est plus valide et qui bave dans son fauteuil. On est arrivé à la limite de ce qu'on peut humainement apporter comme prestations en EHPAD. C'est difficile à dire puisque je critique le produit que je vends, alors qu'il faut que j'aie des entrées. Je ne peux pas afficher clairement dans La Voix du Nord que ce que l'on fait n'est pas terrible, je ne l'affiche pas, mais il nous faut des repères.

C'est difficile. On parle de maltraitance mais c'est parfois subi. Aujourd'hui, je crée de la maltraitance par le fait que je fais cohabiter des gens qui n'ont rien à voir entre eux et que je n'ai qu'un bâtiment où j'enferme 90 personnes parce que deux personnes risquent de fuguer. Je ne peux pas créer des espaces et surveiller suffisamment les gens.

C'est une vraie difficulté et c'est vraiment problématique sur la qualité de vie des personnes âgées. Je maintiens que j'enferme 90 personnes parce que j'ai deux fugueurs. C'est compliqué, on a la pression des familles. Quand quelqu'un entre dans une chambre, il veut la garder jusqu'au bout alors qu'il vaudrait mieux qu'il soit dans un autre niveau.

Mme LÉTARD.- Il serait possible de faire des unités.

FHF.- Si je devais construire un EHPAD, je prévois trois espaces : une unité de dépendance physique, une unité de dépendance Alzheimer et une unité autonome. Je ferais cohabiter ces

personnes, peut-être sur des temps d'animation, tout en protégeant ceux qui vont bien d'une cohabitation difficile.

J'ai une salle à manger dans laquelle mangent 70 personnes. Si un jour je dois faire entrer quelqu'un dans cette salle à manger, je vais le faire asseoir à une table où il ne connaîtra personne, avec des gens qui auront envie de discuter ou pas du tout parce qu'il prendra la place de la personne décédée. Je ne peux pas changer toute la salle à manger. Là, je crée une forme de mauvaise qualité de vie parce que je gère mon établissement.

Mme SCAVENNEC.- Comment sentez-vous aujourd'hui l'aspiration des gens ? Est-ce que c'est dans un premier temps rester à domicile le plus longtemps possible ? Dans un deuxième temps, parce que l'aspiration à du lien social existe et que l'on peut aussi, tout en étant valide, avoir un sentiment d'insécurité lié à l'âge et à une forme de dépendance bien qu'elle soit modeste, est-ce plutôt de l'habitat inclusif, toutes ces expériences qui se développent de plus en plus, qui correspondent peut-être davantage à ce qui permettrait de ne pas aller vers l'établissement tel que vous le décrivez là ? Comment voyez-vous les complémentarités avec ces différentes formes ou ce dont on parle beaucoup aujourd'hui ?

FHF.- Il s'agit d'avoir de multiples réponses et pas une seule, d'avoir une carte de réponses que vous pourrez utiliser en fonction du vieillissement de la personne. Cela a du sens, mais, aujourd'hui, ce n'est pas ce que l'on fait. Aujourd'hui, vous prenez l'EHPAD qui n'est pas très loin de chez vous parce que cela permet de garder le contact avec votre environnement et cet EHPAD prendra aussi bien des gens très dépendants que des gens peu dépendants.

Il faut aussi savoir qu'on est constitué sur un système avec des financeurs. La santé, c'est une unité de soins de longue durée, c'est donc l'ARS. L'EHPAD, c'est le Département. Tout cela ne communique pas forcément dans les enveloppes que chacun doit mettre.

Mme LÉTARD.- Pour l'habitat inclusif, comme c'est assez innovant, ce sont des financements qui montent en puissance tout doucement. C'est encore expérimental et c'est un modèle.

Intervenante.- La volonté était d'inclure l'habitat inclusif en centre-ville, d'arrêter d'excentrer de petites unités de vie, pour que les personnes continuent d'aller à la pharmacie, de voir des jeunes qui sortent de l'école, etc. On reste encore pour le moment sur de toutes petites unités et on est plutôt sur quelques structures à la marge, avec par exemple des personnes vieillissantes souffrant de troubles psychiatriques ou des personnes handicapées mais sur le même profil. Initialement, l'habitat inclusif était sur l'inclusion dans la cité, avec des jeunes, des moins jeunes, du handicap.

Mme LÉTARD.- L'intergénérationnel.

Intervenante.- Là, on est plutôt sur du « mono public » en micro unités.

Intervenante.- L'offre en amont et intermédiaire, c'est la résidence autonomie.

Mme LÉTARD.- Une résidence service ou une résidence autonomie permet une sécurisation des personnes dans un établissement qui propose un minimum de services collectifs, tout en étant ouvert à toute l'activité au cœur de la ville, tout en bénéficiant de toute la vie sociale, culturelle quand on est en capacité d'en bénéficier, ce qui permet d'avoir des liens avec l'environnement, tout en bénéficiant des services de l'univers médicosocial ou médical qui se trouve autour de l'établissement. C'est déjà intermédiaire intéressant.

FHF.- Cela a existé très longtemps, cela s'appelait les foyers logements. La sécurité incendie les a fait fermer en grande partie, mais cela marchait extrêmement bien.

CCAS.- Des structures entre le domicile et l'EHPAD sont encore portées par le CCAS. Les gens sont vraiment en appartement.

Mme SCAVENNEC.- Ce sont des établissements ou des structures plutôt représentées par l'URIOPSS ?

(Discussions croisées)

Mme LÉTARD.- Les résidences autonomie et les résidences services, ce sont plutôt les CCAS.

On parlait du maillage et de ce que doit être l'EHPAD de demain. On a rebondi sur la résidence autonomie parce que c'est un vrai chaînage.

Intervenante.- Ceci dit, les résidences autonomie sont confrontées aussi à un fort vieillissement avec des entrées de plus en plus tardives.

Mme LÉTARD.- Les gens s'y sentent bien et n'ont pas envie de partir bien qu'ils deviennent très dépendants.

CCAS.- Les personnes qui sont là-bas bénéficient de l'APA. Cela permet de faire intervenir en résidence un service d'aide à domicile. Les personnes louent un appartement, c'est chez elles, elles peuvent accueillir les services d'aide à domicile.

Mme LÉTARD.- Pour revenir à notre cœur de préoccupation, le montant de l'APA, la prestation APA dans votre équation générale, qu'attendez-vous aujourd'hui de cette intervention et, si on se projette dans les cinq ans à venir, comment voyez-vous les choses ?

FHF.- Dans un premier temps, je dirai qu'il faut qu'elle soit évaluée régulièrement, annuellement, et pas au bout de cinq ou six ans. Le système de la grille AGGIR vaut ce qu'il vaut, il n'est pas parfait parce qu'il ne prend pas beaucoup en compte la dépendance Alzheimer, la désorientation, ce qui est pourtant lourd à prendre en compte pour les agents, il manque donc ce phénomène puisque ce système a été mis en place il y a très longtemps. Il faut une réévaluation, à partir du moment où on est réévalué et qu'on entend que la réévaluation vaut financement...

Mme LÉTARD.- Pour vous, il faudrait que ce soit à quelle fréquence ?

FHF.- Une fois par an.

À la fin, la notion de la dépendance en établissement est moins chère que l'APA au domicile. Chez nous, on a un forfait de 5 € et quelques, ce n'est pas du tout ce qui est payé au domicile.

CCAS.- Il serait intéressant également qu'il y ait un vrai dialogue de gestion. Pour le moment sur les CPOM, concrètement, on est en lien avec l'ARS et le Département sur l'aspect santé, l'aspect APA, mais, finalement, ce sont des institutions qui ne se parlent pas systématiquement, pour ne pas dire qu'elles se parlent très rarement, ce sont juste des professionnels qui n'ont pas le temps. Force est de constater que, alors que le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est censé être obligatoire pour les EHPAD, que c'est un contrat entre l'ARS, le Département et l'EHPAD sur les projections budgétaires et le respect de ces projections budgétaires, il n'y a pas un vrai suivi et un vrai dialogue. Normalement, le CPOM implique une vraie négociation entre le directeur de l'EHPAD qui connaît ses besoins, ses résidents, ses projections, et l'autorité de

tutelle. Pour le moment, on est plutôt sur : « ce sera du 1 % » et c'est une automatisation. Il faudrait au moins une réunion tous les ans ou deux fois par an.

Intervenante.- Notre recommandation était aussi d'analyser les ratios d'ERRD (?), c'est-à-dire de ce qui a été vraiment réalisé. Apparemment, ce sont les EPRD, qui sont du prévisionnel, qui sont évalués automatiquement mais on ne fait pas le point sur les dépenses réelles alors qu'il peut y avoir eu plus de vacataires.

CCAS.- On regarde les prévisions, mais pas ce qui a été consommé. Il n'y a pas de réévaluation, ni de réajustement à la réalité, et ce, sur plusieurs années avec une inflation, avec un taux de dépendance qui croît, etc.

Mme LÉTARD.- A quelle fréquence voyez-vous cela ? Vous êtes d'accord sur la façon dont il faudrait le faire, à quel rythme et à quelle fréquence ?

FHF.- Je dis un an parce qu'aujourd'hui, cela change assez vite. Avant, lorsque quelqu'un entrait en EHPAD, il restait quatre à cinq ans et, aujourd'hui, il y reste un an et demi, cela change beaucoup.

Le Département a fait le choix de nous appliquer des taux et je le comprends. Si vous mettez quelqu'un devant moi au Département, je vais trouver ce que je ne fais pas bien et combien il faut pour le faire bien. Il ne discute plus avec moi, il me dit que c'est 1 %. Du coup, je ne discute plus non plus puisque cela ne sert à rien et j'applique 1 %. C'est une solution de facilité qui, à long terme, n'a pas de sens parce que, avec 1 %, je ne crée pas de d'excédent, ni de possibilité d'investissement. À un moment, soit on fera comme de 1991 à 1996, un plan État-Région humanisation des établissements, soit cela se cassera la figure.

Je me souviens de l'époque où l'on négociait avec le Département. On présentait nos projets et on nous donnait 1,5 % ou 2 % parce que le projet était intéressant. Maintenant, c'est 1 % pour tout le monde et point à la ligne, il n'y a pas de discussion. On ne parle plus avec eux ; résultat, on a des problèmes, on les appelle pour le dire et ils disent « non, c'est 1 % ».

Je peux prouver ce que j'ai besoin de faire pour que cela aille mieux pour les personnes âgées dans mon établissement, mais je peux comprendre qu'ils ne peuvent pas l'entendre.

CCAS.- Pour les CCAS, on n'est même plus dans le fait d'essayer d'avoir une trésorerie correcte et d'avoir un certain niveau qui nous permettrait de voir plus loin, d'investir, de faire des choses un peu innovantes. Là, on essaye juste de couvrir les dépenses réelles et on n'y parvient même pas. C'est comme pour les SAAD, à moindres frais tout de même que pour les SAAD. Pour les EHPAD, on compense chaque année les pertes.

Intervenante.- Il y avait la question du taux d'encadrement normé, cela avait été aussi évoqué.

Mme LÉTARD.- Il y a le taux d'encadrement et l'absentéisme. Est-ce que vous souffrez beaucoup de l'absentéisme dans vos établissements ?

Intervenante.- Oui. Clairement, on l'a entendu quand on est allé rendre visite à l'école d'infirmières, des élèves infirmiers travaillent dans les EHPAD en tant qu'aides-soignants dans le cadre de leur formation.

FHF.- On peut nuancer la difficulté. Aujourd'hui, quand Madame BOURGUIGNON dit que l'on va créer 4 000 postes d'infirmières, cela ne va pas lui coûter cher, il n'y en a pas. On peut me dire

demain que j'ai deux postes de plus, je ne vais pas dépenser un centime, il n'y a pas d'infirmières sur le marché.

Mme LÉTARD.- Par manque de places en formation ?

Intervenante.- C'est l'attractivité.

FHF.- Cela va se dégrader énormément à cause de Parcoursup. Avant, à l'école d'infirmières, vous faisiez un concours de recrutement, vous aviez quelqu'un qui voulait être infirmier. Aujourd'hui, certains mettent cela en troisième ou quatrième choix de Parcoursup et, quand ils arrivent, ils disent « ce n'est pas terrible, ce n'est pas ce que je veux faire » et ils s'en vont. Cela ne va pas s'arranger.

Intervenante.- Un tiers des étudiants en IFSI abandonnent la première année.

Mme LÉTARD.- Parce qu'on les a mal orientés ?

FHF.- C'est Parcoursup.

Intervenante.- Quand c'est parfois en troisième choix, on n'a pas de vocation.

Intervenante.- Les écoles n'ont plus la possibilité de choisir leurs élèves, elles doivent choisir sur dossier, mais les dossiers sont les mêmes puisque les lettres de motivation sont des copier-coller, on ne peut même plus s'appuyer sur les dossiers. La motivation des élèves qui arrivent en école d'infirmières n'est plus du tout la même. Du coup, il y a des désillusions et des réalités qui ne correspondent pas du tout à ce qu'ils avaient projeté en tant qu'étudiants dans ces écoles. C'est pourquoi il y a beaucoup d'abandons dès la première année, beaucoup plus qu'avant.

SYNERPA.- En plus, après, quand ils sont diplômés, ils n'ont pas forcément envie de venir travailler en EHPAD.

Mme LÉTARD.- Je reviens sur l'absentéisme. De quelle proportion est-il en moyenne dans vos établissements ?

(Réponses croisées inaudibles).

FHF.- Le nombre d'accidents de travail est plus important que dans le bâtiment, par exemple sur des problématiques de lombalgie.

CCAS.- Les indemnités journalières pour les agents titularisés nous coûtent cher, il faut payer les IJ et le coût des remplacements.

Intervenante.- On retrouve les mêmes enjeux que les services à domicile. C'est pourquoi la cohérence d'une vraie politique allant du domicile à des établissements intermédiaires type résidence autonomie ou habitat inclusif vers EHPAD qui pourraient aller vers le domicile est une vraie politique globale à mener.

Mme LÉTARD.- Que pensez-vous du rapport Libault sur tout cela ?

FHF.- C'est un rapport qui vient s'ajouter à tous les rapports que nous avons depuis un certain temps, qui fait la même conclusion depuis tout le temps : le ratio devrait être à 0,8 ou 1 pour 1, on est plutôt à 0,6 et on ne sait pas comment on va y aller. Je suis en phase avec ce qui est écrit dans le rapport Libault, mais on ne sait pas comment cela va être financé, qui va le financer et quand. C'est comme les rapports précédents. Je crois que le premier qui a dit 1 pour

1 était Raffarin quand il était Premier ministre – cela fait un moment – et on n’a toujours pas bougé d’un pouce.

Mme LÉTARD.- Le problème est que c’est bien de le dire mais il faut sortir les moyens qui vont avec. Rien qu’avec ce qu’on s’est dit depuis ce matin, on mesure l’énormité du sujet à l’échelle nationale, on voit bien qu’il faut un vrai choix d’effort national à consentir sur ce modèle, qu’il soit à domicile d’ailleurs ou en établissement. Le choix est de savoir ce que l’on veut pour nos aînés, si on veut véritablement considérer que la société doit être bien traitante et être à la hauteur de ce qui va se passer démographiquement et humainement. Est-ce que l’on fait quelque chose ou est-ce que l’on veut revenir à ce que certains ont pu connaître au début des années quatre-vingt avant qu’on ne s’attaque vraiment à transformer le modèle qui n’était pas du tout celui-là ?

On a parfois le sentiment que l’on va revenir à ce qui existait préalablement parce que, petit à petit, de fait, sans toucher à rien, chacun reste dans son couloir et fait ce qu’il peut avec les moyens du bord.

Intervenante.- Il y avait aussi un bénévolat qui accompagnait beaucoup.

Mme LÉTARD.- On doit se centrer sur l’APA et voir comment on progresse au niveau départemental sur la question APA établissement dans vos relations avec le Département. Là, on a compris, le premier message est clair, vous souhaitez retrouver un lien plus régulier entre le Département et l’EHPAD sur la façon d’évaluer l’évolution de l’APA et qu’elle ne soit pas systématisée à 1 % quand on est sur certains types d’établissements habilités et surtout, s’il y a des CPOM, que l’on puisse de façon régulière retrouver un dialogue qui peut être l’occasion d’évaluer de façon régulière les besoins, les moyens, l’évolution des publics accueillis et donc la réalité de l’établissement.

CCAS.- Sur la grille AGGIR, qui est une obligation nationale, il faut peut-être prendre en compte les troubles cognitifs pour mieux adapter la prise en charge. La grille AGGIR ne prend pas en compte ces troubles qui nécessitent un accompagnement au domicile ou en établissement.

Mme LÉTARD.- Est-ce que la part de la population handicapée vieillissante est significative ?

FHF.- Ce n’est pas du tout le même monde. Les personnes handicapées entrent en EHPAD entre 55 et 62 ans. La cohabitation est difficile en établissement. On peut créer des bâtiments différents, mais ce n’est pas de la cohabitation et il faudrait deux tarifications différentes.

(Discussions croisées inaudibles)

Mme LÉTARD.- On a une population handicapée vieillissante. Il est étonnant que le monde du handicap n’ait pas négocié et obtenu une tarification dédiée pour l’accueil des populations vieillissantes en EHPAD.

FHF.- En général, la problématique se pose dans les CAT parce qu’ils ne peuvent plus travailler, il faut donc que la personne sorte du CAT et qu’elle sorte du handicap puisqu’elle est retraitée. Chez nous, on ouvre peu les portes parce que, si on les accueille, on baisse la tarification et, pour les personnes, c’est une cohabitation compliquée.

Mme LÉTARD.- En clair, le principe est que l’on considère que les personnes handicapées vieillissantes doivent s’intégrer dans l’univers des établissements classiques, que l’on ne doit pas les mettre à part, mais les réalités du handicap font qu’un certain nombre de problématiques

doivent être accompagnées de façon particulière, avec de la formation et des professionnels adaptés que l'on n'a pas dans les EHPAD.

Intervenante.- Des personnes qui viennent du handicap viennent parfois travailler dans les EHPAD.

Intervenante.- C'est pareil dans notre CHRS, on n'arrive pas à placer les personnes dans les EHPAD parce que la problématique est trop grande. La question se pose de savoir si on ne doit pas ouvrir des structures pour ces personnes vieillissantes.

Mme LÉTARD.- Je pense que nous avons bien entendu le message sur la récurrence qu'il doit y avoir dans la prise en compte des évolutions même internes des publics accueillis et donc de l'adaptation qui doit vous être proposée en retour. Après, on a aussi toutes les autres difficultés qui relèvent de quelque chose de plus vaste pour le cœur de notre cible, on entend bien les problématiques qu'elles relèvent.

Pour revenir à la discussion qu'on a eue sur le politique, on voit bien que, à l'échelon du dessus, il faut que le sujet revienne. Est-ce que, dans ce mandat-ci, dans un contexte qui n'est pas le plus propice quand on voit l'étendue des dégâts dans tous les domaines, on prend en compte ce phénomène de société massif ou est-ce qu'on l'ignore ? C'est ce que je comprends.

Mesdames et Messieurs, un grand merci pour cette contribution, cela figurera dans la synthèse. Là aussi, si vous voulez collectivement et/ou chacun pour vos structures nous donner une contribution écrite qui reprendra les points que vous avez envie d'évoquer sur le cœur de l'APA, faites-le. Ensuite, si vous souhaitez nous interpeller sur d'autres points qui peuvent relever d'échanges avec le Département, n'hésitez pas à les formaliser par écrit, on vous en remercie par avance.

Je vous souhaite bon courage.

(La séance est levée à 13 h 25.)

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU NORD
Mission spéciale d'information et d'évaluation
relative à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Séance 7 – 5 mai 2022

Étaient présents :

Présidente de la mission spéciale d'information et d'évaluation de l'APA : Valérie LÉTARD

Pour le groupe Union Pour le Nord : Loïc CATHELAIN, Charlotte PARMENTIER-LECOCQ, Sylvie DELRUE

Pour le groupe Socialistes, Républicains et Citoyens : Josyane BRIDOUX, Didier MANIER

Pour le Groupe Communiste et Républicain, Pour l'Humain d'abord ! :

Pour le groupe Écologiste, EELV, Génération.s : Céline SCAVENNEC (Rapporteuse associée)

Étaient auditionnés :

Les représentants de la Direction de la modernisation et de l'évaluation

Marie GÉRARD, responsable du Pôle ingénierie territoriale, Direction de l'autonomie

Jean-René LECERF, Président du conseil de la CNSA

Ordre du jour

- ❖ Présentation du rapport d'évaluation de la politique de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de plus de 60 ans dans le Nord..... 2
- ❖ La politique départementale de lutte contre l'isolement 11
- ❖ Prévention de la perte d'autonomie et bien vivre son âge 22

(...)

❖ **Présentation du rapport d'évaluation de la politique de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de plus de 60 ans dans le Nord**

DMEN.- Je vais laisser la parole à Sophie GIEN et Alexis BAILLET pour préciser le périmètre de l'évaluation.

(Suite inaudible)

Mme GIEN.- Pour préciser ce périmètre, je vous propose un rappel chronologique de la création de la conférence des financeurs.

En fait, on inscrit dans cette chronologie la présence des centres sociaux. Dans les résultats de l'évaluation, on s'est beaucoup appuyé sur des investigations auprès des centres sociaux. On souhaitait rappeler l'implication des CCAS et centres sociaux.

- En 2009, il y a une convention entre la fédération des centres sociaux et socioculturels et la CNAV pour commencer à coordonner leur politique de prévention de la perte d'autonomie.
- En 2015, c'est le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, toujours avec les CCAS et les centres sociaux et donc un maillage qui s'accroît sur la coordination des financements et les interventions.
- La loi ASV de 2015 a confirmé l'adaptation de la société au vieillissement et a confirmé aussi le conseil départemental comme chef de file avec un rôle de coordination et d'animation.
- En janvier 2016 s'est mise en place dans tous les départements de France la conférence des financeurs, la CFPPA.
- Pour le Département du Nord, en octobre 2016, a été installée la conférence des financeurs présidée par Madame MANNARINO qui était vice-présidente.
- Le 12 décembre, une délibération du conseil départemental fixe les axes et les priorités de la stratégie en matière de prévention de la perte d'autonomie.

Sur la conférence des financeurs, on reprend les six axes d'intervention. C'est vraiment une coordination des interventions de tous les membres que l'on verra par la suite. Il y a eu deux concours financiers de la CNSA :

- L'un concerne le forfait autonomie pour les résidences autonomie, anciennement les foyers logements. Il y a eu 1,8 M€, soit 300 000 € répartis sur chacune des 60 résidences autonomie, et d'autres actions de prévention pour 3,6 M€ pour des appels à initiatives, 124 projets, les CLIC et les SPASAD. Sept structures ont été soutenues.

Ces financements et cette coordination s'appuient sur six axes d'intervention :

- L'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles.
- L'attribution d'un forfait autonomie.
- La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les SAAD.
- De même pour les SPASAD.
- Le soutien aux aidants.
- Le développement d'actions collectives, les fameux appels à projets.

Notre évaluation a porté sur les axes 2, 4 et 6 : l'attribution d'un forfait autonomie, la coordination et l'appui des actions de prévention par les SPASAD et le développement d'actions collectives, les appels à projets, ce qui est ensuite devenu Phosphor'âge.

DMEN.- *(Inaudible).*

Mme GIEN.- La composition de la conférence des financeurs

Les membres de droit :

- le bloc 1 avec les membres de droit (le Département, l'ARS, la MSA et la CARSAT) qui composent le bureau.
- Le bloc 2 : l'AGIR-ARRCO, l'ANAH, la CPAM et la mutualité française qui participent à l'assemblée plénière, à des comités techniques et des groupes de travail.
- À leur demande, d'autres membres composent le bloc 3 et la caisse ANGDM participe à d'autres instances.

Parallèlement et dans chaque département, un conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) est créé et se substitue au comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA) et au conseil départemental consultatif des personnes handicapées CDCPH qui représente les usagers.

M. BAILLET.- En termes de méthodologie employée, il y a eu à la fois des entretiens avec les parties prenantes et une analyse documentaire.

En termes d'acteurs rencontrés, nous avons rencontré 114 personnes.

- Des acteurs internes : au niveau du conseil départemental, la vice-présidente en charge de l'autonomie, la direction de l'offre de services de l'aide à l'autonomie et la direction de l'accès à l'autonomie.
- En territoire, nous avons rencontré des responsables de pôle autonomie et un directeur de prévention de l'action sociale.
- En termes d'acteurs externes, nous avons rencontré des membres de la conférence des financeurs, ainsi que les membres du CDCA.
- En termes d'opérateurs, nous nous sommes basés sur un panel d'organismes soutenus dans le cadre de (??) en 2018. Nous avons rencontré trois organismes et 25 porteurs d'action dans le cadre de l'appel à initiatives. Cela peut être des CCAS, des centres sociaux, des associations, trois résidences autonomie qui avaient bénéficié du forfait autonomie et deux services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

Nous avons aussi eu l'occasion de rencontrer lors de forums ou d'échanges dans les centres sociaux 21 seniors qui avaient pu bénéficier des actions collectives de prévention.

En termes d'analyse de documents, nous avons étudié 50 dossiers sur les 124 qui avaient été financés dans le cadre de l'appel à initiatives 2018 et d'autres documents structurants notamment au niveau national, divers documents à l'échelle départementale, des délibérations sur les forfaits autonomie.

Nous avons aussi un *benchmark* sur le fonctionnement, la communication des autres conférences des financeurs à l'échelle nationale.

Les résultats

Sur cette diapositive, vous avez les résultats en termes d'efficacité pour les seniors et les opérateurs. Dans la deuxième colonne, ce sont les critères d'évaluation.

(Suite inaudible)

Les résultats ont montré que l'adéquation entre les besoins des seniors et les actions mises en œuvre n'était pas forcément démontrée. Pour illustrer cet élément, que ce soit à l'échelle départementale ou à l'échelon local, les diagnostics s'appuient plutôt sur des données statistiques que sur le recueil des besoins des seniors qui peuvent bénéficier des actions, même si on note les thématiques exprimées par les seniors, par les acteurs locaux : l'isolement, les questions de la mobilité, l'éclatement géographique des familles. Dans le cadre de l'analyse des dossiers, on n'a pas vu d'actions qui répondaient à ces besoins des seniors.

Sur le fait que les seniors soient acteurs, c'était aussi l'objet de la politique de prévention, on note une différence d'implication, dans le cadre de nos échanges, c'est une sorte de cheminement dans l'implication des seniors.

Nos entretiens ont montré que l'on avait trois niveaux d'implication. Le premier, le senior est consommateur d'une action collective. De ce niveau de consommation d'activité, on arrive à une deuxième étape qui est la fédération d'un groupe de seniors qui permet de fédérer et de s'investir plus pleinement au sein de l'action, notamment en participant au comité de pilotage de l'action et en étant dans le repérage des personnes isolées. On arrive sur la troisième étape qui est l'objet de cette politique, celle de vraiment développer la prévention. On arrive à des actions mises en œuvre de manière coconstruite en associant les seniors au développement des projets.

Sur le troisième point, sur les déterminants santé et l'approche environnementale, point qui était aussi un des objets de la conférence des financeurs, on voit que les premiers effets sur la préservation du capital autonomie étaient difficilement mesurables puisque, quand nous avons fait l'évaluation, nous étions au deuxième appel à projets, donc sur le lancement de cette politique de prévention. Les premiers effets qui ressortaient étaient la création de solidarité et d'entraide entre seniors, mais la mise en pratique des actions qui pouvaient être faites collectivement par exemple à domicile n'était pas forcément mise en œuvre.

Intervenant.- *(Inaudible).*

Mme GIEN.- Il y a un rôle social important, aussi pour la santé... *(inaudible... bruits et conversations chuchotées en aparté parasites...)*

Passé le cap de comprendre que marcher, bouger, c'est bon pour le cœur, c'est lié aux aspects santé, soit ils n'en ont pas conscience, soit ils ne veulent pas forcément en avoir conscience. Le côté vieillir n'est pas forcément quelque chose qu'ils ont envie d'aborder. Un atelier sur la nutrition va être « on fait un gâteau », mais c'est pour le partager entre nous, pas pour que l'animateur dise que c'est important de se nourrir de telle et telle chose. Cela reste la convivialité et pas le lien avec le maintien en bonne santé pour le bien vieillir. On était encore au début de la mise en place.

On est allé à Douai dans un centre social. La responsable du centre social avait essayé d'organiser une visite de la maison médicale, au moins de faire intervenir des professionnels de la maison médicale et c'était le refus total. Ils ne voulaient pas mixer le côté centre social loisir avec la prévention en santé. Certains avaient déjà cette conscience, mais pas tous.

M. BAILLET.- Je poursuis sur les opérateurs. Deux critères étaient évalués : l'évaluation des projets et la contribution à la conception de stratégies locales.

En termes d'évaluation, nous avons noté un manque d'outils et de méthodologie pour évaluer l'efficacité des actions. On a pu le voir notamment lors de l'analyse des dossiers des porteurs de projet. Nous avons notamment noté une disparité en termes d'objectifs. Parfois, les objectifs des projets étaient un peu flous et cela créait des sortes de disparités entre les porteurs et, en termes de globalité, on avait des difficultés pour évaluer l'efficacité des mesures mises en œuvre.

Des bilans sont faits à six mois de l'action. En l'occurrence, lorsque nous avons fait l'analyse des dossiers, seulement la moitié des bilans avaient été compilés. C'était difficile de pouvoir les valider.

En termes de cibles, la CNSA parlait de cibles en termes de populations touchées notamment par GIR et tranche d'âge. Lors de l'analyse des dossiers, la moitié des porteurs de projets n'avaient pas complété l'atteinte des cibles, sachant que c'est un élément essentiel qui permet notamment le renouvellement des crédits de la part de la CNSA.

Mme GIEN.- Sur les GIR, on s'est aperçu également que les seniors n'étaient pas forcément dans les GIR. Ils ne savent pas ce que c'est. Cet indicateur au niveau de l'évaluation des actions est difficile à compléter puisqu'ils n'ont pas connaissance du GIRage de la population, du public ciblé (???)

M. BAILLET.- Sur la conception des stratégies locales, nous avons noté qu'il n'y avait pas forcément de connaissance de l'ensemble des projets qui étaient développés à l'échelle des territoires, qu'il n'y avait pas de partage entre les différents opérateurs, que ce soient les porteurs de projets de l'appel à initiatives entre les résidences autonomie ou les SPASAD. C'est pourquoi il y avait une prise de conscience des différents acteurs rencontrés pour mutualiser, dans l'objectif de rendre les actions plus efficaces et aussi de couvrir l'ensemble des territoires puisqu'il y avait toujours des zones blanches où il y avait un manque d'acteurs de prévention.

Sur les questions de la mutualisation, nous avons noté à titre d'exemple, notamment concernant les résidences autonomie, des difficultés à mutualiser les actions notamment en zone urbaine puisqu'il y avait des questions de concurrence entre structures et sur les zones rurales. On a un exemple sur une résidence autonomie de Jeumont qui devait mener des actions mutualisées avec Fourmies ; ces actions mutualisées devaient se faire dans chaque structure réciproquement et il était compliqué en termes de transport de mener ces actions.

Concernant la conférence des financeurs, pour rester sur ce terme de conception de stratégies locales, on est plus sur la question de l'animation à l'échelle locale. Nous avons noté un manque de dynamisme dans l'animation de la politique auprès des différents opérateurs. Cela s'explique notamment par la taille des territoires et aussi par le nombre de projets par territoire. À titre d'exemple, sur la Direction territoriale Métropole Lille, il y avait 70 dossiers sur les 124 ; en termes de suivi, cela pouvait être plus compliqué de vraiment s'impliquer sur l'ensemble des actions qui étaient développées concernant les pôles autonomie.

À l'échelle des autres financeurs, il y avait peut-être un déficit de représentation à l'échelle territoriale, notamment pour la CARSAT ou pour la CPAM qui, parfois, n'étaient pas en capacité de connaître l'ensemble des projets développés sur les territoires.

Mme GIEN.- Par exemple, les centres sociaux et les CCAS avaient organisé un comité de pilotage sur les actions menées et souhaitaient que les représentants de la conférence des financeurs soient présents. Or, la multiplicité des dossiers et des comités de pilotage faisait que les membres n'étaient pas présents à chaque comité de pilotage, il n'y avait pas une représentation physique. Du coup, les opérateurs ont du mal à se représenter qui compose la conférence des financeurs.

M. BAILLET.- Concernant la thématique de l'évaluation, côté conférence des financeurs et conseil départemental, nous avons le souvenir que les résultats étaient sous-exploités, notamment dans le cadre de l'amélioration de la politique publique. Cela s'expliquait aussi par l'appel à initiatives dont le prochain démarrait avant la réception des bilans. Le nouvel appel à initiatives des actions collectives a donc été lancé sans que les services aient pu analyser les bilans des actions mises en œuvre l'année précédente.

En termes d'outils utilisés, la plateforme utilisée par les porteurs de projet rendait difficile la réalisation de bilans à l'échelle départementale, avec un sentiment qui était remonté de plus contribuer à remonter des informations à la CNSA et pas forcément de partage entre les différents acteurs sur les éléments qui pouvaient être remontés.

Concernant les actions sur les déterminants de santé et la dimension de l'approche environnementale, on avait noté une prise en compte de l'approche globale, notamment avec un décloisonnement sur la question de l'habitat, avec la mise en place en 2019 d'un groupe de travail sur cette question qui alliait les différents acteurs de la conférence des financeurs.

Mme GIEN.- Une des plus-values de la conférence des financeurs est que chaque membre a son public. La MSA par exemple a une population qui peut être différente d'une autre caisse de retraite. Ils connaissent

leur population, ils peuvent apporter en commun des éléments qui permettent de tenir compte de chaque spécificité. C'est aussi la force de la conférence des financeurs.

Sur la cohérence interne au département, sur le rôle et la responsabilité qu'incarne le conseil départemental, on avait remarqué un pilotage complexifié par sa multiplicité d'acteurs. À l'époque, il y avait deux directions, avec des chargés de mission dans les deux directions, les fameux six axes dont on parlait au départ répartis entre les deux directions. Il y avait donc parfois une difficulté à croiser les sujets, les informations et, pour les opérateurs, une difficulté de savoir à qui s'adresser. L'organisation était plus complexe.

Sur l'animation territoriale, c'est le lien entre une direction thématique centrale et les territoires. On a rencontré des responsables de pôle autonomie qui auraient aimé avoir plus de soutien de la direction thématique en termes stratégiques, en termes de compétences, de connaissance de la conférence puisqu'elle est vraiment gérée en central, et être associés davantage à la gestion de la conférence des financeurs, participer à des groupes de travail par exemple, également pouvoir se rencontrer entre eux, échanger sur leurs pratiques, sur ce qu'ils mettent en place sur leurs territoires, sur l'animation des partenariats sur leurs territoires.

Entre la conférence des financeurs, le Département et les opérateurs, on s'est aperçu que la lisibilité était réduite pour les opérateurs, que le rôle et la mission de la conférence des financeurs étaient méconnus. Il y a eu un changement, il y a maintenant un logo conférence des financeurs, mais, à l'époque, il y avait tous les logos de tous les membres de la conférence des financeurs et il était difficile de comprendre qui faisait quoi. Quand on posait la question aux opérateurs de leur connaissance de la conférence des financeurs, c'était pour eux un financement, ils identifiaient surtout le Département parce que les courriers étaient envoyés par le Département, mais l'ensemble des acteurs de la conférence n'étaient pas connus.

Un opérateur nous a dit un jour qu'un senior était arrivé dans un centre social pour rencontrer quelqu'un de la MSA puisqu'il avait vu le logo de la MSA. C'était vraiment une méconnaissance de la plus-value de cette conférence.

Sur la fédération des acteurs dans la prévention, la gouvernance est concentrée sur l'organisation. On a vu qu'il y avait le bureau, l'assemblée plénière, des groupes de travail, des comités techniques. On s'est aperçu aussi qu'il y avait une différence de niveau entre stratégiques et opérationnels. L'assemblée plénière et le bureau sont là pour définir la stratégie de la politique de prévention et les membres sont là pour travailler dans les groupes de travail, les comités techniques pour avancer sur des thématiques particulières. Il y avait un mélange, on n'arrivait pas à distinguer ce qui était de la stratégie. Concrètement, la multiplicité des réunions faisait que les membres de droit du bloc 1 ne pouvaient pas se rendre à la réunion plus stratégique, envoyaient parfois des personnes plutôt à même de répondre aux questions plus techniques et le bureau ne pouvait pas avancer sur la stratégie n'ayant pas les bons interlocuteurs au bon niveau.

Concernant l'articulation entre les membres en cours de construction, les plus-values des uns et des autres doivent s'agréger pour apporter le meilleur de chaque membre. Cela commençait à venir. Notamment, les membres du bloc 1 avaient eu accès aux dossiers qui étaient présentés dans l'appel à projets et pouvaient donner leur avis sur tel ou tel dossier, retenu ou pas, ils commençaient vraiment à être parties prenantes dans l'animation et la politique de prévention à travers des appels à projets. Petit à petit, les choses sont lancées.

M. BAILLET.- Les préconisations

En termes de préconisations, sur l'efficacité, on a identifié les besoins des seniors : s'appuyer sur les membres de la conférence des financeurs et les intervenants à domicile. Les membres de la conférence des financeurs ont beaucoup de données sur les publics qu'ils suivent et cela permet de mieux définir le besoin.

Sur les intervenants à domicile – c'était dans le cadre des entretiens que l'on a faits avec les SPASAD –, il y a du repérage individuel qui a fait l'objet d'actions collectives.

Nous avons identifié également d'améliorer le recueil de la parole des seniors par tous les canaux. Des petites choses se mettent en place, notamment la mise en place de questionnaires, des groupes d'échange, mais, là, il s'agissait de définir quelles actions pourraient être mises en œuvre pour mieux les impliquer dans le recueil de leur parole.

En termes de développement de prévention, nous avons préconisé d'inciter les opérateurs à mieux expliquer aux seniors le lien entre les activités qu'ils développent et la préservation du capital autonomie. En fait, dans le cadre de nos entretiens et de l'analyse des documents qu'on a pu faire, le lien n'était pas forcément fait notamment avec les questions de santé.

Pour améliorer la sensibilisation et la mobilisation des seniors dans la durée, il est préconisé de communiquer plus positivement sur les actions de prévention. Le terme de perte d'autonomie peut être un frein notamment pour mobiliser les personnes isolées qui ne sont pas déjà dans les structures pour qu'elles puissent participer aux actions.

En termes de mobilisation, il est préconisé d'impliquer les seniors dans les COPIL des actions pour les améliorer et les développer.

Mme GIEN.- La perte d'autonomie est un terme négatif, maintenant on préfère parler de seniors actifs.

M. BAILLET.- Certaines structures avaient banni le terme de seniors, en les incluant dans la catégorie adultes ou familles. Elles s'appuyaient plutôt sur des compétences ; par exemple, un ancien ébéniste venait avec sa compétence et pas en tant que senior.

Toujours sur les préconisations en termes d'efficacité, pour favoriser les interactions entre les différents opérateurs, nous avons préconisé de mettre en place une plateforme de partage des idées. Du fait qu'il n'y ait pas d'échanges à l'échelle du territoire sur ce qui était développé, une même action pouvait être développée à quelques kilomètres. L'idée est de mutualiser les idées et les coûts des prestations externes.

Il a aussi été souligné la mise en place d'un répertoire des acteurs de prévention, que ce soit à l'échelle du territoire ou à l'échelle départementale.

Concernant les résidences autonomie, le forfait autonomie est divisé en trois tiers : une partie pour les résidents eux-mêmes, une partie pour les résidents extérieurs et le troisième tiers pour des actions mutualisées. Il y avait parfois l'impossibilité d'utiliser la partie du forfait autonomie dédiée aux actions de mutualisation. Nous avons donc préconisé d'assouplir les règles d'attribution de ce forfait autonomie.

En termes d'évaluation et d'ajustement de l'offre aux besoins, pour avoir une meilleure évaluation globale des projets à l'échelle départementale, il est préconisé de définir dès le dépôt de la demande des critères et des indicateurs clés qui serviront à l'évaluation, de donner ces critères et ces indicateurs aux opérateurs et de les outiller avec une sorte de mallette d'évaluation afin de mesurer les effets auprès des seniors notamment avec des questionnaires types.

Mme GIEN.- Sur la cohérence interne et externe, pour clarifier les rôles et les responsabilités à l'interne du Département, il est préconisé en central de piloter et animer la conférence des financeurs, d'être ressource et soutien des responsables de pôle autonomie, de les associer davantage aux objections menées au niveau des directions thématiques en central.

En territoire, il est préconisé de s'appuyer sur les responsables des pôles autonomie et développer les conférences territoriales de l'autonomie mises en place. Ces conférences permettent de faire ressortir des portraits de territoire. On s'est rendu compte que les territoires étaient assez différents dans leur configuration et dans les besoins des seniors. Il faut vraiment une animation, un aller et retour entre la direction thématique et les directions territoriales et qu'elles s'alimentent les unes les autres sur les

remontées d'informations que le territoire souhaite faire en central et les besoins qui sont ceux de la DA et de la DOSAA à l'époque.

Mme LÉTARD.- Les conférences territoriales de l'autonomie fonctionnent-elles de façon régulière ?

Mme GIEN.- Quand on a mené l'évaluation, elles se mettaient en place. On a assisté à deux conférences qui se mettaient en place et, après, on n'a plus eu de nouvelles.

Elles sont organisées par le responsable du pôle autonomie d'un territoire et elles impliquent tous les acteurs du secteur. Comme c'était la mise en place, il y avait une présentation des axes et du portrait de territoire, afin de définir les forces et les faiblesses du territoire et de voir comment à partir de ces forces et faiblesses construire les objectifs avec les acteurs de territoire.

Cela permettait au public présent et aux associations de se connaître, de se regrouper. C'est vraiment un lieu de rencontre.

Mme LÉTARD.- Par rapport aux 124 projets de l'appel à projets qui figurent parmi les axes stratégiques sur le plan opérationnel, est-ce que cette coordination territoriale, ce rassemblement des acteurs permettait d'avoir un travail sur ces appels à projets ?

Mme GIEN.- À l'époque où l'on a mené l'évaluation, c'était le démarrage, ce n'était pas encore intégré. Je pense que les choses vont évoluer avec la plateforme et Phosphor'âge, parce que les partenaires commencent à connaître Phosphor'âge. Cela répondait d'ailleurs à une demande de connaissance de tous les opérateurs pour échanger sur le sujet et avoir une connaissance mutualisée.

Mme LÉTARD.- Il serait intéressant de voir comment, territorialement, il y a une articulation entre les acteurs.

Mme GIEN.- Pour rendre lisible la politique auprès des opérateurs, il est préconisé d'avoir un cahier des charges socle qui permettrait de mener des évaluations avec des objectifs et des indicateurs ; également d'avoir un guide avec tous les porteurs de projet. Les opérateurs passent beaucoup de temps à chercher des intervenants ; il se trouve que l'intervenant qu'ils cherchent est sur le territoire d'à côté et ne dépend pas du même secteur et pas du même responsable du pôle autonomie, peut-être pas de la même conférence territoriale. Avoir une plateforme départementale permettrait d'aller chercher dans tous les territoires.

Il faut également préciser ce qui est finançable. En fait, à l'époque de l'évaluation, financer des postes de salariés n'était pas possible. Or, parfois, pour mettre en place certaines actions, il fallait vraiment fidéliser des intervenants. Si on les prend trois semaines par-ci par-là et qu'ils sont appelés sur une autre structure, ils ne vont pas suivre l'activité et on ne va pas pouvoir fidéliser cette activité.

L'ingénierie est aussi importante. Les petites structures n'ont pas forcément l'ingénierie nécessaire pour mettre en place les appels à projets. Il leur faut donc un soutien en ingénierie.

Il faut aussi la formation des bénévoles. Cela requiert d'avoir des postes pérennes pour former les bénévoles et développer cette action des bénévoles.

Pour la conférence des financeurs elle-même, il s'agit vraiment de rappeler le rôle et le périmètre d'intervention de chaque membre pour éviter de confondre et de ne pas savoir à quoi sert la conférence des financeurs.

Il faut conforter les niveaux de décision, avoir le niveau stratégique et le niveau opérationnel de chaque instance.

Il faut aussi associer plus étroitement le CDCA, c'est-à-dire le représentant des usagers, qui apporte une plus-value à toutes les réflexions stratégiques.

Enfin, il est préconisé de mieux gérer la temporalité, c'est-à-dire les temps des instances, avoir des délais un peu plus longs pour les publications, ne pas avoir de chevauchement entre la fin d'une action et le début d'une autre avec non-production des bilans quand il faut démarrer la prochaine saison. Il faut essayer d'avoir vraiment une temporalité cohérente.

Mme LÉTARD.- Merci beaucoup.

Je vous propose que chacun puisse poser quelques questions.

M. MANIER.- Si nous avons bien compris, c'est une commande qui a été passée en décembre 2018 et vous avez travaillé jusqu'en octobre 2019. De mémoire, il y avait eu une restitution au niveau des élus du Département. Cela a donc une vocation visiblement interne.

Mme GIEN.- Il y a eu une restitution à la conférence des financeurs.

M. MANIER.- Ma question est la suivante. Nous sommes en 2022. Par rapport aux préconisations, y a-t-il une évaluation ? Un an et demi à deux ans après, ce serait intéressant. Si on fait toujours des préconisations sans évaluation, c'est problématique.

Mme GIEN.- Six mois après, on a fait une petite évaluation flash auprès des opérateurs.

M. LORAIN.- On n'en a pas refait depuis. Ce serait intéressant sur ce sujet puisqu'on a appris que des choses ont avancé et d'autres non. On travaille également sur ce sujet, mais on n'a pas été sollicité pour faire ce suivi des préconisations.

Pour information – je sors un peu du sujet –, dans le cadre de notre offre de service et de notre fonctionnement actuel, notre direction systématise maintenant toute évaluation ou toute mission qu'on mène suivant les préconisations à minima un an après.

M. MANIER.- C'est restitué auprès de l'exécutif ?

M. LORAIN.- On est en train d'échanger et on va prendre une position sur la structuration de l'offre de service... *(Inaudible)*.

Mme LÉTARD.- Par rapport aux six axes d'intervention de la conférence de financeurs et dans la logique d'articulation avec les conférences territoriales, avez-vous le sentiment que les six axes d'intervention dans le cadre de ces politiques de prévention étaient bien maîtrisés et bien connus par les acteurs de chaque territoire ? Avez-vous le sentiment que les outils qui s'offraient à eux étaient bien identifiés ? Comment avez-vous ressenti les choses ? Est-ce que, pour chaque axe d'intervention, les moyens, les outils sont aujourd'hui bien appropriés par les acteurs de la prévention dans les territoires ? Est-ce que vous avez le sentiment que les préconisations que vous aviez faites à l'époque ont évolué ou pas trop pour l'instant sur l'ingénierie ou d'autres points de l'évaluation ?

DMEN.- Dans l'évaluation flash, il y avait une prise en compte peut-être plus consciente par les membres de la conférence des financeurs des besoins des porteurs de projet, notamment pour les aider à travers les appels à projets et sur la plateforme à simplifier l'accès à la plateforme et à favoriser un cadrage peut-être plus précis pouvant les aider.

Autre aspect aussi, ils demandaient souvent lors du dépôt de leur demande que les financements soient pluriannuels et cela a été acté.

Mme LÉTARD.- Aujourd'hui, les financements peuvent être inscrits sur quelle durée ?

DMEN.- Sur trois ans.

M. LORAIN.- Sur la coordination côté territoires, il y a encore le sentiment que l'on peut améliorer les choses... *(Inaudible)*.

Mme LÉTARD.- Quelles sont les articulations les plus attendues ? Qu'est-ce qui manque en termes de soutien, d'articulation et de messages passés par la centrale aux territoires ? Quels sont les points sur lesquels ils sont le plus attendus ?

M. LORAIN.- Sur le soutien technique et sur le cadre partenarial, jusqu'où le territoire est responsable de l'autonomie ... *(inaudible)*. C'est un sujet qui n'est pas dépendant du territoire, mais cela se passe plutôt bien, notamment parce qu'il y a un investissement fort notamment du directeur territorial.

Mme LÉTARD.- Jusqu'où va l'autonomie du territoire dans l'orientation et les actions menées dans le cadre de la prévention ?

M. LORAIN.- ... *(Inaudible)*.

Beaucoup de chantiers sont en cours au niveau de l'administration avec cette relation centrale ... *(inaudible)*.

Mme SCAVENNEC.- J'ai besoin d'avoir des éclairages sur l'articulation avec Phosphor'âge. J'ai le sentiment que les réunions Phosphor'âge sont les lieux de diffusion des informations où tous les partenaires cités là peuvent se retrouver et échanger les informations. Pouvez-vous m'éclairer là-dessus ?

Par ailleurs, vous n'êtes pas revenus dans les résultats sur un sujet qui est très important, me semble-t-il, dans les axes d'intervention, c'est la relation aux proches aidants et l'aide aux aidants. J'ai le sentiment là-dessus qu'on est tout de même sur un trou noir. Je le dis tel que je le ressens et que cela me remonte du territoire et des habitants. Je suis plus souvent en contact avec des aidants ou associations d'aidants et cela semble toujours aussi flou de savoir à qui on s'adresse, quelle est la porte d'entrée.

Dans le soutien aux actions des proches aidants, que s'est-il passé depuis ce travail d'évaluation ?

M. LORAIN.- ... *(Inaudible)*.

M. BAILLET.- Sur Phosphor'âge, dans le cadre des préconisations quand on parlait de plateforme de partage d'idées, c'est l'un des éléments qui avait été mis en œuvre pour que les différents opérateurs partagent leurs idées. C'est une préconisation qui a été mise en œuvre pour nous à l'échelle des six mois, ce type de rencontre permettait la mutualisation des idées entre les différents opérateurs.

Mme LÉTARD.- Sur les 124 projets, comment analyse-t-on l'ensemble des projets proposés ? De quelle nature sont-ils ?

M. BAILLET.- On peut préciser les thématiques. Ce qui était ressorti à la fois de nos échanges, de nos entretiens et de l'analyse des dossiers qu'on avait pu faire, c'était le développement du lien social et la question de l'isolement.

Mme GIEN.- On a eu d'autres projets, notamment sur la sécurité routière, reprendre la route...

Mme LÉTARD.- Est-ce que les acteurs partenaires de cet appel à projets sont extrêmement divers ? Quels types de structures d'acteurs associatifs viennent prendre place dans cet appel à projets ?

Mme GIEN.- Les centres sociaux, les CCAS, les associations, quelques EHPAD également.

M. CATHELAIN.- Quels sont les critères pour évaluer l'efficacité d'une action de prévention de la perte d'autonomie ? Est-ce qu'on arrive vraiment à évaluer ?

Mme GIEN.- C'est pourquoi, dans nos préconisations, il y avait la création d'un cahier des charges avec des critères déterminés. Il n'y avait pas vraiment de critères, les objectifs changeaient chaque année, c'était un peu fluctuant. Il fallait arriver à avoir un socle et à les aider à choisir tel type de critères pour mettre l'action en face.

Mme LÉTARD.- Il faut qu'on ait une première évaluation des actions menées pour voir aussi quels sont les priorités et les champs d'intervention sur lesquels on sent qu'il y a le plus grand bénéfice ou le plus grand

apport en termes de prévention et que cela correspondait vraiment aux besoins principaux. On peut avoir cinq ou six pistes d'intervention qui permettraient de préconiser des choses évaluables derrière en termes d'efficacité, d'apport, pour qu'on ne parte pas tous azimuts, pour qu'on ne fasse pas du financement pour faire du financement, mais là où c'est utile à la prévention quels que soient les secteurs.

Dans les préconisations que l'on pourrait faire, il faut peut-être dire qu'il faut regarder sur les appels à projets successifs qu'il a pu y avoir depuis votre évaluation quel type d'actions ont été portées, comment les analyser et en tirer les enseignements sur la façon de définir les choses plus finement en lien avec la conférence des financeurs qui a la main sur tout cela, pour qu'elle ait la matière qui lui permette d'ajuster les choses au plus près des besoins de façon quantifiable et évaluable. Il y a des choses qui peuvent relever du lien social, c'est difficile à mesurer mais, malgré tout, on voit bien l'apport que cela peut avoir et les façons d'évaluer y compris l'apport du lien social.

M. LORAIN.- ... *(Inaudible)*.

On a demandé aux seniors si ce qui était fait contribuait à maintenir leur autonomie. Quand on les a rencontrés, souvent, ils ne savaient même pas que les actions étaient mises en place pour faire de la prévention de la perte d'autonomie. On ne pouvait donc pas leur poser concrètement la question de savoir si cela leur permettait de maintenir leur autonomie.

M. CATHELAIN.- Je comprends parfaitement et je me demande si ce n'est pas mieux qu'ils ne le sachent pas. Dans vos préconisations, vous notez que, pour développer la prévention, il faut inciter les opérateurs à expliquer aux seniors ce qu'ils sont en train de faire. Si demain vous me dites, quand je fais du parapente ou de la plongée sous-marine, que je suis en train de faire du sport et que je dois aller faire du sport, je n'aurai presque plus envie de le faire parce que, pour moi, le sport peut être violent, c'est fatigant, c'est presque négatif. Beaucoup de gens font du sport pour du sport, mais, pour moi, il faut que ce soit ludique. Je pense qu'ils font partie d'une génération où, si vous leur dites qu'il faut faire une activité de prévention de la perte d'autonomie, ils n'auront peut-être pas envie de la faire.

Mme SCAVENNEC.- A titre personnel, je pense comme mon voisin, mais, quand je pense à ma grand-mère, je sais que, quand le médecin parle du sport sur ordonnance, cela a un effet bénéfique et je pense que c'est intéressant d'intégrer cette approche.

Je ne sais pas s'il faut le dire ou pas mais, si on veut que les préconisations soient suivies d'effet, il faut peut-être que l'on pose ce sujet avec l'ARS et avec les médecins. Effectivement, quand on parle de sport sur ordonnance, de sport adapté au vieillissement ou à certaines pathologies et pour prévenir la perte d'autonomie, c'est très important et il faut que cela se fasse.

Il y a peut-être d'autres choses qui auraient aussi intérêt à être sur ordonnance. Vous avez parlé de la nutrition et cela ne coûte rien, cela demande peut-être, en termes d'approche, de s'appuyer sur le médecin pour que cela puisse faire changer les mentalités.

Mme LÉTARD.- C'est un sujet que l'on pourra évoquer à l'occasion de la venue de Benoît VALLET (?).

Avez-vous d'autres questions à poser à ce stade ? *(Aucune)*

Merci beaucoup pour votre travail et cette présentation. On vous souhaite bon courage. On prendra bien en compte les éléments que vous avez portés à notre connaissance.

(Départ des membres de la DMEN)

❖ La politique départementale de lutte contre l'isolement

(Entrée en séance de Marie GÉRARD)

Mme LÉTARD.- Madame GÉRARD, merci d'avoir répondu à notre invitation. Sans plus attendre, on vous laisse la parole pour nous présenter la politique départementale de lutte contre l'isolement des personnes âgées.

Mme GÉRARD.- Merci pour votre invitation et de me donner l'occasion de faire cette présentation.

Je vais vous présenter la politique départementale de lutte contre l'isolement des personnes âgées en structurant mon intervention en quatre points : recontextualiser l'action départementale au regard national et dire comment cela se décline à l'échelon départemental sur le département du Nord ; faire une focale sur une expérimentation sur un appel à projets qu'on a mené en 2019 spécifiquement sur l'isolement des personnes âgées ; vous donner des exemples qui permettent d'illustrer mon propos et, enfin, terminer sur une action d'actualité qui est un conventionnement avec les communes nordistes.

Je vous ai distribué 10 pochettes, je vous les ferai parvenir également par mail.

Au niveau du contexte national pour planter le décor sur l'isolement social, sur la définition de l'isolement social d'une personne qui a des relations durablement insuffisantes, on estime à 2 millions le nombre de personnes de plus de 60 ans isolées de leur famille et de leurs amis. Je veux vous parler aussi de la notion de mort sociale, notion qui a été amenée par les Petits Frères des Pauvres sur les personnes dans l'isolement extrême qui ne voient quasiment jamais personne, ce chiffre est estimé en France à plus de 500 000 personnes.

Je vous rappelle les conséquences de l'isolement social sur la santé des personnes puisque l'isolement social a des retentissements sur la santé physique des personnes. Je vous ai remis les chiffres 2021 du rapport sur l'isolement des Petits Frères des Pauvres.

Je passe rapidement sur ce contexte pour vous parler de l'action sociale départementale. Le Département du Nord trouve sa structuration sur la politique de l'isolement pour les personnes âgées à travers le schéma des solidarités humaines 2018-2022 dont l'un des axes est de prendre appui sur l'environnement des personnes et le maintien à domicile.

On s'appuie aussi sur la convention de la section IV du budget de la convention CNSA où on a notamment un axe sur le maintien à domicile et la formation des bénévoles.

Plus récemment, on a la feuille de route stratégique opérationnelle dans le cadre de la convention cadre avec la CNSA 2021-2024 qui sera votée au conseil départemental au mois de mai. Sur l'axe 3 de cette feuille de route, on a ciblé la prévention de la perte d'autonomie et notamment un axe sur la lutte contre l'isolement social.

Pour entrer dans le concret, je dirai que, sur le département du Nord, on a choisi de travailler cette politique en travaillant à partir de l'échelon de proximité. On pense que c'est l'échelon pertinent qui répond aux besoins des personnes âgées. On a l'ambition de travailler en proximité avec les partenaires locaux et aussi avec les communes.

C'est assez compliqué dans le département du Nord. En effet, comme on a plus de 600 communes et un territoire hétérogène qui va de Fourmies à Dunkerque, cela peut être parfois complexe de penser des dispositifs qui puissent se décliner au plus petit échelon possible et qui soient aussi adaptés aux besoins des personnes, spécifiquement des personnes âgées puisqu'on sait que c'est un public fragile et que l'échelon communal répond encore à son environnement et à ses besoins.

Pour décliner cette ambition, je vais vous parler d'un appel à projets en 2019 qu'on avait appelé Phosphor'âge, qui était spécifiquement « agissons ensemble contre l'isolement des personnes âgées ».

Deux spécificités sur cet appel à projets, celle de l'avoir consacré uniquement à l'isolement des personnes âgées et d'avoir fait un appel à projets participatif. On a essayé de mettre en place des méthodes

innovantes en faisant un appel aux Nordistes, en disant « vous avez des idées pour lutter contre l'isolement des seniors nordistes, postez vos idées, on vous accompagne pour les réaliser ». C'est le pari qu'on a fait en 2019, je vais vous raconter comment cela s'est passé.

On a mis en place une boîte à idées numérique, ensuite des ateliers participatifs où on a coconstruit les projets avec les porteurs de projet et des habitants. Au point de vue résultats, on a eu un peu moins de 50 projets pour une dépense de plus de 700 000 €.

Sur la boîte à idées numérique, vous avez là des exemples : une plateforme intuitive où chacun via une application numérique ou son Smartphone peut poster une idée. Vous avez une première idée, un CCAS propose d'acheter un triporteur sur la commune pour promener des seniors isolés de façon ludique.

On a eu 4 000 inscriptions et 4 000 idées sur cette boîte à idées numérique. On a fait une campagne de communication grand public avec des tweets et de la diffusion sur les réseaux.

Suite à ces idées, on a fait une journée au ValJoly. C'était un défi de proposer à des porteurs dunkerquois de venir dans le ValJoly, cela faisait un peu de route, mais le soleil était là et ils étaient au rendez-vous puisqu'une centaine de porteurs de projet sont venus réfléchir ensemble et proposer leurs idées d'actions pour lutter contre l'isolement des Nordistes. Ensuite, on les a aidés lors d'une troisième phase plus technique à déposer leurs projets.

Concrètement, on a eu une diversité de porteurs de projet qui ont répondu. En tout, 47 projets ont été financés. Je vous donnerai après quelques exemples de projets. C'étaient majoritairement des associations, mais aussi des CCAS, des centres sociaux et deux collectifs d'habitants nous ont déposé leurs idées lors de cet appel à projets particulier qui était un peu un lancement. On avait tout de même le souhait de diversifier et de changer la méthode d'appel à projets, d'aller sur du participatif, du ludique, d'essayer de sortir de choses trop carrées de notes de cadrage et de dossiers compliqués. On a fait le pari de tester des formes plus souples pour les appels à projets et cela a plutôt fonctionné. On a eu un retour des habitants et aussi des porteurs de projet qui étaient vraiment très satisfaits de cette méthode de travailler ensemble.

Suite à cet appel à projets, on l'a réutilisé pour refaire un appel à projets 2020-2021, plus large sur la prévention de la perte d'autonomie. Cela nous a permis de relancer cette année un appel à projets 2023-2024 qui est en cours actuellement. On s'est appuyé sur cette expérience de 2019 pour soutenir les initiatives locales qui vont se dérouler en 2023-2024. Là aussi, nous sommes pour encourager les projets qui partent des besoins et de l'expression des envies des habitants. Par contre, comme on l'a travaillé plus en amont que cet appel à projets, on est sur l'ensemble des champs sur la prévention de la perte d'autonomie, dont l'isolement social mais pas seulement.

Concernant la concrétisation, vous pouvez en ce moment aller poster vos idées pour les seniors nordistes pour la lutte contre l'isolement mais pas seulement. Une boîte à idées numérique est en ligne actuellement sur la plateforme Nord initiatives.

On a souhaité aller plus loin, tirer l'expérience de 2019. En effet, 4 000 contributions sur cette boîte à idées numérique, c'est bien mais, au regard de la population nordiste, c'est peu. De plus, on n'a eu que de 10 projets d'habitants. On pense que 10 projets d'habitants pour le département du Nord, c'est dommage. Quand on fait le pari de dire aux Nordistes « postez vos idées, on vous aide à les financer », je m'attendais à ce que des centaines de Nordistes déposent leurs projets et, en fait, non. On a essayé d'en analyser les raisons. On pense que les habitants n'ont pas l'habitude qu'on aille chercher leur avis et que, quand on leur dit « postez vos idées, on vous finance, on vous aide à les réaliser », ils pensent que c'est de la communication et que, concrètement, cela ne se réalise pas. On a donc adjoint cette année notre dispositif à des ateliers participatifs avec des rencontres.

Mme LÉTARD.- Vous les adossez auprès de quelle structure, avec un atelier participatif pour faire venir les gens à cet atelier ? Avec qui construisez-vous le partenariat territorialement pour que le lien se crée ?

Mme GÉRARD.- Les CCAS, les conseils de seniors, les clubs des aînés et les centres sociaux et aussi, au niveau structure supra, Les Petits Frères des Pauvres qui ont une expertise en la matière.

Ces ateliers participatifs vont démarrer en juin. On les a déjà présentés à l'ensemble des CCAS, aux centres sociaux, aux Petit Frères des Pauvres. On a également pris un prestataire expert pour nous accompagner dans la démarche – on a lancé un marché public, on va donner le résultat du marché –, un prestataire expert dans l'animation citoyenne.

L'idée est vraiment d'aller chercher les seniors isolés. Le danger est d'avoir des experts de la participation qui peuvent réunir 50 seniors dans une salle, c'est réalisable facilement, mais vous n'avez pas forcément des seniors isolés. C'est l'écueil que l'on veut éviter pour vraiment partir des besoins et des envies des seniors.

On a commencé vraiment à sensibiliser nos partenaires en disant : « il y aura ces ateliers ; dès qu'ils se mettent en place avec notre prestataire, on revient vers vous, mobilisez vos seniors ». L'idée de ces ateliers est de donner l'*empowerment* aux seniors, de leur dire : « vous pouvez agir sur votre environnement, dites-nous ce qu'est votre parcours de vie dans la journée, quels sont vos besoins ». À partir de cela, on va les faire matcher avec des porteurs de projets qui peuvent les accompagner à réaliser leurs besoins et leurs envies sur les territoires.

Il va y avoir deux ateliers en territoire pour les aider à exprimer leurs idées. Cela peut être des rencontres mais aussi des marches exploratoires. On fait un parcours avec eux dans la journée, en leur demandant où ils allaient, où ils se promenaient, quel était leur besoin. Cela peut être aussi simple que de mettre des bancs lorsqu'ils font des boucles de randonnée, on peut travailler cela avec les communes.

J'ajoute que, sur les projets, on travaille en complémentarité avec d'autres financeurs parce qu'on ne finance pas d'investissement sur cet appel à projets.

M. MANIER.- Quand vous évoquez la boîte à idées numérique, vous dites à juste titre que d'aucuns ne croient pas à ce qui est proposé ou annoncé. J'ai une question toute simple : a-t-on une idée de la fracture numérique chez ce public ?

Mme GÉRARD.- Je ne l'ai pas dit en préalable, mais ce n'est pas un public hétérogène. Parmi les plus de 60 ans, on a trois catégories de personnes. On a une première catégorie avec des jeunes retraités qui sont plutôt dynamiques, on a même des élus et des bénévoles dans nos 60 ans et plus. Deuxième catégorie, on a des personnes de plus de 60 ans qui commencent à voir des signes de pré-fragilité, qui ont besoin d'être accompagnées ; c'est peut-être là qu'il faut mettre l'accent parce qu'on ne bascule pas dans la dépendance, on entre dans la dépendance et on a besoin d'accompagnement spécifique.

Pour répondre à votre question par rapport à la fracture numérique, les études montrent que, parmi les personnes de plus de 80 ans, on a une population qui est peu habile et qui a besoin d'être accompagnée sur les outils numériques ; on a des seniors de 60 ans qui sont connectés – on a même des addictions à Candy Crush – et, dans la zone entre les deux, on a des personnes qui peuvent s'y mettre mais ont besoin d'être accompagnées.

Le défaut est que les seniors ont beaucoup plus d'aptitudes pour utiliser les Smartphones et les tablettes que l'ordinateur.

M. MANIER.- Pas seulement les seniors.

Si vous le permettez, je pense que la réflexion ne doit pas être simplement menée par rapport à l'évolution dans l'âge, mais aussi par rapport aux catégories socioprofessionnelles et culturelles.

Vous évoquez les Smartphones, les plus jeunes ont le sentiment de maîtriser le numérique parce qu'ils savent se servir de leur Smartphone, mais c'est tout un monde entre l'ordinateur portable et le Smartphone. Ce n'est pas une question générationnelle, c'est vraiment une question culturelle et d'appréhension.

Mme GÉRARD.- Les Smartphones sont plus intuitifs que l'ordinateur. Quand on fait des ateliers avec les seniors, l'ordinateur est tout de suite plus compliqué. Avec un Smartphone, vous avez un bouton, vous cliquez et vous arrivez directement à l'information. C'est vrai aussi pour les jeunes.

Je n'ai pas la prétention d'être experte en numérique, mais c'est le retour et ce que j'entends des professionnels. Cela dit, on a tout de même un plan national sur le numérique, il y a beaucoup d'initiatives là-dessus. Ce qui manque, ce ne sont peut-être pas les initiatives, mais la mise en lien, la communication et l'accompagnement.

Sur le numérique, c'est une vraie question qui mérite d'être structurée sur les territoires avec des accompagnements numériques qui arrivent sur les territoires dans le cadre d'un plan national, des médiateurs numériques vont arriver sur les communes. Il s'agit de voir comment on structure cela et comment on donne de la lisibilité sur ce qu'ils font et l'accessibilité.

L'idée sur ces ateliers est d'accompagner les seniors à aller poster leurs idées sur le numérique.

On a choisi l'échelle de l'EPCI sur ces ateliers. Au-delà de travailler en dentelle avec les communes, on pense que, pour la restitution et la réflexion globale sur l'isolement des personnes ou même plus généralement sur la prévention de la perte d'autonomie, l'échelle de l'EPCI peut être intéressante. On a prévu à la fin de ces ateliers de faire une restitution aux EPCI des envies et des besoins des seniors puisqu'on espère que cela peut les aider à structurer leur politique sur ce qu'ils mènent à l'échelle de leur territoire.

On a choisi l'EPCI parce qu'on voit de plus en plus de conseils de sages. C'est une tendance, on a vraiment des seniors qui sont en train de se structurer. On a aussi des associations de seniors qui reprennent le *leitmotiv* « pas sans nous » parce qu'ils veulent vraiment faire partie et être dans le participatif. Cela se structure et on souhaite vraiment s'adosser là-dessus parce que c'est une expertise d'usage et cela peut être vraiment quelque chose qui est porteur pour mener nos politiques.

Suite à ces ateliers participatifs, on accompagne les porteurs de projets avec les habitants pour coconstruire les projets. On fait un jury d'accompagnement ; la nouveauté qu'on a mise sur les appels à projets est d'avoir des jurys de présentation, cela nous permet aussi d'avoir rapidement une idée des projets et une campagne de communication à la suite.

Je vais vous donner quelques exemples concrets de projets qui peuvent se mettre en place à l'échelle du département. On n'est pas obligés de tous les passer en revue, vous les aurez.

Par exemple, je vous ai remis des projets qui ont été financés dans le cadre de Phosphor'âge 2019 spécifiquement sur l'isolement des personnes âgées. La spécificité sur cet appel à projets est qu'on avait donné des coups de cœur, pour donner un côté un peu sexy à l'appel à projets, pour faire quelque chose qui mette en valeur des projets.

- Premier coup de cœur, c'est le CCAS de Cambrai qui travaille l'isolement social avec la médiation animale. Ils ont un partenariat avec la SPA et le CCAS et ils proposent aux seniors de parrainer un animal. Ils prennent l'animal chez eux ; si les personnes ont des difficultés financières, ils peuvent les aider sur le coût du vétérinaire ou des coûts associés. Le pari aussi que fait le CCAS est de venir voir régulièrement si la personne et l'animal vont bien – c'est un prétexte pour la rencontre – et ils s'engagent aussi à trouver une autre solution à l'animal si la personne âgée doit être hospitalisée et s'il y a un souci. C'est un partenariat avec la SPA et une autre structure si la personne était empêchée. Il y a d'ailleurs eu un reportage sur ce projet.

Ce sont des petits exemples qui montrent, à partir d'un gros projet départemental, comment cela peut se concrétiser.

- Deuxième projet, encore sur le territoire de Cambrai, La baraque à Frat. Ce sont Les Petits Frères des Pauvres qui ont développé cette idée. C'est un triporteur du lien social qui va de village en village et qui propose aux personnes âgées de venir prendre un café, de se rencontrer et aussi de mobiliser des bénévoles pour discuter, échanger, se rencontrer et vraiment provoquer la rencontre à partir d'un triporteur. C'est une action que l'on a financée dans le cadre de cet appel à projets sur l'isolement.
- Autre projet, le Fil d'Ariane qui a été financé sur Nieppe. C'est un partenariat entre le conseil des sages et le CCAS. Ce sont des idées toutes simples qui peuvent vraiment changer le quotidien des personnes âgées. En l'occurrence, c'est une boîte aimantée sur le frigo des personnes âgées, qui reprend les informations essentielles si les services de secours viennent.
Vous allez me demander en quoi cela crée du lien social. Cet outil est utile pour le SDIS lorsqu'il intervient à domicile, mais cela permet aussi que régulièrement le CCAS ou le conseil des sages rende visite à la personne qui s'est inscrite pour dire : « où en est votre boîte, l'avez-vous mise à jour, avez-vous de nouveaux médicaments, avez-vous vu votre médecin ? » C'est aussi un prétexte à la rencontre. C'est l'un des projets que l'on a financés, qui marche bien.

C'est aussi l'intérêt d'un appel à projets participatif habitants, conseil des sages et structures. On va chercher à l'échelon le plus petit possible ce qui va améliorer leur quotidien puisque l'idée est toujours d'améliorer le quotidien des Nordistes notamment sur l'isolement.

Intervenante.- Je suis adjointe au CCAS de Nieppe. Je confirme l'action menée avec le Fil d'Ariane. Cela permet de faire le point aussi sur l'isolement des personnes âgées dans les communes. Effectivement, le Fil d'Ariane est un prétexte puisque c'est tout simple, c'est une petite boîte avec les informations médicales. Les membres du CCAS et du conseil des sages ne remplissent pas la fiche médicale, c'est fait avec le médecin, mais cela permet de faire le point, de voir si la personne est vraiment isolée, de reprendre le numéro de téléphone pour la liste des personnes vulnérables.

La distribution n'est pas tout à fait terminée parce que, avec le Covid, la mise en place a été très compliquée, mais elle continue à se faire. Maintenant, les personnes en parlent entre elles, elles demandent quand elles auront leur boîte. C'est super et c'est un partenariat avec les médecins, les infirmières. C'est une action qui marche bien et le financement a été vraiment très apprécié.

Mme GÉRARD.- Merci.

- Un autre projet est présenté par le GHICL, le groupement des hôpitaux de l'institut catholique de Lille. C'est un partenariat entre les étudiants en médecine et les seniors. Ils ont travaillé sur des binômes étudiants en médecine et personnes âgées isolées repérées à l'hôpital qui viennent aux urgences, pour faire un binôme pour amener ces seniors à la découverte des musées. Ils sensibilisent les étudiants en médecine lorsqu'ils repèrent des personnes très isolées à l'hôpital pour les inscrire dans cette démarche et ils proposent à des étudiants volontaires en médecine de créer un binôme avec ce senior et de l'emmener dans un parcours de découverte culturelle.
On a financé ce parcours de découverte culturelle. Cela a deux intérêts, cela rompt l'isolement des seniors, cela sensibilise les étudiants en médecine à repérer l'isolement des personnes et cela leur permet aussi de voir leurs patients différemment. C'est vraiment un projet gagnant/gagnant qui a bien marché, qui est plutôt simple, qui permet aux seniors et aux étudiants de sortir et d'aller sur des actions culturelles qu'on va financer dans ce parcours.
- Autre projet, c'est un exemple sur un SAAD. L'ADAR sur la Sambre-Avesnois a mené un projet visant à accompagner les personnes âgées sur l'utilisation des outils numériques, notamment en s'appuyant sur le public et en diversifiant leurs activités à partir de leur activité SAAD.

M. CATHELAIN.- Je suis adjoint en charge du CCAS de ma commune. On a déjà organisé des ateliers et je trouve que, parfois, il n'est pas évident de faire venir la personne âgée isolée dans un atelier, il est parfois plus facile d'aller directement chez elle, de lui prêter une tablette avec un formateur.

Rompre l'isolement de ces personnes n'est pas toujours facile. Quand vous leur dites qu'elles devraient venir à telle action, elles ne viennent pas forcément. Du coup, on a pris le parti dans la ville d'aller directement chez elles.

Mme LÉTARD.- C'est une double action. Il faut s'assurer que chaque personne a pu bénéficier à son domicile d'une démarche où on va vers la personne. Pour autant, si on veut rompre l'isolement, il faut aussi l'amener à l'extérieur. Il ne faut pas que ce soit l'un ou l'autre, c'est tout un cheminement.

M. CATHELAIN.- Il faut aller les chercher.

Intervenante.- Il faut entretenir le lien social des personnes âgées qui en ont l'habitude et aller chercher celles qui se sont isolées et pour qui c'est compliqué. Quand on a pris l'habitude de rester seul chez soi, la démarche d'aller vers les autres est très difficile.

Mme GÉRARD.- Je vous rejoins complètement.

Ces actions sont menées avec des crédits de la conférence des financeurs et ces crédits sont cadrés là-dessus, ils rejoignent complètement votre philosophie, c'est-à-dire que l'objectif final est le collectif, rompre l'isolement pour que les gens sortent de chez eux. Cela étant, on peut mobiliser en amont du financement pour aller les chercher, les sensibiliser et même mettre en place un véhicule adapté. On ne finance pas le véhicule, on fait un cofinancement avec un partenaire pour financer le véhicule, mais le temps d'apprivoisement de la personne en lui disant « tu vas voir, ta voisine y va, on a fait cela la semaine dernière », on peut financer tout ce travail et on encourage vraiment les CCAS et les centres sociaux à le faire.

La boucle sera bouclée à la fin puisque, dans le dispositif Atout'âges que l'on fait avec les jeunes, on propose que les jeunes puissent faire ce travail d'accompagnement et de repérage des seniors pour leur donner envie de venir.

En fait, les gens pensent que ce n'est pas pour eux. Si vous interrogez les seniors, ils disent « non, c'est pour les vieux ».

Il faut faire attention aussi à la communication. Je l'ai déjà vu, on a fait un dispositif de bibliothèque à la maison et, au début, les agents me proposent un texte pour présenter le projet : « vous êtes seul chez vous, vous avez des difficultés à vous déplacer, vous ne voyez personne... ». Pensez-vous vraiment qu'ils vont venir ? Si on leur renvoie cette image, ils ne se sentent pas concernés. Il y a aussi ce travail à faire pour que les gens aient envie de venir, pensent que cela correspond à leurs envies. C'est quelque chose qu'il faut faire de façon subtile.

M. MANIER.- On voit tous de manière sous-jacente qu'il faut éviter la stigmatisation, c'est valable pour tout le monde. On sait très bien que l'on ne peut pas faire de discrimination, mais on peut constater que, parmi les personnes vieillissantes qui ont du mal à bouger, on a toutes les personnes issues de populations étrangères. Or, quand on fait des banquets des aînés, etc., il y en a très peu. Est-ce qu'on a une réflexion particulière à ce sujet ? Déjà il y a 10 ou 15 ans, j'avais posé la question et je souhaitais qu'il y ait un travail particulier sur ces populations. On voit bien qu'elles ont du mal à aller dans la collectivité alors qu'il y en a un certain nombre. Est-ce qu'une réflexion est menée là-dessus ?

Mme GÉRARD.- Il n'y a pas de réflexion spécifique. On ne peut pas l'afficher comme tel, ce serait discriminant. Cela dit, des porteurs de projets y réfléchissent. ARENI (?) a proposé des actions spécifiques pour des personnes âgées retraitées issues de l'immigration.

Ce sont des populations qui ne sont pas friandes, elles viennent peu spontanément sur ces actions, peut-être parce qu'elles ne se sentent pas légitimes. On pense aussi qu'il y a une solidarité familiale culturelle différente et que le besoin se fait moins sentir.

M. CATHELAIN.- Ils sont moins isolés, les enfants prennent soin de leurs parents. Par contre, parfois, les enfants sont partis loin et certains doivent se retrouver seuls. C'est vrai qu'ils participent beaucoup moins

aux manifestations type banquet des aînés. Culturellement, ils ont peut-être plus de difficultés à venir demander.

Mme GÉRARD.- On va avoir les deuxième et troisième générations de personnes issues de l'immigration. Le risque est que cette solidarité familiale issue des valeurs s'étiolle aussi et on peut penser que des personnes issues de cultures différentes se retrouvent néanmoins isolées et échappent un peu au système.

M. CATHELAIN.- Le plus compliqué est de repérer ces personnes isolées.

Mme GÉRARD.- On finance par exemple les centres sociaux de Roubaix, ils vont avoir ces populations-là parce qu'ils les ont eues plus jeunes. Ce sont tout de même plutôt des dames qui sont venues à des ateliers quand elles étaient maman, pendant que les enfants étaient à l'école et, s'il y a des actions lorsqu'elles ont plus de 60 ans, elles continuent à y aller parce qu'elles ont pris l'habitude d'aller à ces ateliers des centres sociaux. Par contre, sur des populations issues de l'immigration, cela va être plus compliqué. C'est vrai qu'il n'y a pas de réflexion particulière là-dessus, sauf quelques initiatives de réseaux. C'est une question qui va peut-être se poser dans les années à venir.

Il y a des réflexions sur la vision de la personne âgée en fonction des cultures, notamment sur les populations subsahariennes, sur toute l'Italie, où la personne âgée n'est pas du tout considérée de la même façon dans la famille et même dans la société. Je pense que, sur les populations de cultures différentes, cela peut se ressentir dans leur façon de vivre même en France. C'est toute la réflexion sur l'âgisme, c'est plutôt intéressant et je pense cela pourrait nous inspirer pour les 10 prochaines années pour voir comment les choses peuvent se transformer et être vues différemment.

Pour revenir aux exemples de projets, je vous ai mis un projet sur l'ASAPAD qui propose un projet avec des auxiliaires de vie retraités qui ont toujours ce besoin d'utilité et qui proposent bénévolement d'organiser des sorties pour les personnes bénéficiaires de l'aide à domicile. Là, on peut travailler avec les SAAD parce que, parmi les bénéficiaires de l'APA, on a des personnes de toutes cultures et, par ce biais, on peut avoir la pluralité des personnes âgées en s'appuyant sur les SAAD, cela peut être un levier pour toucher toutes ces personnes.

Intervenante.- Avez-vous des exemples d'actions menées avec des CPTS ou des maisons de santé ?

Mme GÉRARD.- On en a quelques-unes, mais pas beaucoup. On travaille notamment avec une maison de santé de Dunkerque et une association qui s'appelle Dk'Pulse, qui travaille sur le sport adapté pour les seniors et en lien avec le repérage sur la maison de santé pluridisciplinaire qui est orientée vers l'activité sportive adaptée. La spécificité de cette action est qu'elle est menée de façon différente, c'est un bus adapté avec des coachs sportifs qui proposent de l'activité physique adaptée.

Intervenante.- Cela peut être de bons interlocuteurs pour rassurer les personnes âgées.

Mme GÉRARD.- On a un projet là-dessus, on travaille à un gros projet avec le CH d'Amiens et de Lille, Santé Forme. Ils structurent un parcours sur le repérage de signes de pré-fragilité des personnes sur la dépendance, ils vont jusqu'à la formation des personnes sociales et médicosociales et ils vont former les professionnels des maisons de santé pluridisciplinaires au repérage de signes de pré-fragilité pour orienter les personnes. On leur a demandé, au-delà de l'orientation vers une consultation avancée au CH sur une consultation gériatrique spécialisée, d'orienter aussi vers des actions des centres sociaux, des actions d'associations pour orienter les gens vers de l'activité pour sortir de chez eux. Cela pourrait être une piste.

Ensuite, je vous ai mis un zoom sur le soutien à la démarche du collectif Monalisa, un collectif mené par les centres sociaux, l'UDCCAS et Les Petits Frères des Pauvres. Cela fait trois ans qu'on finance ce collectif. Je vous fais passer leur kit ambassadeur. Monalisa a pour objectif de former les bénévoles sur le lien social et la sensibilisation au lien social. Ils ont un réseau plutôt actif sur le département. On leur verse, avec des crédits de la convention de section IV sur la formation des bénévoles, 50 000 € cette année. On leur a financé 76 000 € l'année dernière sur un an et demi. Ils ont notamment fait un gros séminaire sur l'isolement social l'année dernière. L'idée est vraiment de former les bénévoles pour qu'ils puissent aller

au plus près des personnes et à domicile pour repérer les personnes, les accompagner pour aller vers le droit commun, vers des actions. C'est aussi une formation sur la veille sociale et sur des coopérations territoriales. On travaille étroitement avec ce collectif et on les finance.

J'ai voulu mettre aussi une focale sur un autre projet. Le Département est partenaire sur un projet européen qui s'appelle HAIRE, qui se déroule sur les Flandres intérieures, dans le cadre du projet Interreg des Deux Mers. Ce projet vise à trouver des solutions innovantes pour rompre l'isolement des personnes âgées en milieu rural. Nous sommes partenaires européens de ce projet avec Les Petits Frères des Pauvres, Unis-Cité et le CCAS.

L'idée est d'aller au plus près possible des personnes pour recueillir leurs besoins et leurs envies et de créer des services et des nouveaux projets en fonction de leurs envies. C'est aussi l'innovation sociale – puisque les projets Interreg financent de l'innovation sociale – sur la technique d'entretien qui est travaillée avec l'université d'Exeter et des sociologues, cela s'appelle la conversation guidée. C'est une technique d'entretien qui permet d'aller au contact des personnes âgées, qui est vraiment adaptée, qui a été conçue par des travailleurs sociaux, qui est en train d'être expérimentée avec un laboratoire de sociologie pour faire émerger les besoins et les envies des personnes pour créer des nouveaux services qui correspondent à leurs besoins. C'est un projet sur lequel on est financé à près de 400 000 € par des fonds européens, qui est mené en étroite collaboration avec le pôle autonomie des Flandres intérieures. À ce titre, l'équipe pluridisciplinaire du pôle autonomie a déjà mené et expérimenté 40 entretiens auprès de personnes âgées pour voir dans quelle mesure on peut proposer de nouveaux services à ces personnes âgées. Là, ce sont vraiment des personnes âgées très isolées puisqu'on va les voir à domicile à partir de l'élaboration de leur plan d'aide.

C'est un projet intéressant. Je tiens à le mettre en valeur puisque c'est porteur, c'est intéressant d'avoir travaillé sur un projet Interreg avec une université, des chercheurs, des agents du pôle autonomie qui ont décidé de prendre du temps pour mener des actions différentes, pour expérimenter ces techniques de conversation guidée et les faire partager.

L'idée est aussi de pouvoir, à partir de cela, concevoir un outil numérique adapté, une tablette permettant que, lorsque des personnes vont faire des plans d'aide à domicile, elles aient quelque chose de simple, d'accessible, peut-être un algorithme. À partir de trois ou quatre questions de la personne, ils cochent sur la tablette et, ensuite, ils peuvent leur dire ce qui existe autour d'elles pour rompre l'isolement et qui pourrait correspondre à leur besoin.

C'est un projet qui est en cours. Du fait du Covid, il a été prolongé jusqu'au 31 mars et il pourra être repris après le programme Interreg pour influencer et être repris dans nos politiques.

Je vous ai mis un slide sur un dispositif que l'on a mis en place juste après le Covid, on a fait un partenariat avec la Médiathèque départementale du Nord pour mettre en place un dispositif « bibliothèque à la maison ». C'est aussi un prétexte pour aller voir les gens en disant qu'on peut leur proposer du service de documentation à domicile. Un médiateur de la bibliothèque va voir les personnes avec un questionnaire qui prend en compte leurs besoins et leurs envies, selon qu'elles aiment plutôt des documentaires ou des feuillets et il vient toutes les semaines. On a préparé un kit, un sac beauté exprès. On a renforcé un fonds documentaire pour les seniors via la médiathèque départementale, puisque le Département a la compétence sur les médiathèques départementales. L'année dernière, on a financé ce fonds documentaire avec des crédits de la conférence des financeurs à hauteur de 200 000 €. On a acheté des lecteurs audio qui sont très appréciés par les seniors, c'est de la lecture à voix haute et c'est vraiment intuitif, il y a quatre boutons. Toutes les semaines les médiathèques vont apporter les fonds documentaires aux personnes et, la fois suivante, on essaye de les faire venir dans les médiathèques. Cela a été mis en place après le Covid et on a touché à peu près 800 personnes, c'est plutôt bien.

On a fait des questionnaires satisfaction et le retour des médiathèques est que ce sont des publics qui ne venaient pas aux actions, ce sont des personnes qui étaient vraiment isolées chez elles. De plus, ce sont

des actions qui ont touché des personnes qui avaient des déficiences visuelles dues au vieillissement, auxquelles on ne pense pas forcément. Ces personnes ont renvoyé des témoignages en disant que ce dispositif avait changé leur vie. Le lecteur leur donne accès à une banque de données qui revient toutes les semaines avec de nouveaux documentaires, cela leur apporte un plus dans leur quotidien.

Je voulais conclure sur la présentation des conventionnements que l'on a faits avec les communes pour lutter contre l'isolement des plus fragiles.

Pour recontextualiser, ce projet est sorti au moment du déconfinement. Olivier VERAN avait demandé à Jérôme GUEDJ de prévoir un rapport pour accompagner les plus fragiles à la sortie du confinement. Une des orientations du rapport Guedj était de beaucoup téléphoner. Selon lui, un des outils le plus utile et le plus efficace que l'on ait eu pendant la crise COVID était le fichier canicule et le fait de téléphoner aux personnes âgées et de prendre de leurs nouvelles. On se rend compte que, sur l'isolement des personnes âgées, c'est l'outil le plus simple qui fonctionne. En l'occurrence, c'était le téléphone et la veille téléphonique.

Sur la préconisation de ce rapport, on s'est demandé ce que l'on pouvait faire, nous Département, par rapport à cela. Ce qui était à notre main, c'était la liste des bénéficiaires APA et PCH. L'idée était d'inciter les gens à s'inscrire sur ces registres des personnes vulnérables. Comme, de par la loi RGPD, on ne peut pas donner nos fichiers aux CCAS ou aux communes, on a décidé de conventionner avec les communes sur la lutte contre l'isolement. L'un des premiers objectifs est d'inciter les personnes âgées et en situation de handicap à s'inscrire au registre canicule ou personnes vulnérables qui existe dans les communes qui leur permet de bénéficier de dispositifs, que l'on prenne de leurs nouvelles quand il y a des problèmes sanitaires ou des canicules.

On a lancé cette délibération le 29 juin 2020. À ce jour 310 communes, soit 50 % des communes du Nord, ont conventionné. C'est une belle réussite, on en entend pas mal parler, les communes s'en saisissent. Concrètement, les communes signent cette convention ; ensuite, on fait une requête auprès de tous les administrés bénéficiaires de l'APA et de la PCH. On demande au maire quelle formule il veut et on envoie à tous ses administrés bénéficiaires de l'APA et de la PCH un coupon-réponse en leur présentant de façon simple le registre des personnes vulnérables et en les incitant à s'inscrire sur ce registre.

Deuxième action expérimentale à la sortie de la crise sanitaire, c'est la collaboration pour mettre en place des cellules de veille téléphonique. Cela a été fait notamment sur le Dunkerquois. Dunkerque avait déjà sa cellule de veille téléphonique. Des agents des pôles autonomie sont venus renforcer et ont travaillé ensemble sur un questionnaire conjoint pour prendre des nouvelles des personnes et pour, à partir d'un questionnaire type, faire de la veille sociale et leur proposer un premier niveau d'aide. Cela peut être de l'aide à l'APA, de l'aide sur de la prestation, mais aussi de la prestation sur des actions qui existent.

Ensuite, on est allé plus loin puisqu'on a créé un fonds de soutien pour les communes qui étaient signataires. Depuis l'année dernière, en période estivale l'année dernière, on a mis en place un fonds de soutien spécifique pour les communes. Cette année, on a prévu 600 000 € avec quatre dispositifs qui sont activables. L'idée est d'accompagner les communes dans le déploiement de politiques locales pour la prévention de la perte d'autonomie des aînés et la lutte contre l'isolement, soutenir le développement d'actions intergénérationnelles innovantes et essayer de donner un coup de starter à des clubs locaux ou des expériences locales. L'idée n'était pas d'arriver avec de la grosse artillerie. Quand vous prenez de gros prestataires qui ne sont pas locaux, vous faites un *one shot* et, après, cela ne continue pas. L'idée est de s'appuyer sur l'existant et de leur donner un petit coup de starter pour qu'ils continuent.

On a mis en place quatre dispositifs que vous découvrirez.

L'un d'entre eux est le dispositif Culture aux fenêtres puisqu'à la sortie de la crise sanitaire on ne pouvait plus entrer chez les gens. On a travaillé avec l'équipe de la direction culturelle du Département pour mettre

en ordre de marche environ 40 artistes sur le département du Nord qui étaient en capacité de proposer des spectacles ou des interventions artistiques adaptées pour les seniors sur des petits formats courts aux fenêtres. Cela a super bien marché. On l'a renouvelé cette année. Ils peuvent le mettre en place pour des seniors à domicile, en EHPAD, en résidences autonomie. Aujourd'hui, ce dispositif est maintenu et prolongé. On finance 1 000 € par proposition d'offre artistique à destination des seniors isolés. On propose aux communes de mettre en place une offre artistique, on les finance à hauteur de 1 000 €, on leur propose un catalogue d'artistes qui sont formés ; ils peuvent aussi en prendre à côté mais on a essayé de faire une sélection sur des artistes adaptés. En contrepartie, dans la convention, on leur demande de cibler les seniors âgés isolés.

Sur la démarche Atout'âges c'est faire un gagnant/gagnant entre des jeunes sortis de la crise sanitaire et le public âgé qui a été fortement touché. Cela s'adresse à des jeunes qui s'engagent dans des actions intergénérationnelles citoyennes. Le Département finance jusqu'à 500 € un jeune qui s'engage dans une action intergénérationnelle. La commune peut mettre plus. On les soutient dans leur action d'insertion. En contrepartie, le jeune donne 50 heures d'action intergénérationnelle pour être agent de convivialité, faire des visites de courtoisie auprès des seniors. C'est un dispositif qui perdure.

Intervenante.- Est-ce que vous savez si cela marche bien ?

Mme GÉRARD.- C'est timide.

Intervenante.- J'ai quelques remarques là-dessus. J'en ai parlé avec la directrice du CCAS de ma commune. Le problème est de savoir qui forme les jeunes et le temps que cela demande aux agents de la commune pour accompagner les premiers pas, pour former, etc. Il y a tout de même quelque chose qui rebute, alors que l'équipe du CCAS est complètement partante. Ils sont les premiers à dire qu'il y a parfois des belles rencontres, même s'il y a parfois des échecs. Ceci dit, il y a ce souci d'accompagnement et de formation.

J'ai rencontré hier la coordonnatrice régionale du service civique solidarité seniors, un dispositif qui a été mis en place par Mme BOURGUIGNON qui a demandé que l'agence du service civique mette en place spécifiquement quelque chose autour de la solidarité seniors. Pour le coup, les jeunes qui s'engagent dans ce service civique solidarité seniors bénéficient d'une formation et d'un accompagnement à la fois aux premiers secours et au b.a.-ba, mais aussi à la psychologie de la personne âgée, aux choses à faire ou pas. On ne lâche pas des jeunes dans la nature pour aller au contact des personnes âgées.

L'intérêt est que, dans ce cadre, les jeunes qui font cela pendant six à huit mois ont aussi des temps de partage d'expérience, d'échanges de pratiques, ils sont accompagnés dans leur projet professionnel.

On sait que, dans les métiers de l'aide à domicile et du médicosocial, il y a un problème de recrutement et d'attractivité. Là, en y allant petit à petit avec un accompagnement et une mise en confiance, on permet peut-être d'orienter les jeunes vers ces emplois et vers des formations plus qualifiantes par la suite.

Il faudrait que l'on regarde de plus près la complémentarité des dispositifs, sachant que Les Petits Frères des Pauvres, la fédération des centres sociaux et l'URIOPSS participent à la formation des jeunes.

Mme GÉRARD.- Vous avez raison. On a fait ce même constat et, l'année dernière, on a financé l'URIOPSS à hauteur de 15 000 € pour mettre en place des formations pour ces jeunes sur la façon d'aborder la personne âgée, la psychologie de la personne âgée et aussi une formation sur les métiers du grand âge. Cela dit, les jeunes ont très peu participé à ces formations, le démarrage a été difficile. Votre vigilance est juste, mais cela a du mal à prendre. Les jeunes n'ont pas forcément participé à ces réunions, sachant que c'étaient des réunions en visio, on était encore en mode dégradé.

Intervenante.- Ce dont vous parlez est pris en charge par le Département. Là, c'est financé par l'État et Malakoff-Humanis.

Mme GÉRARD.- Il y a un très petit reste à charge, 50 €.

Intervenante.- Je pense qu'on aurait tout intérêt à mutualiser tout cela.

Mme LÉTARD.- On pourrait entamer des échanges entre les deux initiatives. Il y a pas mal d'acteurs de la conférence des financeurs, l'opportunité est donc offerte de regarder comment connecter les deux initiatives. Au travers de la conférence, il y a peut-être quelque chose à organiser.

Je propose que l'on s'arrête là. Les documents sont très détaillés.

Madame, je vous remercie pour cette présentation très éclairante qui nous permet de mieux comprendre et de mieux cerner le champ des possibles au travers de ce vaste plan que vous avez mis en œuvre au nom du Département.

(Départ de Marie GÉRARD)

❖ **Prévention de la perte d'autonomie et bien vivre son âge**

(Entrée en séance de Jean-René LECERF)

Mme LÉTARD.- Il me revient évidemment de souhaiter la bienvenue au président du conseil de la caisse nationale de solidarité autonomie.

Je rappelle que la CNSA gère la branche autonomie de la Sécurité sociale depuis le 1^{er} janvier 2021 et est ainsi devenue le pendant de l'assurance maladie et de l'assurance retraite ou encore de la caisse nationale d'allocations familiales.

La CNSA soutient l'autonomie des personnes âgées et personnes handicapées en contribuant au financement des aides individuelles versées aux personnes ainsi qu'au financement des établissements et des services qui les accompagnent et doit veiller à l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire national.

Dans le cadre des travaux de notre mission sur l'APA, nous souhaitons échanger sur les travaux et orientations de la CNSA en tant que pilote de la cinquième branche autonomie, ainsi que sur les relations entretenues avec les Départements et sur l'enjeu du vieillissement de la population.

Je rappelle que notre mission d'information porte sur l'évaluation, mais aussi les perspectives en matière d'APA et, plus largement, elle brosse aussi les perspectives d'évolution de la branche que la CNSA va avoir à porter avec, on l'a bien compris, dans cette première année de mandature, le sujet de la dépendance et de l'autonomie qui sera au cœur des préoccupations gouvernementales.

Nous sommes donc très heureux de pouvoir entendre le président Jean-René LECERF nous présenter cela, sur la base d'un questionnaire guide que nous avons adressé il y a quelque temps et qui permet déjà de voir un peu quelles sont nos attentes pour nourrir le rapport d'information que nous allons rendre en septembre au président et à l'exécutif, pour lequel nous avons déjà procédé à de nombreuses auditions des acteurs du domicile et des établissements sur tous les champs d'intervention.

Nous allons entamer une série d'auditions des partenaires extérieurs et d'intervenants plutôt nationaux pour nourrir notre regard sur l'évolution de notre environnement, mais aussi sur les perspectives qu'il va falloir intégrer.

Nous aurons d'ailleurs, après tes propos liminaires, quelques questions sur lesquelles tu pourras nous apporter des précisions ou en tout cas nous dire les directions que vous allez commencer à prendre dans cette nouvelle séquence de cinq ans qui s'offre à vous.

Merci d'avoir répondu à notre invitation.

M. LECERF.- Merci, Valérie, et merci à chacun d'entre vous.

Je vais essayer dans un premier temps de vous donner mon appréhension des choses, vous expliquer par quel hasard je suis arrivé là, alors que je ne m'y attendais pas du tout, et vous expliquer ce que la période a de compliqué.

Aujourd'hui, on ne sait pas exactement de quoi demain sera fait parce qu'on est tous à attendre une grande loi sur le grand âge. On l'attendait déjà sous Sarkozy, sous Hollande, sous Macron. Je pense que, sous Macron 2, il faut que ce texte soit adopté parce qu'il y a bien des points – et l'APA en fait partie – sur lesquels aujourd'hui on est dans la conjecture par rapport aux décisions qui seront prises par le Gouvernement et par les parlementaires dans les semaines et les mois qui viennent.

Pour vous présenter un peu mon arrivée, je peux vous dire que, un beau jour, j'ai été très surpris d'avoir un coup de téléphone de Sophie CLUZEL me disant « Marie-Anne MONTCHAMP arrête, elle nous a dit que vous feriez un très bon président du conseil de la CNSA ». Je lui ai dit « c'est très gentil, mais je suis en train d'écrire un bouquin, cela risque d'être très prenant ». Après, j'ai eu Brigitte BOURGUIGNON, j'ai continué de résister malgré les interventions de ces deux illustres membres du Gouvernement. Un jour, j'ai un petit message sur mon portable : « Monsieur le Président, quand puis-je vous rappeler sans vous déranger ? » ; comme ce n'était pas signé, je n'ai pas rappelé et, deux minutes après, j'ai un nouveau petit message du même « c'est Jean CASTEX ». Du coup, j'ai cédé parce que je savais que ce serait passionnant, mais aussi que ce serait assez prenant.

Je me retrouve donc à la CNSA, que je connaissais, mais que je ne connaissais pas bien. Je ne suis pas un spécialiste des problèmes du grand âge ou des personnes en situation de handicap, je les connaissais comme président de département et il a fallu que je me plonge dans la multitude de rapports qui sortent de manière régulière sur les problèmes du vieillissement.

Je suis un vieux militant gaulliste, j'ai l'habitude de reprendre des expressions du Général de Gaulle qui disait qu'il allait vers l'Orient compliqué avec des idées simples. C'est ce que j'essaie de faire au niveau de la CNSA.

La CNSA est une structure assez compliquée, c'est un objet non identifié. C'est, d'une part, un établissement public national qui a été créé en 2004, c'est-à-dire au lendemain de la canicule mal gérée de 2003, et qui a changé de statut de manière très importante avec une loi datant de 2020, qui est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2021. Désormais la CNSA est une branche de la Sécurité sociale, elle a donc désormais une promesse de vie éternelle, si on peut le dire ainsi, alors qu'auparavant c'était une nationale qui pouvait disparaître comme cela arrive à d'autres établissements de temps à autre. Aujourd'hui, c'est une branche reconnue de la Sécurité sociale. C'est la moins lourde financièrement, encore que le budget de l'an dernier était de 32,2 Md€ et le budget de cette année est de 35 Md€, ce sont tout de même des sommes conséquentes à gérer.

Je pourrais vous dire « je gère 35 milliards ! », mais ce n'est pas moi qui les gère. Je suis président du conseil et pas l'autorité exécutive de la CNSA puisqu'il y a à la CNSA cette particularité que je trouve extrêmement intéressante, c'est un conseil qui rassemble l'ensemble des parties prenantes. Il rassemble aussi bien les grandes associations, les grandes fédérations de personnes en situation de handicap et de personnes âgées. J'ai trois vice-présidents, dont le président national de l'UNAPEI, la présidente des retraités, mais sont présentes aussi toutes les autres structures de personnes âgées et de personnes en situation de handicap, toutes les structures de l'aide à domicile, toutes les structures des établissements sociaux et médicosociaux, notamment une structure très présente, bruyante, mais intéressante qui est le directeur d'établissements au service des personnes âgées. On commence à y voir plus clair sur la situation des EHPAD aujourd'hui et celle qui devra être adoptée pour demain. Il y a les représentants de l'État, les représentants des employeurs, les représentants des syndicats et tout ce monde vit relativement bien ensemble. Il y a trois personnalités qualifiées et c'est au sein des personnalités qualifiées qu'est désigné le président de la CNSA et, puisque les deux autres personnalités qualifiées n'étaient pas candidates, je n'avais pas de souci à me faire sur mon élection, mais j'ai été élu à l'unanimité. Cela veut dire que, dans

un premier temps, tous ces gens-là, qu'ils soient de gauche, de gauche parfois très prononcée, qu'ils soient parfois des libéraux comme des représentants du MEDEF, travaillent ensemble dans un climat assez harmonieux. Cela me rappelle le Sénat sur les types de relations qui peuvent exister entre les uns et les autres.

Je me suis donc retrouvé dans ce bateau et, très vite, un peu comme le coucou pour m'installer dans le nid préparé par les autres. En effet, le grand document qui va porter le travail de la CNSA pendant quatre ans et peut-être même davantage, ce qu'on appelle la COG, la convention d'objectifs et de gestion, a été élaborée à 99,5 % par l'ancien conseil que présidait Marie-Anne MONTCHMAP, avec qui j'ai d'ailleurs continué d'avoir des relations de travail tout à fait cordiales et même amicales.

Cette convention d'objectifs et de gestion va donner des moyens plus importants et même de plus en plus importants à la CNSA puisque, dans un premier temps, la création de cette branche nouvelle s'est faite à financement constant, le financement des autres branches de l'assurance maladie. Dans la COG, des évolutions sont déjà actées et une évolution importante se fera dès 2024 sur une part plus importante de contribution sociale généralisée qui sera accordée à la CNSA.

Autrement dit, la CNSA sait qu'elle va devoir faire face dans les années qui viennent à des enjeux particulièrement importants liés au vieillissement de la population, liés aussi aux exigences de plus en plus importantes des personnes âgées et des personnes en situation de handicap pour mener une vie citoyenne aussi normale que possible et aussi longtemps que possible. Elle doit en même temps faire face à la discrimination liée à l'âge.

J'ai été assez atterré pendant la campagne présidentielle de voir deux choses, de voir d'une part le peu de place accordée au problème du vieillissement et du grand âge alors que c'est un problème essentiel, qui concerne tous les candidats – je ne fais pas de politique sur ce plan – et aussi de voir des interlocuteurs théoriquement très fiables à France Info dire : « Pourquoi les vieux votent-ils ? Est-ce que l'on doit accorder le même droit de vote à des gens qui ne seront plus là dans 20 ans et qui ne s'intéressent pas au problème de la survie de la planète qu'à des jeunes de 18 ans qui sont beaucoup plus concernés ? ». Quand on commence à avoir ce type de réflexion, on n'est pas loin du jeunisme, alors que je me battais pour que, au contraire on installe des bureaux de vote dans les maisons de retraite, ce qui n'aurait d'ailleurs rien de particulièrement original.

Je ne le suis plus, mais j'ai été un très ancien conseiller départemental, j'ai été élu pour la première fois en 1988 et je n'ai quitté le Département qu'en juillet 2021. Je me souviens que, lorsque j'étais un jeune candidat aux élections cantonales dans le canton de Marcq-en-Barœul, j'allais avec mes concurrents politiques – mais on avait déjà une notion de l'adversité en politique qui était une notion très cordiale – dans les maisons de retraite, on prévenait le directeur, les gens étaient informés et on essayait de leur présenter le plus simplement possible ce qui nous différenciait les uns des autres de telle façon qu'ils puissent faire un choix aussi pertinent que possible. Il y avait du monde, les gens étaient intéressés, ils étaient contents d'être considérés comme étant dans la vie et non pas à côté. D'où le fait que je trouve très bonnes les propositions des syndicats pour installer des bureaux de vote dans les maisons de retraite, il ne faudra pas que ces bureaux de vote soient limités aux habitants des maisons de retraite, mais que tout l'environnement puisse rentrer voir comment cela se passe.

Je me suis beaucoup occupé des prisons quand j'étais parlementaire. J'ai toujours considéré que, plus il y avait de monde qui entrait dans les prisons, mieux on se portait. Dans les maisons de retraite et les maisons pour personnes en situation de handicap, c'est pareil.

Je vais reprendre le fil des questions que vous aviez posées.

La CNSA dispose bien sûr de leviers pour accompagner le travail sur la dépendance – je n'aime pas ce terme de dépendance et j'essaie d'ailleurs de l'éviter ; on parle aujourd'hui de personnes vulnérables plus

que de personnes dépendantes – et, au niveau de cette compétence sur l'autonomie, il y a aussi les Départements.

Je ne me fais pas d'illusion. Le choix du Gouvernement, au-delà de mes indiscutables qualités, était beaucoup plus dirigé sur le fait que j'étais un ancien président de Département. Les relations entre la CNSA et les Départements n'étaient pas bonnes, elles étaient quasiment inexistantes puisque mes collègues conseillers de Département n'y siégeaient pas à l'époque, ils y avaient leur place, mais n'y siégeaient pas, et les relations étaient assez tendues entre la CNSA et l'ADF dans sa partie élus. Ils attendaient donc que j'essaie de changer un peu la donne.

J'aurai d'ailleurs une réunion le 18 mai avec mes anciens collègues de l'ADF particulièrement impliqués sur ce problème, c'est-à-dire mon vice-président qui est Philippe PICHERY, le président du Département de l'Aube, qui est vraiment extrêmement actif sur ce dossier. L'ADF a désigné un président pour s'occuper du grand âge, Olivier ROCHEFOU le président de la Mayenne, un président pour s'occuper du handicap, Stéphane SOULIER, président de la Somme, et Frédéric BIERRY, l'ex-président du Bas-Rhin devenu président de la Collectivité européenne d'Alsace avant d'être président de la Région Alsace – mais ce n'est pas encore fait. Nous serons tous autour de la table pour faire le point des problèmes pour lesquels CNSA et Départements sont concernés, pour voir comment on gère le problème des ARS.

Je me souviens que, au début de mon mandat de président du Département, les relations ARS - Départements dans notre région étaient inexistantes. Elles sont devenues un peu plus partenariales avec la pandémie. Il y a donc déjà eu des progrès dans la relation entre l'ARS et les Départements, mais il reste tout de même beaucoup de progrès à accomplir.

On me posait des questions sur les leviers pour accompagner les collectivités dans la prévention de la perte d'autonomie. D'une part, sur les 32,2 Md€ du budget de l'an dernier, 26 Md€ sont consacrés aux établissements sociaux et médicosociaux, c'est la gestion des personnels, notamment des EHPAD, mais pas seulement. D'autre part, vous avez la participation aux allocations individuelles de solidarité que sont l'APA et la PCH. L'an dernier, il y avait 2,7 Md€ de la CNSA pour l'APA et 0,7 Md€ pour la PCH. Il faudra voir si ces chiffres vont évoluer ou s'il y a d'autres moyens de faire en sorte que le partage des compétences financières entre les Départements et l'État se déroule d'une autre manière. Il y a aussi un budget interventions de 700 M€. Il y a un budget investissement de la CNSA qui est, lui aussi, de 700 M€ sur l'exercice 2021, qui devrait d'ailleurs continuer à augmenter pour les années à venir.

Vous voyez que, d'une part, la plus grande partie de la somme est consacrée à la gestion des établissements sociaux et médicosociaux et à l'investissement et que, d'autre part, une partie est également consacrée à l'investissement sous le contrôle plus direct de la CNSA.

Vous posiez des questions sur la prévention. Dans la convention d'objectifs et de gestion, l'État et la CNSA ont prévu la création d'un centre national de ressources et de preuves pour la prévention de la perte d'autonomie. Tout un travail est en train de se faire pour mettre en place une structure dont la finalité sera de dégager les bonnes pratiques en la matière et de pouvoir accompagner non seulement les personnes qui sont dans les structures collectives, mais tout simplement les personnes vieillissantes, c'est-à-dire pas nous tous mais presque. En effet, si on veut s'occuper du bien vieillir, ce n'est pas à 70 ans que l'on peut commencer, c'est plus à 50 ans qu'il faut commencer à s'en préoccuper.

Je signale d'ailleurs qu'un livre est sorti, pour lequel le Département n'est pas pour rien, du professeur Boulanger qui est professeur au CHU de Lille, « Je décide de vieillir bien et longtemps en bonne santé ». C'est un livre qui a été financé par la CARSAT, la Région, le CHU, le Département du Nord et le Département du Pas-de-Calais.

J'ai d'ailleurs fait remarquer à la CNSA que l'on devrait centraliser toutes ces initiatives pour qu'elles soient utilisées au niveau national. Là, c'est un financement régional, départemental, local, alors que ce livre intéresse aussi bien Perpignan que Dunkerque.

On attend beaucoup de ce centre national de ressources et de preuves sur les bonnes pratiques en matière de prévention.

On veut également donner les moyens, on a commencé à en donner dans la COG, alors que la prévention n'est pas alignée sur les échéances électorales. Il faut du temps pour que la prévention permette d'améliorer les choses et, quand elle améliore les choses, elle permet également de faire des économies plutôt que de dépenser davantage lorsque la prévention a été laissée un peu de côté.

De la même manière, il existe des aides à l'investissement, j'ai cité les 700 M€ qui sont de la compétence de la CNSA. Bien sûr, c'est peu de chose à côté des milliards qui sont investis directement par la branche de la Sécurité sociale qui est désormais la branche autonomie.

Là aussi, des gens me consultent pour ce projet de regrouper des EHPAD gérés par les CCAS et de construire un nouvel EHPAD, d'en réunir six ou sept qui n'étaient pas de gros EHPAD – il suffirait de 160 places pour compenser tout cela –, en faisant des bâtiments pavillonnaires qui permettraient d'avoir des économies de gestion au niveau de la direction, des services relations humaines, des services financiers et qui permettraient aussi d'avoir une très grande proximité entre les uns et les autres. Cet EHPAD important deviendrait aussi un EHPAD ressources pour l'environnement.

J'ai une demande de la Ville de Marcq-en-Barœul, une demande de la Ville de Bondues. Beaucoup de maires appellent les uns et les autres. Ma compétence étant nationale, j'ai regardé avec sympathie ce qui vient du Nord, mais sans monopoliser le Nord sur ce point, ce qui est normal.

J'ai une collaboratrice, que vous connaissez bien, dans le cadre du problème de la CNSA et de l'aide qui doit vous être apportée, qui est désormais conseillère du président de la CNSA, c'est Geneviève MANNARINO, qui sera à votre disposition techniquement pour vous guider et voir si, sur tel dossier, il faut faire descendre par exemple la directrice générale de la CNSA ou le directeur général adjoint, qui sont des gens tout à fait remarquables, pour prendre à bras-le-corps des dossiers qui pour vous paraîtront des dossiers particulièrement importants.

Les aides à l'investissement existent. Il y a aussi des aides moins fondamentales sur la reconstruction d'EHPAD ou sur ce que l'on appelait autrefois l'humanisation d'EHPAD existants. Il y a aussi des aides liées à des projets, qui sont aussi bien des aides en fonctionnement qu'en investissement.

Je vous donne quelques chiffres qui peuvent vous intéresser.

Dans le cadre des budgets d'investissement sur l'année 2022, dans les interventions CNSA, on a 453 M€ qui sont des crédits venus du Ségur de l'immobilier, 100 M€ qui sont des crédits venus du Ségur numérique et un peu plus de 85 M€ qui sont des crédits de paiement CNSA directs sur des interventions d'investissement.

Sur des interventions en fonctionnement – je ne vous fais pas le chapitre complet, mais je peux vous transmettre cette convention d'objectifs et de moyens –, si je prends les choses qui paraissent les plus intéressantes, sur l'année 2022, on a en accès au droit et soutien aux aidants 74 M€ qui existent au niveau national sur des projets d'accès au droit ou des projets de soutien aux aidants, 155 M€ sur des projets sur la perte d'autonomie – c'est bien sûr pour la France et ces crédits ne feront que grandir dans les années à venir –, 40 M€ sur la prévention de la perte d'autonomie – c'est plus consacré aux résidences autonomie, les autres crédits étant peut-être davantage consacrés aux EHPAD – et on a des soutiens aux services de l'autonomie à domicile à hauteur de 220 M€, soutien à la coordination des dispositifs à hauteur de 100 M€, à la qualité de l'offre à hauteur de 126 M€ et à la recherche et l'innovation à hauteur de 12,5 M€.

Il existe donc toute une série de crédits, sur lesquels vous pouvez intervenir pour solliciter l'appui de la CNSA. Si vous vous alliez avec l'ARS et si vous avez un dossier présenté conjointement ARS - Département, il a encore plus de chances d'être retenu, mais il y a parfois des dossiers qui ne sont pas soutenus par les ARS et qui sont soutenus par la CNSA.

Sur les perspectives stratégiques – je reprends les questions qui étaient les vôtres – : quelles sont les perspectives de développement de cette branche, de quelle place les Départements disposeront-ils dans le pilotage de cette nouvelle branche et quelles modalités d’accompagnement de la perte d’autonomie des personnes âgées sont envisagées à terme ? Il y a des questions auxquelles on peut répondre dès aujourd’hui et d’autres devront attendre la loi sur le grand âge.

Le problème pour tous les Départements est patent. Aujourd’hui, dans l’état actuel des choses, des Régions veulent la compétence santé, mais la compétence sociale est la compétence des Départements. Aujourd’hui, le principal interlocuteur de la CNSA et de la branche de Sécurité sociale au niveau du territoire pour la constitution de ce qu’on voudrait appeler le service public territorial de l’autonomie, ce sont les Départements.

Aujourd’hui, les Départements sont revenus autour de la table. Ma volonté, après la réunion que j’ai évoquée avec les présidents de Département, est d’avoir une réunion avec le conseil d’administration de l’ADF. Pendant six ans, j’ai été président de la commission des finances de l’ADF, j’ai assisté à tous les conseils d’administration et il n’y a pas eu sous le précédent mandat une seule réunion entre la CNSA et le conseil d’administration de l’ADF qui est pourtant une instance fondamentale représentative des différents courants.

Que craignent les Départements ? Ils craignent l’envolée des coûts sur la PCH et sur l’APA, ils craignent aussi de perdre une partie de leur autonomie dans un système qui serait par trop centralisé. Le risque de centralisation existe. Par exemple, la CNSA développe un système d’information sur l’APA, lequel a pour but de fiabiliser les plans d’aide, mais également d’éviter une trop grande disparité des plans d’aide entre les départements.

Je le disais aux ministres concernés, la meilleure façon d’avoir des plans d’aide qui soient plus cohérents d’une région à une autre est peut-être aussi de veiller à la relative capacité de chacun des Départements de faire face à ses responsabilités. J’ai souvent dit que les Départements étaient des étiquettes qui recouvraient des réalités extrêmement diverses. Entre le Département des Hauts de Seine et le Département de la Creuse, entre la Seine-Saint-Denis et la Ville de Paris, il y a des disparités énormes.

J’ai un très bon souvenir de mon passage à la commission des finances de l’ADF, c’est lorsqu’on a décidé à l’ADF la mutualisation beaucoup plus volontariste que par le passé – puisque, par le passé, c’était vraiment tout à fait évanescents – des droits de mutation à titre onéreux. La réforme des droits de mutation à titre onéreux pour le Département du Nord, qui n’est pas le plus pauvre, s’est soldée par une augmentation d’environ 100 M€ de mutualisation qui venaient du deuxième Département de France la Ville de Paris, du Département des Hauts de Seine, des Alpes-Maritimes, de la Haute-Savoie, autrement dit tous ceux pour lesquels les DMTO étaient particulièrement fructueux.

Au sein de l’ADF à l’époque, cela n’a pas du tout été un clivage droite/gauche, mais un clivage riches/pauvres. Je rappelle quelquefois avec un peu de persiflage à Jean-Luc GLEYZE, le président de la Gironde, qu’à l’époque c’était : « qu’est-ce que vous venez nous emmerder à venir nous piquer notre pognon alors que c’est dans notre territoire que sont construites les maisons, que se font les transactions immobilières les plus importantes ? ». Je disais souvent « ce n’est pas parce que la maire de Paris est extraordinaire – elle l’est peut-être pour d’autres raisons –, qu’elle a 1,5 Md€, peut-être pas loin de 2 Md€ de droits de mutation à titre onéreux, et parce que la présidente de la Creuse est une cruche qu’elle n’a rien ». Ce sont des effets d’aubaine.

Aujourd’hui, mon vice-président Philippe PICHERY me dit que, alors que l’adoption de cette mutualisation des DMTO au sein des départements a été très dure, plus personne ne le conteste et, mieux, qu’il est pour relancer une discussion pour que la mutualisation puisse aller plus loin encore, ce qui paraît plutôt bien. Aujourd’hui, s’il n’y a plus de très très riches, qu’ils sont simplement très riches, et s’il n’y a plus de très très pauvres, qu’ils sont simplement pauvres, c’est déjà un progrès. Il va de soi que, pour que les

Départements soient capables d'avoir des plans d'aide cohérents au niveau de l'APA, encore faut-il qu'ils aient les moyens de le faire.

Ce problème de la péréquation entre Départements est un problème important, mais cela ne doit pas éluder le problème des dotations de l'État aux Départements. Là-dessus, j'ai quelques idées.

Il faut s'attendre à une augmentation de l'APA qui est naturelle puisque le vieillissement va continuer. Les chiffres sont d'ailleurs impressionnants mais sans plus. On estime que le nombre de personnes qui seront susceptibles de bénéficier de l'APA d'ici à 2050 augmentera de l'ordre de 30 %. C'est beaucoup, mais pas absolument colossal. On pense également que la mise en place des mesures de prévention fera que la vulnérabilité arrivera beaucoup plus tard. Quand on me demande d'ailleurs les critères de compétences de la CNSA, je dis que c'est la vulnérabilité. À la limite, mon ancien collègue, avec lequel j'ai beaucoup de plaisir à travailler au Sénat, Robert BADINTER, se fiche de l'APA. Des gens de 95 ans n'ont pas besoin de l'APA et d'autres de 70 ans en ont besoin (??). Il y a également la PCH et se pose le problème de savoir s'il ne faudra pas casser la barrière de l'âge de 60 ans et faire en sorte que, pour une personne âgée devenue handicapée, la PCH soit possible et pas seulement l'APA, sachant que le niveau de PCH est beaucoup plus important et donc beaucoup plus intéressant que le niveau de l'APA.

Vous avez entendu le Président de la République qui déclare qu'il va falloir également aller chercher ceux qui ne demandent pas les allocations. C'est très bien au niveau de la justice et de l'intérêt général, mais cela va coûter plus cher. Il y a une solution très simple : augmenter la contribution de la CNSA, puisque ce sont des deniers publics, on demande à l'État d'augmenter la dotation de la CNSA pour qu'elle puisse accompagner l'APA d'une manière plus importante qu'elle ne le fait aujourd'hui, mais il y a d'autres solutions.

Je ne suis pas favorable du tout à toutes les hypothèses qui feraient que les Départements s'éloigneraient des allocations individuelles de solidarité. C'est vrai pour l'APA, la PCH et aussi le RSA. Si les Départements s'éloignent des allocations individuelles de solidarité, ce sera géré au niveau national et donc beaucoup moins bien géré. Lors d'une rencontre avec Emmanuel MACRON lorsque j'étais président de la commission des finances de l'ADF, il avait proposé de reprendre le financement du RSA et je lui avais dit : « Monsieur le Président, est-ce vous qui irez voir les gens de Toyota à Valenciennes, de Renault à Maubeuge, la Chambre des métiers, la Chambre de commerce pour retrouver du travail aux uns et aux autres ? » Comme il est souvent d'accord avec les personnes avec qui il parle, il m'avait dit que j'avais raison mais...

Au-delà de cela, je suis convaincu que, le jour où il y aura une renationalisation au niveau du RSA, il y aura une augmentation extrêmement importante puisqu'il n'y aura pas de volontarisme pour trouver des emplois pour les allocataires en situation de travailler. Et, si on se retire du handicap et du grand âge, nous sommes les mieux placés pour voir comment les choses se passent, pour éviter les problèmes du type ORPEA qui sont de véritables scandales. Espérons que ce sera un mal pour un bien et que ce sera la dernière fois que ces dérives auront pu exister. Cela dit, il y a des solutions assez faciles pour éviter les scandales de ce type.

Je disais que j'ai quelques idées.

Par exemple, sur le problème du Département, les Départements veulent retrouver une marge financière. Si c'est une augmentation des dotations APA, c'est bien ; si ce n'est pas une augmentation des dotations APA mais autre chose, cela peut être aussi bien.

Par exemple, vous avez un aspect qui paraît technique mais qui ne l'est pas. Il y a aujourd'hui une distinction entre les personnes âgées à domicile et les personnes âgées en établissement sur la compensation du reste à charge par l'État. Pour les personnes âgées qui sont en établissement, cette compensation du reste à charge se fait dans le cadre de déductions d'impôts. Cela veut dire que les personnes en établissement qui ne paient pas d'impôt n'ont pas de déduction. Pour les personnes à domicile c'est, non pas une déduction d'impôts, mais un crédit d'impôt. Cela veut dire que, à domicile, que

vous payiez des impôts ou non, vous pouvez avoir jusqu'à 6 000 € par an de compensation au niveau du reste à charge. Si vous payez plus de 6 000 € d'impôts, vous (??) et, si vous payez moins, on vous fera un chèque de 6 000 € au maximum, mais cela peut être moins avec tous les niveaux intermédiaires.

Si on avait un crédit d'impôt généralisé, cela solvabiliserait les personnes pour faire face à leurs frais au niveau des EHPAD et vous auriez une baisse extrêmement importante des engagements financiers du Département sur la prise en charge de l'hébergement des personnes qui sont à l'aide sociale.

Peu importe sur la technique, je fais confiance aux parlementaires pour trouver le moyen le plus pertinent, mais il y a beaucoup de modalités qui permettent d'avancer.

Je voudrais vous dire un mot peut-être aussi sur le problème des EHPAD. Quand j'étais président de Département, j'avais coutume de dire qu'il fallait arrêter le choix réducteur entre le domicile traditionnel et l'EHPAD. Certains peuvent avoir envie d'autre chose, ils ne peuvent pas rester au domicile traditionnel mais ils ne veulent pas aller à l'EHPAD. Je crois que cette question devient de plus en plus brûlante d'actualité.

Tout le monde est d'accord aujourd'hui pour dire qu'il faut multiplier les alternatives au domicile et les alternatives à l'EHPAD, qu'il faut multiplier les habitats partagés, les résidences autonomie, l'accueil familial en y mettant le contrôle nécessaire. Je pense qu'il y aura pléthore de développements d'habitats partagés dans les années à venir.

J'en ai visité deux ces derniers temps. J'en ai visité un à Valenciennes dans une maison exceptionnelle ; avant de partir, je me suis dit que j'allais réserver des places pour ma femme et moi. Les prix ne sont pas colossaux, bien sûr ce n'est pas le prix des EHPAD, mais c'est fabuleux, je n'avais jamais vu aussi bien que ce que j'ai vu à Valenciennes. Le responsable me disait qu'il ouvrait un deuxième établissement à Vieux-Condé où les prix seront beaucoup moins importants parce que le foncier ne sera pas de la même nature. À Valenciennes, vous avez l'impression d'être au Sénat. Les personnes qui étaient là y sont depuis quatre ans, elles ont entre 85 et 96 ans. Dans les EHPAD du département du Nord, l'espérance de vie est de 18 mois.

Voilà un juge de paix qui me paraît fondamental pour faire le choix entre la structure EHPAD et l'habitat partagé, c'est l'espérance de vie. D'un côté, on tient à la vie et on s'accroche ; de l'autre côté, on entre en EHPAD et, souvent, on laisse les choses aller.

Je ne reviens pas sur les dérives de certains EHPAD privés lucratifs. Il ne faut pas généraliser ; dans certains, cela se passe bien, mais il faudra remédier à ces dérives, avec des modalités. J'avoue que j'ai été très impressionné par les propos d'un grand nombre de chercheurs sur le problème du grand âge, qui sont des professionnels gériatres et qui me disent tous la même chose : dans 20 ans, voire beaucoup moins, dans les EHPAD ou dans les résidences pour personnes âgées – parce que je pense qu'on va changer de nom –, il n'y aura plus que des personnes en extrême fin de vie et donc des structures extrêmement médicalisées.

Il y a aujourd'hui dans les EHPAD des gens qui n'ont rien à y faire. Il faut multiplier les structures intermédiaires du type habitat partagé. Les gens sont plus heureux, ils vivent plus longtemps, ils sont considérés comme des citoyens et ils trouvent un peu dérisoires certains propos que j'avais d'ailleurs totalement adoptés pour humaniser les EHPAD et utiliser la conception domiciliaire pour dire qu'il faut qu'on soit chez-soi partout. Il faut être chez soi à son domicile – ce n'est pas compliqué –, dans les habitats partagés, dans les résidences autonomie et à l'EHPAD.

Je pense qu'aujourd'hui, il faut aussi être chez soi à l'EHPAD. La conception domiciliaire signifie que, si vous êtes chez vous, vous avez le droit d'avoir des animaux domestiques si cela vous fait plaisir ; il n'est pas question d'interdire les animaux de compagnie dans les EHPAD, il faut les autoriser. Chez vous, vous choisissez vos meubles, chacun doit pouvoir apporter le mobilier qui lui est affectivement très proche dans sa chambre. Chez-soi, si vous avez envie de fermer votre porte parce que vous êtes avec votre copain ou votre copine, cela ne regarde que vous, la sexualité peut exister à 40, 60, 80 ou 100 ans même si elle est

différente, il n'y a pas de honte à pratiquer la sexualité, même si, quand vous dites cela auprès de pas mal de bonnes âmes, cela engendre de la gêne. Or, cela fait partie de la vie et également de la raison de la conception domiciliaire de ces structures.

L'installation des bureaux de vote, ce sont des modalités qui ne sont peut-être pas fondamentales, mais qui permettent de montrer qu'on est citoyen et qu'on est dans la vie. J'avais vu une interview que le président du Sénat avait donnée à Citoyennage, une association de personnes âgées et même très âgées qui prennent la parole pour dire quelle est leur volonté, quels sont leurs besoins, quels sont leurs désirs, pour dire « on n'est pas seulement des malades, mais des vivants qui sont prêts à prendre des risques, donc faites attention à liberté dans les établissements et pas seulement à la sécurité dans les établissements ». Gérard LARCHER avait dit : « Il ne doit pas y avoir de citoyens en suspension. Quel que soit son âge et quel que soit son état de santé, on est citoyen et un citoyen a le droit de choisir la manière dont il veut et il doit vivre ».

Tout cela est certainement à tempérer parce qu'il y a des personnes en extrême fin de vie pour lesquelles il est difficile de penser que la présence d'artistes ou d'animateurs de vie est importante, mais elle est essentielle pour tous ceux qui ne sont pas encore en extrême fin de vie, pour lesquels le développement des soins palliatifs doit se faire partout, y compris dans les EHPAD, alors qu'aujourd'hui il y a encore d'immenses progrès à réaliser.

Mme LÉTARD.- Merci beaucoup pour cette présentation d'orientations qui nous donne déjà beaucoup d'indications sur les chantiers à venir et sur les choix que tu souhaites porter et en tout cas la défense d'un certain nombre de lignes que nous ne pouvons que partager en tant qu'élus départementaux par rapport aux trois aspects que tu évoquais et déjà sur la nécessité de faire en sorte que les allocations individuelles de solidarité restent véritablement à la main des Départements. Cela paraît une évidence parce qu'on est sur quelque chose qui touche à l'humain et cela ne peut pas être géré de Paris, même la stratégie doit être clairement définie par un outil comme la CNSA. On voit bien qu'il y a un vrai partenariat constructif à mener entre les territoires compétents que sont les Départements et la CNSA et que de gros chantiers s'ouvrent à nous au moment où la loi va venir proposer des solutions. Le Parlement aura un rôle à jouer, l'ADF aura un rôle à jouer. Le fait que le président de la CNSA souhaite travailler en bonne intelligence avec l'ADF est une indication plus qu'importante à nos yeux.

Avant de demander quelques petites précisions, je vais proposer d'abord à mes collègues de prendre la parole, de poser les quelques questions qu'ils souhaitent poser pour affiner les attentes que nous avons par rapport au rendu de notre mission sur l'APA. Il y a quelques petits sujets plus précis au niveau du Département du Nord, qui nous motivent et qui nous interrogent, sur lesquels on aimerait saisir l'opportunité de la présence du président de la CNSA pour voir les perspectives qui s'offrent à nous en termes budgétaires sur quelques sujets sensibles, que ce soit l'avenant 43 ou même les 3 € qualité.

J'y reviendrai après plus précisément, je vais laisser la parole à mes collègues.

M. CATHELAIN.- Tu l'as dit à juste titre, les Départements sont inquiets de l'augmentation de l'APA qu'il y aura ces prochaines années, qui a déjà commencé. La gérontocroissance est une vraie préoccupation. Tu connais forcément le budget du Département et, si l'APA tire de plus en plus, le principe des vases communicants d'un budget fait qu'on va certainement devoir retirer à un autre budget. Cette loi grand âge est très attendue puisqu'il y aura un besoin de financements supplémentaires.

Une chose inquiète beaucoup les structures de service d'aide à domicile et le Département, c'est la pérennité des financements. Aujourd'hui, beaucoup d'actions sont financées par l'État ou par la CNSA sur la base d'un appel à projets limité dans le temps et la question de la pérennité des financements se pose toujours. Ne pas être certain de ces financements, c'est toujours se poser des questions sur l'avenir. C'est plus une remarque pour que tu puisses nous défendre au niveau national.

Par exemple, le sujet de l'avenant 43 est souvent revenu chaque fois qu'on a reçu les structures et les services d'aide à domicile. Ce n'était pas toujours le sujet, mais ils le remettaient toujours sur la table parce qu'ils disaient qu'ils étaient limités dans leurs moyens, que notre intervention ne compensait pas leurs coûts. Il y a une très grande inquiétude à ce niveau.

M. LECERF.- Sur le rôle fondamental des associations du maintien à domicile et des travailleurs du maintien à domicile, si l'on ne fait rien très vite pour augmenter l'attractivité de ces professions, on va avoir de très gros problèmes.

C'est en outre une profession très mal payée, mal considérée. Aujourd'hui, la reconnaissance doit être une reconnaissance sociale, mais une reconnaissance financière est absolument indispensable. C'est notamment la volonté de mettre des flottes automobiles à disposition pour permettre à ces personnes de ne plus payer leur essence, d'avoir une voiture à leur disposition.

À ce sujet, on peut commencer par des flottes de complément. Dans le département du Nord, je m'étais renseigné sur la moyenne du salaire mensuel net de ces personnes du maintien à domicile, c'était 800 € parce qu'elles ne font pas des temps complets. Elles travaillent le matin de telle heure à telle heure, elles ont une coupure considérable et elles retravaillent le soir. Il y a donc un problème considérable sur l'attractivité de cette profession.

L'avenant 43 a le mérite d'exister. À ce propos, lorsque vous posez la question au Gouvernement, il vous dit qu'il n'y a pas de problème, que le 50/50 va continuer avec le Département sans limitation de temps, mais cela va dépendre des budgets annuels successifs, il n'y aura jamais d'assurance totale. Ceci dit, aujourd'hui, deux Départements refusent de jouer le jeu de l'avenant 43 – comme d'habitude, ce ne sont pas les plus pauvres de France, on n'est pas riche par hasard –, ce sont les Départements des Yvelines et des Hauts de Seine. Ils ont demandé à me voir ; sur les crédits qui sont des crédits souples à disposition de la CNSA, ils n'auront rien ou ils changeront leur politique auparavant. Il y a des choses élémentaires à faire pour bénéficier de l'appui de l'argent public.

Ce problème est évident. Je me souviens de discussions avec l'UNA lorsque j'étais président. La présidente nationale de l'UNA est maintenant parmi les membres de mon conseil, je l'ai mise en rapport avec le directeur général des services du Département parce qu'elle me disait : « Monsieur le Président, s'il n'y a pas d'augmentation, on met la clef sous la porte ». Si une telle structure met la clef sous la porte dans un département comme le Nord, c'est ingérable, vu le nombre de personnes qui vont être abandonnées et qu'il faudra accueillir dans les EHPAD sur des places qu'on n'a pas. Ceci dit, c'est aussi une manifestation de rapport de force.

Le passage aux 22 € pour la dotation horaire minimale, avec ses bons et ses mauvais côtés, a été un élément très important pour ce type de structure, avec une injustice parce que l'État a décidé qu'il compensait pour ceux qui étaient en dessous de 22 €. La CNSA a exigé d'avoir un rapport sur les Départements qui seraient compensés parce qu'on pense que, parmi les Départements qui seront compensés, il y aura des Départements très pauvres, mais il y a aussi des Départements très riches qui étaient loin d'être à 22 € parce qu'ils estimaient que, dans leur département, les gens pouvaient avoir une intervention personnelle et un reste à charge plus important. Sur cette compensation, c'est Robin des bois à l'envers, on va piquer aux pauvres pour donner aux riches. Le Gouvernement y a été attentif en disant : « On a une mémoire. Les Départements qui auront été compensés parce que la loi a prévu la compensation alors qu'ils n'en avaient pas besoin ne doivent pas s'attendre à être particulièrement bien traités par l'État et la CNSA dans les années à venir ».

Il faudra en arriver à de véritables carrières pour les personnels du maintien à domicile. Il faudra développer également les aides techniques. En effet, ces personnels ont besoin d'aides techniques, sinon, ils seront épuisés à 45 ans à manipuler des personnes dont le poids est parfois important. Il y a toute une série d'aides techniques qui existent, dont parfois les personnes ne veulent pas se doter, peut-être parce

qu'elles n'en ont pas les moyens. Une intervention au niveau des aides techniques facilitera la vie des personnes âgées grabataires et des aides de façon à éviter qu'ils soient usés prématurément.

Je pense aussi que c'est un métier qu'on ne peut pas exercer jusqu'à 62 ans et encore moins jusqu'à 65 ans. Il faudra avoir des évolutions de carrière qui permettent à un certain moment de dériver ces personnes vers par exemple du tutorat par rapport à leurs jeunes collègues.

Il faut aussi que ce métier devienne un métier attractif, considéré, que des formations soient organisées. Entre les Départements et les Régions, c'est facile à mettre cela en place et c'est essentiel. Ce problème se pose aussi dans les EHPAD ; mais, cette fois-ci, c'est le Ségur qui a pris le relais et pas l'avenant 43.

Comme je vous le disais tout à l'heure, l'EHPAD de demain sera un établissement de fin de vie, on va multiplier les résidences autonomie et les logements partagés. Peut-être que, même dans les résidences autonomie, il faut faire en sorte que le personnel qui intervient soit le personnel du maintien à domicile. Il serait parfaitement logique que ce soit ce personnel qui intervienne et pas un personnel d'infirmiers.

Des profs de médecine me disaient que les infirmiers ne veulent pas aller dans EHPAD parce qu'ils n'y font pas leur travail d'infirmier. Dans l'EHPAD qui sera devenu un lieu de fin de vie, ils feront leur travail d'infirmiers.

Mme PARMENTIER-LECOQ.- Je vais revenir sur les questions financières. La problématique est véritablement là puisqu'il y a une progression des dépenses assez importante.

M. LECERF.- Pas exponentielle.

Mme PARMENTIER-LECOQ.- Je ne vois pas l'avenant 43 comme un problème, mais plutôt comme une première solution à un problème de rémunération et d'attractivité des métiers alors que, aujourd'hui, on n'arrive pas à répondre à tous les besoins. La question se pose de savoir comment augmenter les rémunérations ou aligner les rémunérations dans les autres secteurs qui ne sont pas au même niveau, notamment le secteur privé. Comment financer avec des modèles économiques différents, notamment des modèles économiques d'établissements à but lucratif ? Comment financer publiquement et comment couvrir des écarts de salaires qui ne sont pas forcément justifiés ? Est-ce qu'il y a un peu de réflexions là-dessus au niveau de la CNSA ?

Se pose aussi la question du financement des EHPAD. Le volet dépendance est insuffisant en termes de recettes par rapport aux coûts, par rapport aux dépenses générées dans les EHPAD. Finalement, ce sont des structures qui ont des modèles économiques structurellement déficitaires, avec une façon d'évaluer le GIR dans l'EHPAD qui ne prend pas en compte tous les niveaux de dépendance et donc tous ses coûts. Si l'on remet un peu tout cela d'équerre, on fait aussi progresser de façon exponentielle en plus du nombre de personnes âgées.

Quelles sont les réflexions au sein de la CNSA sur les modèles économiques vers lesquels il faut aller et vers les lignes de financement, sans plomber les actifs ?

M. LECERF.- Il faudra effectivement consacrer davantage d'argent public au grand âge. Ce sera à la loi à venir d'être relativement précise sur ce point. Le problème des EHPAD privés, notamment lucratifs, est aussi le problème des sommes considérables demandées aux personnes, qui sont des personnes qui ont généralement les moyens de les payer, et qui permettraient une prise en charge du personnel dans des conditions un peu différentes.

Il y a là un point sur lequel tout le monde ne sera pas d'accord. Je pense que ce n'est pas un scandale si les personnes en mesure de payer plus paient plus.

Je vais donner un exemple. Lorsque j'étais président – et Dieu sait si j'ai été critiqué pour cela –, j'ai fait procéder à des mesures de déshabilitation partielle à l'aide sociale des EHPAD. Quand je suis arrivé, les EHPAD étaient tous habilités pour 100 % de leurs places à l'aide sociale, ce qui au plan de la justice et de l'égalité était tout à fait bien. Nous avons des problèmes financiers, comme beaucoup d'autres

Départements, et, après y avoir longuement réfléchi, on a décidé de mettre en place une politique de déshabilitation partielle à l'aide sociale, en disant que tous les gens qui étaient à l'aide sociale trouveraient des places à l'aide sociale pour être accueillis, mais que ceux qui n'étaient pas à l'aide sociale et qui avaient des moyens plus importants – et c'est vrai que c'était plus facile à faire à certains endroits qu'à d'autres – paieraient plus cher.

Dans cette déshabilitation à l'aide sociale, le prix de journée est différent. Il y a un prix de journée aide sociale et un prix de journée pour ceux qui ne sont pas à l'aide sociale, qui est décidé par le directeur de l'établissement. Bien sûr, les augmentations sont encadrées, mais elles sont possibles.

Cela m'a fait plaisir de voir les représentants des syndicats de la CNSA, notamment le représentant très actif de l'association des chefs d'établissement au service des personnes âgées, venir me dire : « quand vous avez pris cette décision, cela a été une levée de boucliers considérable et, après un an, on a fait le point et nos directeurs ont dit que, finalement, ceux qui payaient avaient les moyens de payer et, pour la plupart, l'avaient fait sans même râler. On a pu, grâce à cette augmentation qui nous a été autorisée sur le prix de journée, recruter des aides-soignants supplémentaires qui ont amélioré la situation ».

La période est difficile pour les établissements privés lucratifs. J'étais à un congrès sur (?), ils étaient tous archi furieux. Ils m'ont donné une expression que je n'utiliserais pas devant les journalistes, mais qui paraît assez parlante ; ils m'ont dit : « Monsieur le Président, de toute façon, les gougnaftiers qui nous ont mis ce type de problème et qui font qu'aujourd'hui, pour le grand public, on est tous mis dans le même sac alors que c'est particulièrement injuste, sont des gens qui en plus fichent en l'air la rentabilité des établissements et même l'équilibre financier des établissements parce que dans ce domaine no éthique no business ».

C'est un peu brutal comme sigle, mais je pense que, sur le privé lucratif qui représente environ 25 % aujourd'hui des EHPAD, il faudra avoir des mesures de contrôle beaucoup plus strictes.

J'ai proposé un truc qui ne coûte rien à personne, qui est accepté aujourd'hui, c'est de faire entrer les élus au sein des conseils de ces structures. Il y a bien des élus dans les collèges privés, et ceci parce qu'il y a de l'argent public qui passe dans les collèges privés conventionnés, puisque c'est l'État qui paie les enseignants. Ils sont tous d'accord aujourd'hui pour dire qu'ils veulent bien prendre un conseiller départemental, un conseiller municipal, notamment dans les conseils de vie sociale par exemple, y compris dans les conseils d'établissement lorsque ces conseils existent. Leur présence a au moins une utilité, quand il y a une dérive, l'élu peut prendre son téléphone, appeler le préfet ou le directeur général de l'ARS et être un lanceur d'alerte sur la situation dans l'établissement. En revanche, je ne crois pas du tout qu'il soit utile ni même possible de lancer des contrôles sur les 7 500 EHPAD de France parce qu'on n'y arrivera jamais et parce que, dans les trois quarts des contrôles, on va perdre son temps. Ce contrôle global n'est pas nécessaire. Il vaut beaucoup mieux se concentrer sur les établissements sur lesquels il y a eu des alertes et, là, être tout à fait draconiens. C'est la première mesure.

Les autres mesures sont en train d'être prises. Ce sont des mesures qui concernent les groupes, qui consistent à dire qu'il faudra isoler la situation de chaque EHPAD au sein du groupe et non pas noyer la situation financière grâce au groupe, ce qui permettrait de recycler de l'argent public vis-à-vis des actionnaires alors que l'argent public était destiné aux soins.

Ce sont les quelques points sur lesquels il me semble que l'on peut avancer, mais les dépenses seront tellement importantes que le problème du reste à charge continuera à se poser. D'où l'intérêt de la remarque que je faisais tout à l'heure, qui va coûter de l'argent à l'État, mais qui serait relativement juste et normale. Je me demande d'ailleurs si une exception à la constitutionnalité ne serait pas possible dans la distinction qui est faite entre la dépendance en établissement et la dépendance à domicile. Avec la dépendance à domicile, c'est un crédit d'impôt, cela concerne tout le monde ; avec la dépendance en établissement, c'est une déduction d'impôts qui ne concerne que ceux qui paient des impôts.

M. MANIER.- Je voudrais dire deux ou trois mots, tout d'abord pour te remercier de ta présence, Jean-René, en tant que président du conseil de la CNSA. Visiblement, tu t'es déjà bien intéressé au sujet. C'est en tout cas une bonne chose que ce soit un ancien président du Conseil général qui préside cette structure.

M. LECERF.- Un autre ancien président de Conseil général m'a donné un coup de main pour faire en sorte que ce soit œcuménique.

M. MANIER.- Sur cet environnement, on sait déjà quels sont les tenants et les aboutissants en termes d'évolution, on ne pourra pas dire qu'on ne savait pas. Des questions sont récurrentes depuis une vingtaine d'années. Depuis que je suis conseiller général, on a dit que les EHPAD devaient inéluctablement évoluer et que la médicalisation allait devenir inéluctable. Depuis 20 ans, on dit à juste titre qu'il faut un accompagnement pour rester plus longtemps chez soi et que, quand cela ne peut plus se faire, il faut trouver une structure intermédiaire qui ne soit pas l'EHPAD. Malheureusement, cela fait 20 ans qu'on essaie de trouver des formules et qu'on n'en a pas. Il n'y a que des balbutiements.

Est-ce une question d'argent ? J'espère que le « quoi qu'il en coûte » qui prédominait sur certains sujets va jouer par rapport au grand âge.

En attendant, on voit bien qu'il y a un besoin et cela fait 20 ans qu'on n'avance pas sur ce besoin.

Sur l'habitat participatif, le Département y contribue. Tu citais « l'annexe du Sénat » qu'était celui de Valenciennes. Quand j'étais président de bailleurs sociaux, on en faisait également. Les bailleurs sociaux en font et c'est abordable. Je suis d'accord avec toi, que l'on soit plus jeune ou plus âgé, il y a des disparités et des inégalités. Le fait qu'on puisse appréhender les personnes selon ces disparités y compris au niveau du revenu est tout à fait nécessaire.

De même, je pense qu'il faut se poser effectivement la question des 60 ans. Aujourd'hui, 60 ans par rapport au vieillissement, ce couperet est-il encore opportun ? Je pense que non et qu'il faut le faire évoluer quantitativement et qualitativement.

Sur les EHPAD à but non lucratif, si j'ai bien compris, il y a un problème au niveau des contrôles. Il n'y a pas une instance qui est déterminée pour contrôler ces établissements, mais plusieurs. Comme ils sont plusieurs, ils s'observent un peu, ils n'ont peut-être pas suffisamment de moyens et les contrôles ne s'exercent pas comme ils le devraient.

Effectivement, il y a l'avenant 43, qui est mal équilibré aujourd'hui financièrement. On s'aperçoit que, dans notre département, les associations qui jouent le jeu sont peut-être les plus pénalisées, y compris financièrement et cela met à mal leur pérennité. Je pense qu'il y a un vrai péril en la demeure là-dessus.

Mme LÉTARD.- Je passe la parole à Céline et je terminerai pour que tu nous fasses une réponse groupée, Jean-René.

Mme SCAVENNEC.- Vous avez dit, Monsieur le Président, qu'il fallait développer les alternatives au domicile et à l'EHPAD avec des lieux d'habitat partagé. Ici, on est historiquement et culturellement sur un territoire de béguinages et, pourtant, ces modalités d'habitat sont très difficiles à développer.

Je me pose clairement la question : malgré les financements et l'aide à l'investissement par le Département, pourquoi est-ce aussi compliqué, pourquoi cela n'avance pas ?

Nous étions il y a quelques mois à l'inauguration d'un lieu formidable dans mon canton de Lille 3 qui est animé par l'association L'arche. C'est un lieu d'habitat inclusif pour des adultes en situation de handicap et c'est un lieu mixte avec une partie de logements pour étudiants et une partie de logements pour des seniors qui choisissent de venir vivre dans cet habitat partagé, avec un tiers lieu. C'est un exemple formidable et, en plus, c'est formidable pour le quartier. En discutant du modèle économique avec L'arche, j'ai compris que le fait d'avoir la porte d'entrée handicap est beaucoup plus intéressant financièrement pour le montage du projet que d'avoir une porte d'entrée seniors.

Comment peut-on prendre les décisions qui permettent de faciliter cette mise en place ?

Mme LÉTARD.- Je vais compléter ce que tu dis, Céline, parce que cela faisait partie des points que j'avais identifiés, justement dans la suite logique de ce que Jean-René rappelait et qu'on partage tous, qu'on a entendu au travers de toutes les auditions. Les établissements et services nous ont tous dit que, quelles que soient leurs réalités, ils sont arrivés à un point de rupture et que l'avenant 43, pour ceux qui doivent l'appliquer, a été vraiment une difficulté significative supplémentaire qui a encore creusé la difficulté d'équilibre financier des services d'aide à domicile et la question du reste à charge qui est encore plus sensible parce que tout cela vient s'ajouter.

Sur la question du maillage en termes d'offres qu'on doit proposer demain à nos populations âgées en fonction de leurs réalités, de leur niveau d'autonomie et des solutions alternatives qu'on doit trouver de plus en plus intégrées, de plus en plus partagées, est-ce que la CNSA envisage de traiter la question de l'habitat inclusif, comme en parlait Céline, au travers de l'aide à la vie partagée ? Est-ce que cela pourrait faire l'objet d'une généralisation, non pas seulement en secteur de handicap, mais bien par cette mixité de solutions qu'on peut trouver en plein cœur de ville, en plein cœur de quartier parce que c'est bien l'intérêt de cet habitat inclusif partagé ? C'est vraiment important.

Sur l'avenant 43, tu le disais, Jean-René, il y aura des ajustements annualisés, même si c'est malgré tout une assurance sur le fait qu'on est tout de même dans une logique où l'État s'est engagé dans la durée à venir compenser. Evidemment, il y a l'interrogation sur le niveau de compensation pour que les Départements ne se retrouvent pas avec un effet ciseau trop important.

Par exemple, aujourd'hui dans le Nord, l'avenant 43, ce sont 16 M€, c'est un montant estimatif de contribution de la CNSA de 8 M€. Est-ce que désormais la CNSA a une vision plus fine de la contribution qui sera la sienne sur l'exercice 2022 ? Est-ce que ce sera 8 M€ ou pas ? Si tu ne peux pas apporter la réponse aujourd'hui, est-il possible qu'on ait un petit retour écrit qui nous donne quelques indications sur la façon dont tout cela va pouvoir évoluer et quel sera le montant exact puisque cela a des conséquences significatives sur nos équilibres financiers sur le champ de la dépendance ?

Les services à domicile relevant des CCAS comme les SAAD privés seront certainement bientôt dans une logique d'éligibilité à l'avenant 43 ou à l'avenant 51. On en entend parler et je pense qu'il paraît cohérent que, si on le fait d'un côté, on le fasse de l'autre. La CNSA dispose-t-elle d'un calendrier et d'une visibilité sur les financements qui seraient prévus le cas échéant et le montant qui pourrait être mobilisé pour le Nord ? C'est là aussi une interrogation forte du secteur et du Département puisque, que tu sois opérateur, service ou Département, cela aura des conséquences.

L'autre point aussi sur lequel on a besoin d'avoir des éléments d'appréhension assez rapidement parce que cela nous est demandé par les services, c'est la question de la dotation de 3 € qui a été annoncée par le Gouvernement et pour laquelle une circulaire est sortie très récemment. Aujourd'hui, le Département dispose de peu d'éléments pour entamer les échanges avec les services alors qu'il faut démarrer très vite – puisque septembre, c'est demain – pour définir un peu plus finement la critérisation.

Est-ce que la CNSA envisage de donner des éléments complémentaires pour aider les Départements à préparer ce travail rapidement avec les services ? C'est en effet une partie de la solution pour commencer à trouver l'équilibre financier qui permettrait d'éviter – comme nous l'ont dit certains services d'aides à domicile – de mettre la clef sous le paillason dans un délai assez rapide.

Tu sais comme moi que les reports de déficit aujourd'hui ne sont pas pris en charge, il y a des problématiques dans les services à domicile sur le financement de l'APA qui ne sont pas prises en compte comme les frais de déplacement, les dimanches et les jours fériés, tout ce qui ingénierie, etc. Cela nous est redit et tout cela fait ce fameux delta rappelé par les uns et les autres.

On voit bien que les 3 € qualité sont importants. Si on pouvait en connaître le calibrage financier pour le Département du Nord, cela nous permettrait de travailler plus sereinement avec les services, sinon on

navigue à vue. On ne peut pas négocier 3 € qualité si on ne sait pas si l'enveloppe nous permet d'accompagner tous les services à domicile dans le cadre d'un CPOM.

De plus, à l'occasion des 3 € qualité, l'idée pour nous est de faire un contrat d'objectifs et de moyens qui nous permette de voir comment on arrive à plus de qualité, plus d'efficience. Il est donc vraiment important pour nous d'y voir clair là-dessus.

Sur la grille AGGIR – je sais que ce n'est pas toi directement –, tous nous ont dit que, dans l'évaluation des personnes dépendantes qu'ils ont à faire, la problématique des troubles cognitifs qui ne sont pas identifiés dans la grille AGGIR est un sujet énorme pour eux. Cela a des conséquences significatives et ils ont poussé un cri d'alerte là-dessus.

De la même façon, je profite de t'avoir en face de nous pour relayer parce que tout n'est pas directement CNSA. Par rapport aux ressources humaines, dans beaucoup d'endroits, elles commencent à faire défaut. Il y a des territoires où on a des services mais ils n'arrivent pas à recruter suffisamment pour répondre aux besoins.

De plus, l'institut de soins infirmiers nous explique qu'avec Parcoursup, un tiers des élèves infirmiers en première année abandonnent. On a déjà une pénurie en professionnels médicosociaux, on va avoir une augmentation significative du domicile et on a un gros problème de ce point de vue qu'il ne faut pas perdre de vue. Tu peux être le porte-parole de cette réalité auprès du ministère compétent parce que je pense que ce sera un vrai sujet pour les infirmières et pour d'autres professions. Il me semble que cela commence à inquiéter et cela alerte beaucoup.

Pour terminer, ce que tu as dit sur la barrière d'âge est une absolue nécessité, on le partage complètement.

M. LECERF.- Cela va coûter aussi.

Mme LÉTARD.- Oui, mais on voit bien que l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes est un problème. Si on les met dans des établissements pour personnes âgées avec les mêmes ratios d'encadrement que pour les personnes qui n'ont absolument pas les mêmes problématiques, cela se passe mal. Aujourd'hui, on n'a pas la solution et il y a un vrai sujet aussi à prendre en compte.

Quant à l'investissement, la CNSA se retrouve beaucoup à aider sur le fonctionnement, elle mettait beaucoup plus dans le passé sur l'investissement parce qu'il fallait augmenter le nombre de places. À un moment, on va devoir appliquer la loi et par exemple la rénovation thermique des établissements recevant du public va avoir des conséquences significatives sur notre parc d'établissements. Là, on aura peut-être besoin que la CNSA s'interroge quand il y aura des investissements lourds à faire dans les EHPAD. Les EHPAD nous ont dit qu'ils n'avaient plus la capacité d'assumer les investissements. Cela veut dire du reste à charge en loyers pour les usagers. Cette question de l'investissement nous paraît être aussi un élément significatif de l'équation de l'accessibilité des établissements à tous publics retraités. Tu sais mieux que moi que les personnes retraitées qui arrivent maintenant dans le dispositif dépendance ont des retraites beaucoup plus petites parce qu'elles ont eu des parcours plus chaotiques.

J'ai voulu faire le panégyrique des sujets – on te donnera peut-être les questions – sur lesquels il est important pour nous d'avoir quelques éléments qui nous permettront rapidement d'engager un dialogue avec les services et les établissements.

M. LECERF.- Je vais répondre rapidement. Après, qu'il y ait de ta part ou de la part du secrétariat de la commission un courrier demandant des renseignements plus précis sur tel ou tel sujet, pourquoi pas.

Sur les EHPAD, on ne peut pas dire qu'il ne s'est rien passé depuis 40 ans. J'ai été élu en 1988. Je me souviendrai toujours de ma première visite de l'hospice de Bondues, c'étaient des dortoirs et des seaux hygiéniques sous les lits ; cela ne s'oublie pas, c'était une vision d'apocalypse. Tout cela n'existe plus. Cela ne veut pas dire qu'il faut se satisfaire de tout ce qui est fait aujourd'hui mais des choses ont été faites.

Je ne partage pas l'opinion exprimée par Didier et Céline sur la difficulté de mise en place des logements partagés. Au niveau de la CNSA, un nombre considérable d'initiatives sont prises aujourd'hui en termes de logements partagés, on n'en a jamais eu autant. Il faut peut-être voir si le Nord est également très présent, mais cela se développe. Je vais voir l'AMF, les associations d'élus, les maires et, quand on les voit en leur disant « ne demandez plus d'EHPAD, mais un logement partagé », ils prennent très bien la chose. Il faut que des initiatives soient prises de manière extrêmement importante sur le logement partagé puisque c'est la solution de demain pour la gestion du grand âge, aussi longtemps que le grand âge se trouve dans une situation où le problème de son état de santé n'est pas le seul problème qui se pose à lui.

Il se passe beaucoup de choses en France sur le développement du logement partagé. J'aimerais savoir si, dans le département du nord, on a sur tous les secteurs ce type d'initiatives. Je sais qu'il y a là des privés qui veulent entrer sur le terrain du logement partagé pour une population plus favorisée financièrement. J'ai visité une résidence à Croix il n'y a pas si longtemps, où les prix sont élevés, de l'ordre de 3 000 € ou 3 500 € par mois ; le responsable me disait que les prix étaient élevés parce que, pour acheter le terrain à Croix, il avait fallu mettre 20 M€ et que, si on trouvait des terrains accessibles, pas forcément dans la métropole lilloise mais sur le département du Nord, les prix allaient descendre de manière importante.

Sur ce problème, la CNSA est totalement penchée. Les projets de logements partagés seront des projets aidés en priorité parce que cela nous paraît être effectivement l'une des solutions.

Sur le problème des EHPAD, tu signalais qu'il faudra faire en sorte que ce ne soit plus des passoires thermiques. Sur l'EHPAD le plus important de Marcq-en-Barœul, il y a déjà eu trois humanisations et c'est toujours du rapiéçage. Aujourd'hui, le maire voudrait laisser tomber les EHPAD, les vendre à des promoteurs et prendre un nouveau terrain pour construire des bâtiments pavillonnaires totalement adaptés aux nécessités d'aujourd'hui. Je pense que, là où c'est possible, il se fera beaucoup plus des reconstructions que des réhabilitations. De plus, la reconstruction est moins gênante pour les personnes parce que, aussi longtemps qu'on n'a pas fini les travaux, elles restent dans l'ancienne structure et elles passent du jour au lendemain de l'ancienne structure à la nouvelle.

C'est vrai que les structures de maintien à domicile ont des problèmes extrêmement réels. Le passage à 22 € en forfait de l'heure n'est pas suffisant. C'est vrai qu'avec les 3 €, ce n'est plus 22 €, mais 25 €, alors qu'ils demandent 30 €.

Mme LÉTARD.- Toutes les structures confondues, SYNERPA, FHF, URIOPSS, ADMR, nous ont dit entre 27 € et 28 € de l'heure au niveau du département du Nord.

M. LECERF.- Au niveau des revendications parisiennes, c'est 30 €.

Mme LÉTARD.- C'est peut-être pour avoir 27 €.

M. LECERF.- Les 3 € seront financés intégralement par l'État. Il n'y aura pas de participation du Département.

Mme LÉTARD.- On a une interrogation sur l'enveloppe.

M. LECERF.- Je suis désolé de te renvoyer la question, mais cette interrogation sur l'enveloppe sera réglée pour l'essentiel par le législateur. Aujourd'hui, tout ce que l'on entend côté Gouvernement, c'est : ne vous faites pas de souci sur les 3 €, on sera très présent, on veut simplement que vous puissiez les utiliser comme levier pour que les évolutions nécessaires se mettent en place et on ne sera pas chien sur l'octroi des 3 €.

Mme LÉTARD.- Il faudra aussi que ce soit pérenne, il y aura un besoin d'inscription dans la durée.

M. LECERF.- C'est toi qui pourras y veiller plus que moi puisque c'est le budget national qui devra reprendre ces absolues nécessités dans les dépenses incompressibles et les dépenses obligatoires.

Mme LÉTARD.- Pour aller au bout et sans vouloir te mettre en défaut, j'ajoute qu'on se fait interpellé par les services qui nous expliquent qu'il est plus que temps de se mettre autour de la table pour critériser. Pour cela, on a besoin de plus d'éléments et besoin de savoir quelle est la fourchette dont on pourra disposer pour ne pas les embarquer dans une aventure qu'on ne sera pas capable d'accompagner jusqu'au bout. L'idée est que tu nous aides à remonter cela et qu'on ait une indication assez rapide et fine.

M. LECERF.- Je vais vous envoyer des gens de la CNSA, mais je dois savoir à qui je les envoie.

Je reviens sur la question précédente. Les handicapés sont mieux traités que les personnes âgées, c'est vrai avec la PCH par rapport à l'APA. La volonté très forte de la CNSA est d'aller vers la convergence entre le grand âge et le handicap. Quelle différence entre une personne âgée handicapée et une personne handicapée qui prend de l'âge ?

Dans les EHPAD tels qu'ils fonctionnent aujourd'hui, il y a des gens qui ont leur autonomie, même s'il y en a peu. Il y a des EHPAD où on a fait entrer des personnes handicapées qui étaient nettement plus jeunes, qui avaient autour de 60 ans, on s'est aperçu que cela s'était très bien passé et que cela avait au contraire donné une sorte de coup de fouet à la vie dans l'EHPAD.

Je pense qu'il est extrêmement important qu'on aille vers la convergence et je pense que, dans quelques années, dans tous les départements, il n'y aura plus qu'un élu pour s'occuper du grand âge et du handicap et un service qui réunira les deux responsabilités.

Dites-moi à qui j'adresse les émissaires de la CNSA et ils vont vous appeler sur le problème des 3 €. Est-ce que je les envoie vers le directeur général des services ou vers les élus compétents ? Je n'en sais rien et je ne veux pas m'immiscer dans des problèmes internes de fonctionnement du Département.

Mme LÉTARD.- Ce n'est pas compliqué, c'est le duo administratif et politique qui gère : Frédérique et Monsieur FUCHS qui coordonne ce secteur en tant que DGA et qui sera à la manœuvre.

M. LECERF.- Je vais les envoyer sur le directeur général adjoint et ils se débrouilleront.

La CNSA est parfaitement consciente qu'aujourd'hui, avec son changement de statut, elle doit être aux côtés non seulement des MDPH comme c'était le cas jusqu'à présent, mais également aux côtés des services autonomie des Départements pour leur donner tous les renseignements utiles et nécessaires, y compris financiers. Même les gens de la CNSA sont incapables de dire si les 3 € seront maintenus dans cinq ans ou dix ans parce que cela dépendra de l'intervention annuelle du législateur.

Je m'en occupe, pas de problème.

Mme LÉTARD.- Merci, parce que c'est vraiment important pour nous.

Il y a un point spécifique que tu connais bien pour le Département du Nord et sur lequel je ne t'ai pas questionné, qui est une réalité. Des départements sont à 17 € et, ici, on est à 22 € parce qu'il y a eu une politique volontariste. Mais cela a été pénalisant pour le Département parce que ceux qui ont fait l'avance anticipée n'ont pas été compensés. Est-ce que vous ferez quelque chose pour faire en sorte que ceux qui ont été vertueux ne soient pas punis ?

M. LECERF.- La CNSA a exigé et obtenu la communication des Départements qui ont effectivement été compensés. La réponse qui a été faite dans ce conseil où il y avait les représentants du Gouvernement a été que le législateur s'était prononcé.

La loi prévoit effectivement que l'on compense intégralement pour ceux qui sont à moins de 22 €. La loi n'était pas bonne. Désormais, on est dans l'exécution de la loi. « Tout ce que l'on peut faire, Monsieur le Président, c'est prendre acte de la réserve qu'a émise à l'unanimité le conseil de la CNSA pour dire qu'on saura ceux qui en ont bénéficié et, si ceux-là sont parmi les départements favorisés, il faudra qu'ils soient discrets pendant quelque temps. »

De la même manière, pour ceux qui étaient à 22 €, 23 € ou 24 €, il faut trouver un moyen pour compenser un coup parti du fait de la rédaction un peu lapidaire de la loi sur ce point. La loi n'a pas été bien rédigée. Elle pensait que ceux qui étaient en dessous de 22 € étaient les pauvres, mais ce n'était pas le cas. Or, nous venions de passer de 21 € à 22 €. Le président du Département me l'a rappelé. On y est passé parce que c'était nécessaire.

Maintenant, avec l'effort du Gouvernement, on n'est plus à 22 € mais à 25 €, ce qui change la donne, mais cela ne suffit pas. Vous évoquiez les personnes chargées du maintien à domicile. Il y a un point qui n'est toujours pas vu dans leurs responsabilités : aujourd'hui, le temps qu'elles passent à faire la conversation avec la personne accompagnée, à lui lire le journal, à faire le tour du jardin avec elle, à la maquiller est un temps qui n'est pas compté. Le temps de la convivialité ne compte pas, c'est un temps où elles travaillent sans être payées. Elles le font quand même parce qu'elles estiment que c'est aussi indispensable que de faire la toilette ou préparer le repas.

Les augmentations financières seront importantes pour ces personnes. Il faut que l'on trouve le curseur qui permet, État et Départements et peut-être d'ailleurs aussi Communes, de trouver des mesures acceptables et supportables pour les uns et les autres.

Même chose sur l'investissement, les communes en prennent leur part. Je signalais les cas de Marcq-en-Barœul et de Lille, ce sont des dossiers à 35 ou 40 M€, des dossiers lourds sur lesquels il va de soi que la Commune doit intervenir. Il n'y aura pas que les crédits de la cinquième branche ou les crédits de la CNSA, mais également les crédits communaux.

Le problème du grand âge doit concerner tout le monde, les Départements, cela va de soi, mais j'ai prévu de rencontrer l'AMF, les petites villes de France, les maires ruraux, parce que les problèmes sont différents, mais chacun est largement concerné par cette question.

N'hésitez à me faire un courrier sur les points sur lesquels vous voulez avoir des réponses précises et je mettrai en place le contact avec le service.

Mme LÉTARD.- Par ailleurs, envisagez-vous un référentiel national de l'APA ?

M. LECERF.- On l'envisage. Là, les choses sont en train de bouger très vite.

Mme LÉTARD.- A quelle échéance ?

M. LECERF.- À mon avis, c'est au plus tard une échéance de six mois à un an. C'est d'ailleurs en cours. Les travaux qui sont faits aujourd'hui dans le cadre du système d'information mettront en place un référentiel extrêmement précis qui va d'ailleurs limiter la souplesse pour certains Départements. Les Départements qui n'avaient plus les moyens de faire face aux besoins des uns et des autres parce qu'ils payaient d'abord ce qui était strictement obligatoire avaient comme solution – même si ce n'est très pertinent – de diminuer les plans d'aide. Ce ne sera plus possible.

La volonté est aussi d'avoir une équité de traitement entre départements, que les gens ne choisissent pas leur lieu d'habitation en fonction de ceux qui sont capables d'aider davantage et abandonnent les départements notamment ruraux qui n'en seraient pas capables. Aujourd'hui, il sera beaucoup plus difficile d'échapper au niveau des GIR comme au niveau du plan d'aide à une structure généralisée. On ne va pas demander la même politique à la Creuse et à la Ville de Paris, mais on va demander un tronc commun extrêmement important qui sera similaire. Cela va se faire très vite, je suis peut-être pessimiste en disant six mois.

Les crédits mis sur l'actualisation des outils informatiques qui permettent d'aboutir à cette précision existent. D'ores et déjà, l'augmentation des crédits sur ce thème est prévue dès le budget 2022 et est effective.

Mme LÉTARD.- Pour conclure, merci beaucoup, Jean-René. C'était vraiment extrêmement important et intéressant pour nous de comprendre la direction que tu avais engagée.

Il y a aussi une chose importante – je reviens à mon propos liminaire –, c'est l'importance de garder cette proximité, cette réalité territoriale départementale, voire infra-départementale parce que la réalité urbaine n'est pas la réalité rurale, la richesse d'un département n'est pas la richesse d'un autre département et ce qui vaut pour une population ne vaut pas pour une autre population de notre pays.

Tout en ayant une vraie stratégie nationale, pouvoir garder tout de même une approche et des souplesses qui permettent de tenir compte des réalités territoriales... Vous parliez de déshabilitation tout à l'heure, c'est typiquement quelque chose que l'on a échangé avec les directeurs d'établissement. Déshabiller dans des territoires métropolitains, par exemple dans l'Avesnois, dans les zones où les retraités relèvent en très grande partie de l'aide sociale pourrait être une difficulté.

Là aussi, on voit bien la finesse de l'exercice, on a besoin d'avoir une intervention forte de l'échelon départemental et même infra-départemental. C'est donc bien cette coproduction CNSA, État et Collectivités départementales qu'il faut défendre absolument.

M. LECERF.- Il faut éviter que les déshabilitations conduisent à mettre fin à la mixité.

Mme LÉTARD.- On est d'accord.

Merci beaucoup et bon courage pour la suite.

(La séance est levée à 13 heures.)

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU NORD
Mission spéciale d'information et d'évaluation
relative à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Séance 8 – 20 mai 2022

Étaient présents :

Présidente de la mission spéciale d'information et d'évaluation de l'APA : Valérie LÉTARD

Pour le groupe Union Pour le Nord : Loïc CATHELAIN, Charlotte PARMENTIER-LECOCQ,

Pour le groupe Socialistes, Républicains et Citoyens : Josyane BRIDOUX, Didier MANIER

Pour le Groupe Communiste et Républicain, Pour l'Humain d'abord ! :

Pour le groupe Écologiste, EELV, Génération.s : Céline SCAVENNEC (Rapporteure associée)

Étaient auditionnés :

Monsieur Dominique LIBAULT, conseiller d'État, Président du Haut Conseil de financement de la protection sociale

Monsieur Antoine RODE, chargé de recherche (Université de Grenoble)

(La séance est ouverte à 14 h 34, sous la présidence de Mme LÉTARD.)

Mme LÉTARD.- Merci beaucoup d'avoir répondu à l'invitation de l'équipe qui se joint à moi pour conduire une mission d'information départementale pour évaluer l'APA et surtout commencer à essayer de projeter ce que cela pourra donner dans le département dans les années qui viennent.

Monsieur LIBAULT, à partir du moment où on s'intéressait à ce sujet, il était évidemment essentiel et important de pouvoir vous entendre. En effet, je pense que chacun d'entre nous sait très bien ce que vous avez apporté comme contribution et le rôle que vous jouez aujourd'hui au niveau national. Monsieur LIBAULT, vous êtes Conseiller d'État, Président du Haut Conseil de financement de la protection sociale et Directeur de l'École nationale supérieure de Sécurité sociale. Vous avez aussi contribué à rendre deux rapports extrêmement importants et fondateurs. En 2019, vous avez rendu le rapport de la concertation grand âge et autonomie qui devait servir de socle à la loi grand âge et, en 2022, un autre rapport qui nous intéresse aussi beaucoup, qui a pour intitulé « Vers un service public territorial de l'autonomie », qui fera l'objet de votre présentation pour partie et duquel nous essaierons de tirer un certain nombre de questions et d'échanges entre vous-même, Monsieur LIBAULT, et l'ensemble des membres de la mission qui se joignent à moi.

Avant de rappeler où nous en sommes de la mission et son cadre, je vais demander à chacun de mes collègues élus de bien vouloir se présenter.

Mme SCAVENNEC.- Bonjour Monsieur, bonjour à toutes et à tous. Je suis Céline SCAVENNEC, conseillère départementale du canton de Lille 3.

M. CATHELAIN.- Bonjour à tous, bonjour Monsieur LIBAULT, je suis Loïc CATHELAIN, premier adjoint au maire de Marcq-en-Barœul, en charge notamment de l'action sociale et vice-président en charge des finances du Département.

M. MANIER.- Didier MANIER, je suis conseiller départemental de Villeneuve-d'Ascq.

Mme BRIDOUX.- Josyane BRIDOUX, conseillère départementale du canton de Sin-le-Noble.

Mme PARMENTIER-LECOQ.- Bonjour, Charlotte PARMENTIER-LECOQ, conseillère départementale et députée aux affaires sociales. Je connais bien vos travaux.

M. LIBAULT.- Très heureux de vous retrouver.

Mme LÉTARD.- Notre mission a pris pour point de départ le mois de décembre dernier, même si nous avons vraiment démarré les auditions fin février sur un rythme assez soutenu. Son objectif est d'évaluer le dispositif de l'APA dans le Nord afin d'améliorer sa gestion et de préparer l'évolution démographique qui sera significative dans un département de 2,6 millions d'habitants.

Ainsi, les membres de la mission ont analysé le parcours de la personne dans le dispositif, nous avons aussi évoqué les modalités d'attribution de l'aide, l'évaluation des besoins, les impacts sur les finances départementales. Nous avons eu sept séances d'audition assez longues et assez riches pendant lesquelles nous avons échangé avec un large panel d'acteurs concernés par l'APA, que ce soient les fédérations représentatives des services d'aide à domicile et des établissements, les équipes d'évaluation médicosociale, des caisses de retraite, des services internes du Département, les directions de l'autonomie, de la communication, des finances, les conseils en gestion, ainsi que le nouveau président de la CNSA, Jean-René LECERF.

Nous avons également effectué un certain nombre de visites sur les territoires, que ce soient EHPAD, résidences autonomie, pôles autonomie, directions territoriales, UTPAS, mais aussi rencontré un certain nombre d'acteurs – certains d'entre nous sont allés dans un institut de formation d'infirmières –, mais aussi d'autres professions médicosociales.

Nous avons largement eu l'occasion de faire un tour de la question et nous allons continuer encore quelques mois. En effet, nous rendons le rapport final en septembre, même si nous allons faire avant les vacances d'été un petit point d'étape entre nous.

Nous approchons de la fin de ce cycle d'auditions. D'après les premiers constats, ces recommandations auront plusieurs échelles, entre celles qui relèveront de politiques et d'organisation interne au Département et celles qui devront être portées au niveau national dans le cadre d'une future politique autour du grand âge. Dans tout ce que nous entendons, on voit bien que certains aspects relèveront d'un travail d'amélioration de notre propre appréhension du sujet et que, pour d'autres, cela relève du débat que nous aurons à une autre échelle.

Le sujet de l'APA est au cœur de la lutte pour l'autonomie des personnes âgées. Évaluer ce droit, c'est toucher la globalité de la politique du grand âge. C'est pourquoi nous avons aussi creusé des questions avec les professionnels autour de l'attractivité des métiers, de la formation, des causes du non-recours, de l'égalité d'accès au droit et au service, des enjeux de la gérontocroissance ou encore de l'accessibilité du droit face au développement du numérique, les politiques de prévention, l'isolement, le soutien aux aidants. Bref, nous avons fait un assez large tour de la question. On ne s'est pas contenté *stricto sensu* d'évoquer l'APA, on a fait un large tour d'horizon.

Je souhaiterais maintenant que vous puissiez nous exposer ce qui ressort de ce rapport, votre vision à ce stade du service public territorial de l'autonomie, quelles perspectives, quelle place pour les Départements. Si vous pouviez commencer par nous planter un peu le décor, nous dire votre sentiment, nous pourrions ensuite approfondir par quelques questions plus précises.

Malheureusement, je vous abandonnerai en cours de route et Charlotte prendra le relais. En effet, Monsieur le Préfet et le directeur général de Vallourec seront en sous-préfecture dans une demi-heure – je suis dans les locaux de la préfecture. Vu l'urgence du sujet, ce n'était pas prévu, mais je vais accompagner Monsieur le Préfet dans cette réunion.

Merci encore d'avoir eu la gentillesse de bien vouloir vous prêter à cet exercice.

M. LIBAULT.- Je vous en prie. Je suis toujours intéressé par ces moments de dialogue et je le prends avec une certaine humilité parce que mes rapports sont souvent la remontée de beaucoup de choses qui viennent de dialogues avec les personnes de terrain, du côté des élus bien sûr, mais aussi du côté des professionnels. Ce sont rarement des choses qui viennent comme cela « en chambre », c'est vraiment la confrontation d'idées qui viennent du terrain. C'est ainsi que j'aime travailler, je trouve cela riche. Je m'étais d'ailleurs déplacé dans le département du Nord dans le cadre de cette mission pour voir notamment une maison de l'autonomie qui avait été mise en place.

Je précise qu'Alexandre FARNEAU (?) qui m'accompagne dans cette mission est avec moi. Si besoin, il est prêt à passer deux ou trois slides.

Je préfère, puisque vous n'allez pas rester longtemps, faire une présentation assez courte pour que l'on ait le temps de dialoguer.

Mon travail précédent pour le rapport de la concertation grand âge englobait tout le grand âge, y compris un certain nombre de sujets extrêmement importants que vous venez d'évoquer rapidement et qui ne sont pas au cœur de mon dernier travail, comme le sujet de l'attractivité des métiers qui nous interpelle tous considérablement ou l'évolution de l'offre, autant de sujets qui ne sont pas au cœur du dernier travail.

Le dernier travail, comme son nom l'indique, part de la question de l'organisation des services publics de proximité autour de la personne. Je suis reparti d'un travail d'écoute des personnes âgées et par ailleurs des personnes handicapées, puisque la demande qui m'était faite était faite à la fois par Brigitte BOURGUIGNON, Sophie CLUZEL et Olivier VÉRAN et cela englobait l'ensemble des champs de l'autonomie.

J'ai essayé de réécouter ce que nous disent les personnes. On est tout de même dans ce constat un peu paradoxal en France où l'on dépense beaucoup d'argent sur la protection sociale, on fait beaucoup et, en fait, il y a un hiatus avec la perception qu'ont beaucoup de nos concitoyens. Vous avez parlé de sujets d'accès aux droits, voire de renoncement aux droits. Or, lorsqu'on écoute les personnes, elles nous disent que l'accès reste complexe, y compris pour des gens informés et, pour des gens mal informés, entrer dans ce sujet de l'autonomie pour la personne ou les aidants est très souvent vécu comme une complexité.

Un baromètre des aidants est élaboré au niveau national. Chaque année, la demande numéro 1 des aidants est de leur simplifier la vie, de coordonner les acteurs. Il y a beaucoup d'acteurs et c'est complexe pour les gens de se situer là-dedans. Tout le sujet d'information, accueil, orientation revient très régulièrement.

Une fois qu'on est là-dedans, il y a des droits. En parlant de l'APA, vous avez peut-être beaucoup travaillé sur le sujet des droits, de l'accès aux droits, de la révision des droits qui restent un sujet. Le renoncement aux droits est un sujet qui n'est pas si identifié que cela sur l'APA, on l'a plus traité au niveau national sur d'autres prestations.

Quand je parle de complexité, je ne sais plus ce qu'il en est dans le Nord, mais je suis obligé de citer un sujet qui revient régulièrement, ce sont les questions d'évaluation. On le sait tous, le Département est compétent pour les GIR 1, 2, 3 et 4 et la CARSAT pour les GIR 5 et 6. La reconnaissance mutuelle des évaluations est pour moi un sujet basique et très important. Cela se fait dans certains départements et pas dans d'autres. C'est évidemment quelque chose qui simplifie la vie des personnes et qui fait qu'il y a moins de coûts administratifs globaux. Quand il y a des double ou triple évaluations pour les personnes, ce sont des coûts globaux inutiles.

Il y a ensuite le sujet de la révision des droits. La situation de la personne âgée n'est pas stable, elle va évoluer dans le temps. Il y a donc besoin de réviser les choses et c'est ce qui pose souvent un peu question.

On a tout ce volet et, derrière, il y a la mise en place des solutions concrètes. Là, cela peut à nouveau être compliqué notamment dans les situations complexes qui mêlent le sanitaire et le social. On va retrouver notre organisation institutionnelle et l'organisation des acteurs avec une coupure assez forte, voire très forte entre le sanitaire et le social, voire à l'intérieur du sanitaire. On pourra y revenir.

On a donc des acteurs en silos et une difficulté à appréhender la personne dans la totalité de ses besoins. C'est vraiment cela qui est nécessaire, je vais y revenir.

Il y a enfin un volet qui est très important et qui n'est sans doute pas assez pris en charge par nos politiques globales sur l'autonomie, c'est la prévention de la perte d'autonomie. On sait tous que l'on a des progrès considérables à faire. Une stratégie populationnelle doit être mise en place et tout cela est insuffisant.

Quand on écoute les personnes, on entend l'idée d'une relative complexité, l'idée qu'ils veulent être accompagnés ; ils trouvent qu'ils ont des réponses en silo, que les gens ne sont pas si coordonnés que cela. Finalement, nos dispositifs ont été conçus pour répondre à des besoins donnés, sanitaires, sociaux et parfois ponctuels, mais on n'a pas ce *continuum* de réponse, on n'a pas un service public qui répond globalement à la totalité des besoins de la personne. Il va falloir aller chercher dans des petites cases, etc.

En réalité, ma proposition est toute simple. Il faut que nous construisions demain nos services des proximités à partir des besoins de la personne, en la prenant en charge sans sa totalité. Arrêtons d'être sur des territoires en silo. La personne est dans sa totalité, elle a des besoins sanitaires, des besoins sociaux, elle va évoluer dans sa prise en charge, on part de la prévention et ce sera jusqu'à la fin de vie. Il nous faut construire tous ensemble un service public de l'autonomie qui rassemble tout cela, qui accompagne la personne et crée un *continuum*. C'est le sujet tout simple que je soulève et que je souhaite mettre en place de façon pragmatique.

Pour moi, c'est la vraie promesse de la cinquième branche. Il a été créé une cinquième branche – Madame la Députée le sait bien, elle y a participé –, je trouve cela formidable mais, je le dis souvent, la promesse

de cette nouvelle branche de l'autonomie, ce ne sont pas seulement des prestations monétaires, c'est ce droit à continuer à vivre sa vie comme on le veut malgré son grand âge, là où on le veut, c'est de piloter sa propre vie. Notre service public doit entendre cela, construire le parcours de la personne avec elle et pas la mettre dans des cases parce que cela répond à des besoins.

Voilà quelle est la petite révolution. C'est un sujet à la fois modeste et assez fort parce que c'est une autre posture du service public.

Vous évoquez l'APA, mais l'APA, c'est dans la construction du parcours de la personne et dans un plan d'aide qui est construit avec la personne qui peut évoluer. Dans mon rapport précédent, je proposais d'ailleurs de mieux séparer les aides à la personne, les aides techniques et le répit. Je serais très intéressé par les constats que vous avez faits, mais on avait la perception que l'on avait du mal à faire face à tout ce qui était répit dans les plans d'aide tels qu'ils étaient conçus. C'est en tout cas ce qui remontait, mais je suis preneur de votre avis.

Voilà donc ce qu'est le service public territorial d'autonomie.

Je propose une conférence territoriale de l'autonomie présidée par le président du conseil départemental, avec une vice-présidence ARS. Mon idée est tout de même que les deux entités travaillent vraiment ensemble, le sanitaire et le social, sous l'égide CD et ARS.

Je définis des missions essentielles que doit mettre en place le service public territorial de l'autonomie. J'ai identifié quatre blocs : accueil, information, orientation ; gestion des droits ; solutions concrètes et prévention.

Je propose qu'un cahier des charges du service attendu sur les territoires soit réalisé au niveau national sous l'égide de la CNSA. En effet, je pense qu'il y a un sujet d'équité territoriale. Je suis obligé de le dire, les réponses sont hétérogènes selon les territoires. Si on a une branche de la Sécurité sociale, en termes de service rendu, on doit rendre à peu près le même service à la personne âgée où qu'elle soit sur le territoire. Je propose donc que l'on travaille sur un cahier des charges sur l'ensemble de ces missions au niveau national.

Ce cahier des charges serait transféré au niveau de la conférence territoriale de l'autonomie. Là, je propose une certaine autonomie de la conférence territoriale pour organiser les solutions dans la coopération entre les différents acteurs.

J'essaie aussi de travailler sur l'articulation national/local, pour qu'il y ait une équité territoriale avec un cahier des charges homogène, mais on ne va pas mettre en place les solutions d'en haut. Je pense que les solutions plaquées d'en haut, cela ne marche pas. Ensuite, c'est aux acteurs locaux de s'organiser et de créer des dynamiques territoriales. Pour moi, ce décroisement du service public doit enclencher un décroisement des acteurs sanitaires et sociaux eux-mêmes. On sait tous que l'on a ce besoin demain que l'hôpital travaille mieux avec la ville, que le social travaille mieux avec le sanitaire, etc. C'est pourquoi je décrois. On a un service public de l'autonomie qui permet lui-même de travailler avec les acteurs sur des dynamiques territoriales, pour répondre bien sûr à ses différentes missions, mais aussi pour aller plus loin et avoir des projets qui permettent d'accompagner mieux les personnes.

Voilà très brièvement l'idée maîtresse de ce service public territorial de l'autonomie.

J'avoue que j'ai regardé les solutions qui existent sur les territoires. En regardant ces solutions ou les bonnes pratiques et ceci, dans la concertation – tout cela n'est pas venu seul, j'ai travaillé avec beaucoup d'acteurs, y compris les représentants de l'ADF et des représentants des ARS, y compris des représentants de terrain –, c'est l'idée modeste, mais qui me semble assez forte dans la philosophie d'un nouveau service public et d'un nouveau rapport avec la personne.

Mme LÉTARD.- Merci beaucoup pour cette présentation très synthétique et en même temps extrêmement claire de la façon dont vous proposez d'organiser les choses entre un socle commun national

qui paraît évident pour assurer effectivement l'égalité des droits ou en tout cas un accès à une prestation qui soit juste et équitable quel que soit le département dans lequel on se trouve, mais avec également, au travers de la structuration départementale, une partie de figure libre une fois qu'on a dit cela qui permet de s'ajuster à des spécificités territoriales.

On a vu en faisant le tour des territoires et en auditionnant sur notre propre département combien il peut y avoir de spécificités territoriales infra départementales et comment la réalité des choses ou même la capacité à accéder aux droits ou à délivrer un service de même nature est compliquée au sein même du département et nécessitera des ajustements et une approche fine et territorialisée tout en ayant nous aussi le soin de nous assurer qu'il y aura une égalité d'accès au même service et à la même prestation de qualité dans chaque coin de notre département.

Ce que vous proposez est extrêmement important et intéressant de ce point de vue. On voit bien que vous avez eu ce même souci à l'échelle supérieure de dire qu'il faut un *continuum*, qu'il faut un chaînage, qu'il faut arrêter de cloisonner les acteurs qui ne se parlent pas. C'est vrai au niveau national, au niveau départemental et c'est vrai même dans les territoires. On a besoin de cette approche partagée, coordonnée autour de la personne et du libre choix de la personne. Cela nous paraît une approche extrêmement judicieuse et elle nous a été témoignée.

Le corollaire de tout cela est aussi de voir dans quelle logique de construction on va se trouver ensuite, quelles pourraient être les choses à faire évoluer. Par exemple, de nombreux échanges lors de nos séances ont montré que, au-delà de la structuration que l'on partage, il y a des besoins d'évolution de points plus spécifiques, par exemple autour de la grille AGGIR en établissement, mais aussi sur des critères à compléter. On a eu beaucoup de questions sur la prise en compte des problèmes psychiques, indiquant en tout cas que cela manquait aujourd'hui. Des points de cette nature nous ont été évoqués.

Également, sur les financements – parce que le nerf de la guerre est important –, on voit bien qu'entre les prestations que l'on donne à l'usager mais aussi les moyens que l'on donne aux services, entre le coût réel et la prestation que l'on donne, il y a un gap. Comment franchir ce gap pour faire en sorte que les métiers restent attractifs parce que le niveau de rémunération sera à la hauteur, mais aussi que nos services puissent suivre le mouvement avec un accompagnement qui soit à la hauteur et que les Départements seuls ne pourront pas porter ? Comme vous l'avez dit à juste titre, on va avoir besoin de conjuguer ensemble Départements de France et bien évidemment le ministère et l'État pour voir comment on aboutit à quelque chose qui se rapproche du coût réel de la prestation, mais une prestation qualitative, qui va devoir prendre aussi un point essentiel qui est celui de l'impact sur les services à domicile des coûts de transport, de l'énergie, de la charge que cela représente. Beaucoup de petits sujets micros nous ont été évoqués, qui sont autant de petits grains de sable dans les rouages. Si on ne les prend pas en compte, on aura une difficulté.

Pour être très pratico-pratique, je dirai que, même si on a repéré sur les établissements deux ou trois points sur lesquels il faut agir, on sent bien que, sur les services à domicile, la machine a besoin d'être analysée, comprise, tant au niveau territorial que national, sur les moyens d'arriver aux objectifs.

La CNSA propose par exemple les 3 € qualité. Comment va-t-on arriver à monter en puissance sur ces 3 € qualité pour accompagner les 22 € ? Aujourd'hui, le coût moyen est de 27 €. Ce sont 3 € que l'on n'aura pas comme cela, qu'il faudra travailler avec les services. C'est un long travail, mais cela commence à se mettre en œuvre dès septembre. La machine va être dans une période de construction longue, importante, mais qui permettrait d'avancer sur ces aspects qualitatifs et de dégripper un certain nombre de points. Même si on a ces 3 € qualité, 22 + 3, cela fait 25 €. Or, le coût moyen quels que soient les services est de 27 €, il manque encore 2 €.

Est-ce que l'on peut imaginer que les Départements comme la CNSA puissent être en situation de partager ce complément, ce qui permettrait d'arriver à un niveau acceptable pour faire en sorte que demain, surtout dans une période où on va connaître l'inflation qui va aggraver les choses, on puisse être recalibré

par rapport à un besoin, à la pérennité de nos services, à l'attractivité du métier et surtout à la qualité de la prise en charge de l'utilisateur ?

En effet, au bout du bout, certains ne prennent plus la totalité des heures parce qu'ils n'en ont plus les moyens. Deuxième aspect, on a des interventions de 30 minutes pour des personnes lourdement dépendantes où l'on doit assurer des prestations difficiles en un temps record et on en devient limite maltraitant. Beaucoup de choses de ce type nous ont été dites : comment fait-on pour arriver à une prise en charge qualitative, à une optimisation de la capacité à faire des services avec un service de qualité rendu ?

Il y a un vrai sujet budgétaire et, dans notre Département, on a eu un petit sujet : comme ce Département était vertueux sur les 22 € pour l'avenant 43, il a été puni. En effet, ceux qui étaient à 17 € ont été compensés et ceux qui étaient à 22 € n'ont rien eu du tout.

Aujourd'hui, il faudrait monter encore en termes de prestations pour être au niveau. Est-ce qu'on peut espérer que l'État et la CNSA prennent en compte le fait que les Départements vertueux sont sanctionnés financièrement ?

Typiquement, si des Départements comme le nôtre font des efforts, il serait légitime que la CNSA vienne renforcer l'intervention départementale là où il y a déjà eu une vraie politique volontariste d'amélioration de la qualité de prise en charge.

Ceci dit pour vous donner un certain nombre de pistes que l'on a fortement ressenties, côté services et côté établissements. Mes collègues en parleront certainement aussi. Il nous a été fait quelques propositions d'amélioration sur lesquelles on pourrait très bien échanger de façon plus approfondie avec vous.

M. LIBAULT.- Merci beaucoup. Si vous le voulez bien, je réponds tout de suite à certaines de vos observations. Vous avez évoqué beaucoup de sujets très importants.

Sur les grilles, dans mon dernier rapport, je fais la recommandation d'entamer un rapport sur la refonte des grilles AGGIR pour plusieurs raisons. Il y a notamment celle que vous avez dite, le fait que les troubles neurologiques et psychiques sont mal appréhendés par la grille telle qu'elle est. La deuxième raison est que l'on est beaucoup plus sur une approche des incapacités qu'une approche des capacités et j'aimerais des grilles qui arrivent à mêler les deux. La nouvelle approche d'un plan d'autonomie est certes de compenser les incapacités, mais également de travailler sur les capacités de la personne et d'avoir un projet avec la personne sur ses capacités.

Il existe des grilles qui ont été faites au Québec, notamment SPESMARS (?), qui sont à mon sens plus intéressantes que celles qu'utilisent certains acteurs de l'autonomie aujourd'hui en France. En tout état de cause, il faut revoir les grilles pour construire des plans d'aide et des plans de vie intelligents avec les personnes. C'est sans doute un sujet à engager.

Ensuite, il y a un sujet qui n'était pas dans mon rapport, autour des sujets d'attractivité en partie liés à des sujets financiers, mais pas seulement. Ce sont aussi les conditions de travail, le sens du travail, mais tout cela est bien évidemment lié. Si on est mal payé, si on a des horaires très limités avec un long temps de déplacement dans de mauvaises conditions, ce n'est pas terrible et pas très attractif.

Je pense que toutes les questions que vous évoquez sur les coûts devront être prises en compte dans le nouveau contexte de l'inflation par les pouvoirs publics.

Je note simplement – cela me semble important – qu'Emmanuel MACRON a annoncé dans le cadre de la campagne présidentielle qu'il allait prendre des mesures et il a présenté cela comme étant pour permettre d'accroître le temps de travail des aides à domicile. Je crois qu'il a été très sensibilisé par les dialogues avec des personnes qui expliquaient qu'on leur demandait parfois d'intervenir pour une demi-heure. Il a dit qu'on ne pouvait pas continuer comme cela.

Selon quelles modalités ? Supposons que, demain, l'État dise qu'il est prêt à mettre plus d'argent au pot sur le financement de l'aide à domicile pour permettre de meilleures conditions de travail pour les personnes, c'est un dialogue qui sera à entamer avec les Départements et la CNSA. C'est un dialogue que vous appelez de vos vœux. Je ne peux pas me mettre à la place des futurs membres du gouvernement, mais, de l'annonce, j'ai compris que c'était un point bien identifié et je pense que cela devrait faire l'objet de dialogues sur ces sujets – je l'espère – dans une période assez rapide.

Vous dites que le coût moyen est de 27 €. J'avoue que je serais prudent puisque je trouve qu'on manque d'études nationales très identifiées sur l'économie du secteur.

Mme LÉTARD.- Si je peux me permettre, Monsieur LIBAULT, on pourra vous communiquer quelques éléments. En fait, ce n'est que la retranscription de ce que nous ont donné l'ensemble des représentants des services d'aide à domicile.

M. LIBAULT.- Cela me semble extrêmement crédible, je ne le remets pas en cause.

Mme LÉTARD.- Cela peut aller de 26 € à 30 €.

M. LIBAULT.- Selon les acteurs, j'entends des choses différentes. Je trouve que l'on manque d'une observation économique de ce secteur, mais aussi sur l'attractivité des emplois.

Bien sûr, le dialogue avec les acteurs est très important, il y a les intuitions, ce que l'on sent, mais objectiver de temps en temps un certain nombre de choses serait utile pour aller plus loin demain.

J'avais proposé un observatoire économique du secteur, ainsi que sur les EHPAD, avec une autre visée qui a fait l'objet d'une forte médiatisation sur la situation du secteur privé des EHPAD, puisque je trouve que l'État n'avait pas les informations pour connaître réellement la situation et, malheureusement, le livre l'a démontré amplement.

On n'a pas d'observatoire économique qui permettrait d'appuyer une stratégie adéquate et en même temps de valider ce que disent beaucoup d'acteurs qui est tout à fait vrai. De plus, on a ce problème d'attractivité.

On le sait, cela va être un sujet très compliqué. Je ne sais pas comment cela se passe chez vous, mais, très souvent, les services me disent qu'ils ne sont plus capables de prendre en charge de nouvelles demandes parce qu'ils n'ont plus les ressources humaines. Le sujet est budgétaire en partie, mais ce sont aussi les ressources humaines qui risquent de manquer, je pense que c'est le cas sur certains de vos territoires puisque c'est déjà le cas un peu partout. Du coup, comment fait-on ? Il va falloir s'attaquer de front à ces sujets.

Vous avez aussi évoqué l'accroissement démographique à venir. Si on a déjà des tensions très fortes aujourd'hui, comment fait-on demain avec l'accroissement considérable des personnes âgées et la volonté d'être plus encore à domicile ? En effet, tous les pouvoirs publics vont dire qu'il faut respecter le choix des personnes de vivre à domicile et moins en institution.

Il y a un hiatus aujourd'hui entre les politiques que l'on mène et la concrétisation de cette affirmation qu'on se donne les moyens de permettre que les personnes puissent réellement rester à domicile. C'est vraiment l'un des grands sujets des années à venir.

Mme LÉTARD.- Merci, Monsieur LIBAULT, pour cette première réponse générale.

Je vous abandonne à ce stade parce que tout le monde est arrivé dans la salle d'à côté.

Merci beaucoup, Monsieur LIBAULT. Charlotte prend le relais. Je vous souhaite bon courage, encore bravo pour ce rapport qui est vraiment extrêmement intéressant.

(Départ de Madame LÉTARD.)

Mme PARMENTIER-LECOQ.- Je ne sais pas si vous avez suivi, Monsieur LIBAULT. Nous avons une grosse difficulté sur l'entreprise Vallourec. C'est pourquoi Madame LÉTARD a dû nous quitter maintenant urgemment.

Pour poursuivre nos travaux, je souhaitais aussi vous interroger sur cette question que vous évoquez comme une idée simple, mais c'est vrai que l'idée correspond vraiment au besoin de la population d'avoir ce guichet unique, avec une entrée sur le besoin de la personne et des réponses qui sont apportées par les institutionnels en retour. Cela reste tout de même un sujet assez complexe d'autant que, comme vous le dites aussi dans votre rapport, les choses ont été construites par strates dans les différents secteurs et en silo, ce qui fait qu'on a des initiatives de coordination d'acteurs avec les DAC, les CLIC, les CPTS sur le champ plutôt médical. On a toujours cette problématique de deux entrées Département et État qui ne sont pas forcément toujours bien coordonnées. J'imagine qu'il doit y avoir aussi des différences entre les différents territoires que vous avez peut-être pu observer dans vos travaux.

Ma première question est donc celle-ci : selon vous, quelles sont les règles pour que cette construction de guichet unique et ce partenariat État Département décliné au niveau territorial fonctionnent bien dans le canevas que vous évoquiez tout à l'heure qui pourrait être tenu par la CNSA au niveau national ? Avez-vous identifié des territoires où il y a déjà des bonnes pratiques ou une certaine avancée vers cette forme de guichet unique et qui pourrait aussi nous inspirer ?

Au regard de la taille de notre département qui est très importante puisque c'est le département le plus peuplé de France, auriez-vous des recommandations encore plus spécifiques à nous faire ?

Par ailleurs, sur la question du financement de la cinquième branche, du grand âge, pouvez-vous partager vos réflexions sur les pistes de solutions qui pourraient se retrouver au niveau national mais sans peser sur les cotisations sociales actuelles ?

Je sais qu'à l'époque, on avait évoqué la possibilité de transfert de la CRDS. En effet, on s'attendait à ce qu'elle disparaisse et on aurait pu imaginer que ce soit un nouveau tuyau pour financer la cinquième branche. Le Covid étant passé par là, cela semble être une piste compliquée, mais, à votre connaissance ou dans les réflexions que vous avez pu avoir, identifiez-vous d'autres pistes ?

Quant à la réflexion que vous faisiez, je partage complètement avec vous le fait que l'on manque tout de même de lisibilité sur les coûts de revient des prestations d'aide à domicile. Madame LÉTARD évoquait le chiffre de 27 €, j'avais entendu le chiffre de 25 €. C'est assez disparate, c'est aussi très lié au lieu de dispense du service d'aide à domicile, mais aussi aux statuts (privé, privé lucratif, public, etc.)

Auriez-vous des recommandations à ce sujet ? Faut-il aller aussi vers une forme d'uniformisation ou amener à faire converger les statuts de telle façon que les règles du jeu puissent être un peu les mêmes puisqu'ils déplorent eux-mêmes d'avoir des règles du jeu différentes accentuées par l'avenant 43 ? Dans vos travaux, avez-vous pu vous pencher sur cette question, bien que vous disiez qu'il y avait peu d'éléments disponibles à l'heure actuelle ?

Je ne sais pas si mes collègues souhaitent compléter tout de suite ou si on commence par vous entendre, Monsieur LIBAULT.

M. LIBAULT.- Je peux commencer à répondre à ces différentes questions, en commençant par le financement.

Malheureusement, la situation est tout de même beaucoup plus compliquée qu'avant la crise sanitaire, je suis obligé de le dire. Avant la crise sanitaire, la situation des finances sociales globales était proche de l'équilibre et je voyais très bien la possibilité de dégager des moyens, à la fois par des excédents des autres branches, mais aussi par la fin de la dette sociale puisqu'on arrivait à l'extinction de la dette sociale et donc de reporter certains financements vers le sujet perte d'autonomie. Malheureusement, tout cela n'est plus du tout d'actualité puisque les finances sociales sortent très affaiblies, notamment l'assurance maladie. La

protection sociale a totalement joué son rôle dans la crise et heureusement, mais cela s'est traduit à nouveau par une situation financière qui n'est pas simple. C'est donc beaucoup plus compliqué.

Je pense d'ailleurs que c'est une des raisons – si je reprends à nouveau les propos d'Emmanuel MACRON lors de la présidentielle – pour lesquelles il a dit qu'il fallait changer de braquet sur l'assurance vieillesse. Si on n'a pas de ressources nouvelles disponibles dans le système – et c'est maintenant le cas, on avait des ressources possibles mais je ne vois pas où elles sont, je ne vois pas d'excédent ou de choses que l'on peut utiliser –, la piste de rechercher des économies peut se justifier. En tout cas, il me semble que c'est la raison pour laquelle le Président de la République dit qu'il va falloir appréhender le sujet de l'assurance vieillesse d'une autre façon qu'au début du quinquennat précédent pour permettre de financer le sujet de l'autonomie.

Ensuite, y a-t-il d'autres pistes possibles ? Certainement. Je pense que l'on peut avoir d'autres idées sur le sujet, cela peut être l'objet d'un débat. En tout cas, soit on accepte des ressources supplémentaires ou des contributions supplémentaires et, avec l'inflation, les sujets de pouvoir d'achat, ce n'est pas très facile de ce côté ; soit on arrive à trouver des possibilités d'économie dans l'ensemble des sujets des dépenses publiques.

Je rappelle que, malgré tout, l'autonomie ne représente que 3 % des dépenses de protection sociale de notre pays, ce ne sont pas non plus des montants si considérables au regard des grandes masses financières que sont la retraite (près de 300 Md€) et l'assurance maladie (230 Md€). On est sur des masses financières moindres et, dans mon rapport, je proposais de passer les dépenses de protection sociale et du grand âge de 3 % à 4 % en 2030.

Les circonstances financières sont beaucoup plus compliquées. Ce sont des choix, des arbitrages, il faut l'admettre et, ensuite, il y a un débat politique tout à fait légitime sur ce sujet.

Je le dis souvent, plus on attendra, plus on paiera cher ce sujet. On sait qu'on a des problèmes dès aujourd'hui, qu'un accroissement assez considérable de la population âgée va arriver ; si on ne s'y prend pas tôt, si on ne construit pas des solutions, je pense qu'on va le payer très cher. Je vois ce qui se passe dans le sujet santé. On sait par exemple que, dans certains hôpitaux, on a des problèmes de recrutement et, du coup, on est obligé de payer de l'intérim et on paie très cher pour avoir de la continuité. Si on n'anticipe pas les problèmes de continuité de soins, de continuité sur les territoires, de nouvelles offres, etc., je pense qu'on paiera plus cher. C'est un peu mon message sur le sujet du financement.

Je pense aussi qu'il faut que nos concitoyens soient conscients qu'il n'y a pas de mannes cachées qui permettraient de financer facilement ce sujet. En tout cas, je ne les ai pas vues.

Sur la vision des coûts de revient je partage totalement avec vous cette idée d'observatoire qui me semblerait très important pour objectiver les choses et bien comprendre les coûts de revient.

Je pense aussi qu'il y a vraiment un travail à faire sur le management des personnes. Je constate que les entités, que ce soient des EHPAD ou des services à domicile, qui ont beaucoup de moins de sujets d'attractivité et qui fonctionnent bien sont souvent celles où les dirigeants ont mis en place de nouveaux modes de management et qui laissent plus d'autonomie aux personnes sur leur façon d'organiser leurs horaires, de travailler, etc. Je vois de nouvelles entités qui se mettent en place, qui s'inspirent parfois de modèles venant d'autres pays – comme le modèle Budsorg (?) en Hollande, puisque la Hollande a énormément travaillé sur ces nouveaux modes de management –, je crois que ce sont vraiment des choses importantes demain si on veut trouver des personnels qui soient heureux de travailler dans ces services.

Sur la notion de guichet unique, vous demandiez si j'avais connaissance de modèles sur certains territoires. Je ne pense pas qu'il faille plaquer un modèle sur les territoires puisque, on le sait tous, on est obligé de tenir compte de l'histoire et des acteurs tels qu'ils sont. On ne peut pas arriver en disant qu'on efface tout et qu'on recommence, ce n'est pas tout à fait cela. Néanmoins, il existe des modèles plus inspirants que d'autres et il y a aussi des évolutions dans le passé récent qui ne semblent pas toujours très heureuses.

Le modèle que j'aime bien – mais je ne propose pas de l'imposer partout –, c'est le modèle complètement intégré qu'on trouve par exemple dans le département du Morbihan. Là, ils ont tout intégré ; ils se sont très bien entendus entre l'ARS et le Département et tout, c'est-à-dire le CLIC, la MAIA le DAC, est dans la même entité. En fait, ce sont des guichets territoriaux de proximité qui sont sur l'ensemble des territoires du département et dans lesquels les personnes trouvent des compétences pluridisciplinaires qui permettent de faire face aux différents sujets, que ce soit l'orientation au départ, l'accompagnement, etc. Je trouve cela très intéressant ; quand on arrive à cette intégration totale, on évite la coupure que vous avez évoquée avec, d'un côté, un dispositif d'appui à la coordination plutôt ARS et, de l'autre côté, les services sociaux plutôt Département.

Il y a une erreur qui est souvent commise – et je dois me battre y compris au niveau du ministère pour convaincre ou pour expliquer cela aux ministres –, c'est la vision qui consiste à dire qu'il y a la coordination des professionnels d'un côté (le DAC) et ce qui concerne le parcours de l'utilisateur de l'autre. Or, le parcours de l'utilisateur se construit avec les professionnels. C'est parce que je coordonne les professionnels que je trouve des réponses à l'utilisateur. Vous ne pouvez pas d'un côté dire que vous coordonnez les professionnels et, de l'autre côté, avoir quelqu'un qui gère l'utilisateur. C'est la vision que je trouve aberrante et je suis obligé de dire que je la retrouve extrêmement souvent dans le discours d'administrations, de politiques, etc.

Je donne des exemples concrets. La personne peut avoir une situation complexe de logement avec son fils ou sa fille handicapée, ou avec un aidant qui commence à devenir lui-même un peu malade et qui a des problèmes de soins. Ce sont les vrais sujets concrets et on doit les traiter.

C'est pourquoi j'aime beaucoup les solutions très intégrées. Ce n'est pas toujours possible et peut-être pas dans un premier temps. On peut donc avoir des solutions un peu moins intégrées, mais il faut en tout cas que les gens se parlent, se connaissent, soient en relais et travaillent ensemble. La notion de relais et de subsidiarité dans les réponses est extrêmement importante. On a d'autres réponses un peu moins intégrées sur d'autres territoires, mais où les gens se connaissent.

Dans le rapport, par exemple, on propose vraiment de travailler sur les formations des personnes qui sont dans ces structures ou qui travaillent au Conseil départemental, à la Sécurité sociale, dans les ARS. Je constate sur le terrain que les uns et les autres ne savent pas ce que font les autres, ils connaissent très mal le travail de l'autre et, de ce fait, ils ne savent pas très bien comment faire, à quel moment passer le relais, etc.

Ce sujet de formation en commun est à mon sens fondamental si l'on veut vraiment créer ce service public territorial de l'autonomie.

Mme PARMENTIER-LECOQ.- Merci beaucoup, Monsieur LIBAULT.

Je vois que mes collègues souhaitent intervenir.

Mme SCAVENNEC.- Je vous remercie beaucoup, Monsieur LIBAULT.

J'ai lu avec beaucoup d'attention votre rapport et notamment, à la toute fin, l'enquête qui a été réalisée et que j'ai trouvée assez remarquable dans sa méthodologie dans la mesure où la réalisation de cette enquête me semble constituer en elle-même une forme de concertation assez inédite. Je pense qu'il serait intéressant que l'on s'inspire de la méthodologie de cette enquête pour voir comment on pourrait peut-être la mettre en œuvre à l'échelle de notre département avec le même accompagnement.

De notre côté, une enquête très intéressante a été réalisée par la direction de la communication du Département du Nord, dont une restitution a été faite à notre mission. C'est intéressant parce que cela a été fait par la direction de la communication dans le but d'évaluer l'efficacité des moyens de communication du Département. On avait des résultats intéressants pour voir la perception et la manière dont les messages pouvaient arriver aux usagers, aux bénéficiaires.

Je pense donc qu'il est très intéressant de tirer les enseignements de cette enquête auprès des usagers et des bénéficiaires que l'on oublie très souvent. On est souvent concentré sur des enjeux de structuration, qui sont absolument essentiels, j'en conviens, mais on a souhaité au niveau du Département du Nord que cette mission d'information et d'évaluation parte vraiment du parcours de l'utilisateur. En effet – et c'est aussi ce que révèle l'enquête annexée à votre rapport –, on observe un manque de lisibilité, que c'est à chaque fois le parcours du combattant, que ce sont à chaque fois des défis à relever et que, à plusieurs niveaux, on manque d'écoute, on manque d'empathie, on ne sait pas qui sont vraiment les interlocuteurs. Pour l'immense majorité des gens, la porte d'entrée est le CCAS, la mairie ; c'est très difficile pour les gens d'imaginer d'autres portes d'entrée ou, de guerre lasse, à force de ne pas trouver ce que l'on cherche, au moins cette porte reste ouverte.

Je pense que c'est important quand on aborde la question de la structuration.

Je n'ai pas la vision nationale de ce sujet de structuration que vous avez, Monsieur LIBAULT, ou que peut avoir Charlotte en tant que députée. Je partage ce que vous dites, ce qui est proposé, ce vers quoi on va, il n'y a pas de souci avec cela. Ce qui m'interroge cependant, c'est que, très souvent, la recherche d'une meilleure structuration s'accompagne d'une déstructuration au niveau local. La mise en place d'une conférence territoriale de l'autonomie est effectivement indispensable, mais il va falloir veiller à ne pas trop déstructurer ce qui fonctionne au niveau local. En effet, j'ai l'impression que les acteurs sont un peu lassés des changements, des CLIC, des MAIA qui se transforment en DAC, etc. Sur le terrain en tout cas, du côté des acteurs et des professionnels, on a un peu ce sentiment.

J'ai une dernière question à Monsieur LIBAULT. Dans votre rapport, on parle de référent autonomie traitant. Je voudrais savoir où en est la réflexion sur le périmètre de cette notion, quelles seraient les missions de cette personne qui pourrait être référent autonomie traitant. Dans les propositions évoquées, on se dit que cela peut être un aidant, un professionnel, quelqu'un de la famille ou pas. Jusqu'où va-t-on dans la définition des missions et dans la réflexion en termes clairement juridiques, en termes de libertés publiques par rapport au rôle de ces personnes ?

Je pense que c'est effectivement attendu, je pense que cela existe déjà de fait avec beaucoup de services d'aide à domicile dans beaucoup de situations. On ne le dit pas, mais on le fait et il y a un référent autonomie traitant.

Autant on sait ce qu'est un médecin traitant, il y a des garde-fous, des références, un serment d'Hippocrate. Pour un référent autonomie traitant, je ne vois pas bien.

Mme PARMENTIER-LECOQ.- Je vais laisser Didier enchaîner pour poser tout de suite sa question.

M. MANIER.- Je remercie à mon tour Monsieur LIBAULT pour cet échange tout à fait intéressant. Nous sommes évidemment tous concernés par le sujet de l'ouverture des droits sociaux tout au long de la vie.

Sur la question du financement qui est fondamentale, on vous a bien entendu, la crise sanitaire et son approche qui a été faite aggravent évidemment les finances et éloignent de l'équilibre. Il m'a semblé que l'on revenait à des chiffres qui étaient ceux de 2010. Comme vous l'avez dit, il n'y a pas de miracle, il n'y a pas de baguette magique. Quelles sont donc les solutions ? Évidemment, on peut faire des économies au niveau des dépenses et il y a le corollaire qui est celui de voir ce que l'on peut faire au niveau des ressources.

J'ai une première question. Au sujet de ces recettes, comment voyez-vous un juste équilibre, si tant est qu'il puisse y en avoir, au niveau de ces recettes entre les cotisations et entre les impôts et taxes ? C'est ma première question, en faisant fi de l'emprunt qu'il faut un jour payer.

Deuxième question, on voit bien qu'il y a un mouvement qui est celui des protections qui s'universalisent et je voudrais savoir ce que vous pensez de l'éventuel transfert au budget de l'État des dépenses d'aide sociale des Départements et notamment du RSA ?

M. LIBAULT.- Merci de la première intervention, je suis sensible à ce qu'on lise attentivement les rapports et les annexes, et merci de l'appréciation que vous avez portée sur l'étude. Je rends à César ce qui appartient à César, je l'ai commanditée dans le cadre du rapport, mais elle a été réalisée sous l'égide de la DITP. J'avais absolument souhaité qu'on écoute les personnes et ils ont effectivement fait un très beau travail.

Vous le savez mieux que moi, puisque vous êtes sur le terrain, mais, par rapport par exemple au monde du handicap, on a moins de représentants de personnes âgées, c'est plus difficile de trouver des personnes. J'ai d'ailleurs vu au niveau national que des personnes se sont instituées conseil national des personnes âgées – pourquoi pas. Tous ceux qui sont sur le sujet des personnes âgées se demandent comment écouter les personnes et comment aller chercher si possible celles qui ne sont pas en représentation, mais celles qui sont dans les situations compliquées.

Je pense que construire des politiques sur les personnes âgées, c'est effectivement essayer d'écouter les personnes âgées et traiter les aspects extrêmement concrets. Il y a par exemple aussi un aspect qui est évoqué dans le rapport, c'est le rapport au numérique. Beaucoup sont très mal à l'aise avec le sujet. Comme vous le dites à juste raison, c'est le CCAS parce que c'est ce qu'ils connaissent, parce qu'ils vont trouver des personnes réelles. C'est effectivement très important de travailler avec les CCAS.

Cependant, je ne souhaite pas aller trop loin dans des préconisations d'organisation territoriale vu la diversité des territoires. Dans le Nord, vous avez de très grosses métropoles où les CCAS peuvent jouer un rôle très important et, dans des territoires plus ruraux, des petites communes n'ont pas la même possibilité. Il va falloir trouver comment on s'organise avec les différents relais, avec les différents acteurs. Des diagnostics territoriaux précis sont donc nécessaires. Je pense que, dans ce dialogue, il va falloir instaurer un diagnostic préalable avec un regard territorial qui sera extrêmement important.

Sur le référent, vous avez posé des questions sur lesquelles je ne serai pas très bon pour répondre. On a effectivement cette demande forte de référent territorial, toujours dans cette notion de *continuum* de référent, mais je reconnais que, à ce stade, je ne peux pas vous livrer une réflexion beaucoup plus approfondie que cela.

Sur le sujet cotisations, impôts et taxes posé par Monsieur MANIER, c'est une vraie question qui demanderait beaucoup de débats. En tout cas – mais c'est ma vision personnelle et je prends ma casquette de président du conseil de financement de la protection sociale –, je pense que, demain, dans notre démocratie, on aura besoin de ressources affectées clairement sur ces champs et de choses qui soient affectées, pour que les gens sachent que cela va à l'autonomie. Si, demain, on vous demande une contribution complémentaire, la notion d'affectation me semble importante. En général, l'impôt est non affecté et la cotisation est affectée.

Au début de ma carrière, j'ai beaucoup travaillé sur la CSG que j'avais proposée à Michel ROCARD, mais je l'avais proposée comme une cotisation et j'ai toujours été déçu que cela devienne un impôt. Cela me semble très légitime de travailler sur des revenus qui ne soient pas seulement des revenus du travail, d'associer par exemple des revenus du capital à des politiques comme celle-ci, mais je trouve qu'on perd un peu en lisibilité quand on les appelle impôts, les gens ne comprennent plus très bien de quoi il s'agit.

La question derrière est aussi de savoir quel type de revenus mettre à contribution sur ces sujets. À un moment donné, il y avait notamment la réflexion de la CFDT – que je ne trouvais pas si bête –, qui était de dire que, quitte à augmenter les prélèvements sur les seniors pas encore très âgés et qui payaient la CSG, il faudrait l'affecter au grand âge, parce qu'on demandait déjà assez aux actifs et que cela permettrait de faire un transfert. C'est vrai que, lorsqu'on regarde la situation des retraités sur le plan des revenus, il y a une distinction très forte à faire entre celles et ceux qui sont au début de leur vie de retraités qui ont généralement une situation tout à fait correcte et celles et ceux en situation de grand âge où on vit plus dans l'isolement, où on fait face à des augmentations de la complémentaire santé et à des coûts liés à la

perte d'autonomie. La situation est très différenciée entre les jeunes seniors et les retraités âgés. Cela peut être éventuellement une piste de travail.

Sur le transfert à l'État, c'est une question très politique que vous posez. D'un côté, vous avez une difficulté parce que les Départements ont des dépenses qui croissent de façon hétérogène et leurs ressources propres ne croissent pas de façon parallèle à leurs dépenses sociales, que ce soit du RSA ou des personnes âgées. On risque donc d'avoir dans les années à venir des hiatus de plus en plus importants pour ces dépenses sociales entre des Départements plus à l'aise parce qu'ils ont les métropoles et les emplois avec pas mal de ressources et des Départements qui vont souffrir parce qu'ils ont plus de dépenses sociales. Ce hiatus risque d'exister. Il peut être traité de plusieurs façons, il peut y avoir des péréquations entre Départements, mais ce sujet d'équité territoriale, y compris des ressources entre Départements face à ces sujets, me semble un sujet assez important.

Je m'étais demandé à un moment, sur le risque grand âge, si le Département ne pourrait pas rester l'acteur qui pilote, avec la conférence territoriale de l'autonomie, etc., mais avec un risque complètement géré au niveau national qui repose plus sur les finances sociales. Je ne pense pas que ce soit acceptable politiquement aujourd'hui et que ce soit la demande des élus, on verra si cela évolue. Certains m'avaient dit leur accord avec cette idée, mais je ne pense pas que ce soit encore mûr. Encore une fois, avec des sujets de péréquation, on peut tout à fait traiter ces sujets de richesses très différentes entre les Départements.

Mme PARMENTIER-LECOQ.- Merci beaucoup.

Je crois que l'on a fait le tour de l'ensemble des questions que l'on souhaitait aborder avec vous.

Si vous le permettez, j'ai une toute dernière question sur le sujet de la prévention. Vous évoquiez que c'était l'une des missions qui vous semblaient essentielles. Peut-être pouvez-vous nous donner votre avis sur le niveau actuel de prévention pour maintenir l'autonomie et jusqu'où il faudrait faire évoluer le curseur ? Quelles sont les recommandations que vous pourriez avoir, y compris en termes de masse à y consacrer proportionnellement et en type d'actions que vous auriez pu identifier et qui seraient souhaitables ?

M. LIBAULT.- Je dirai d'abord que l'on n'est pas bon sur la prévention de la perte d'autonomie. Je crois que c'est un constat partagé. Toutes les études internationales nous le montrent. Vous savez qu'on a une espérance de vie globale tout à fait correcte en France, mais, sur l'espérance de vie sans incapacité, on est moyen, des pays font bien mieux que nous et on a vraiment des progrès potentiels à faire.

Il y a deux enjeux derrière cela. Vieillir en bonne santé, c'est mieux que vieillir avec des incapacités, c'est le premier point. Deuxièmement, on parlait des aspects financiers mais c'est évidemment une des stratégies gagnantes sur le plan financier. Je renvoie à un travail de la Cour des comptes qui est paru il y a quelques mois, la Cour des Comptes a même essayé de chiffrer les gains de la prévention de la perte d'autonomie. Si l'on gagnait une année sans incapacité, elle évaluait à plus de 1,5 Md€ les gains que l'on ferait sur les finances publiques. J'ai trouvé très intéressant que la Cour des comptes elle-même fasse ce travail et recommande de miser sur la prévention de la perte d'autonomie.

Ces résultats sur l'autonomie en bonne santé, sur l'espérance de vie sont très inégaux sur le plan social. C'est aussi un sujet d'égalité de nos concitoyens et c'est vrai notamment dans le département du Nord, vous le savez aussi comme moi. Pour toutes ces raisons, on doit en faire un enjeu majeur de nos stratégies et de nos politiques.

Une fois dit cela, il y a un instrument qui n'est pas si mauvais que cela, c'est la conférence des financeurs qui a été mise en place suite à la loi ASV. Tous les acteurs disent que c'est mieux qu'avant, que l'on se parle, que l'on a une stratégie. Je vois cette conférence des financeurs insérée comme l'une des commissions de ma conférence territoriale de l'autonomie.

Ensuite, il faut une approche populationnelle. En fait, il y a beaucoup d'actions, les CARSAT, les complémentaires, les collectivités, beaucoup font des actions, mais on a très fortement l'impression que ces actions touchent essentiellement les populations qui sont déjà bien informées, qui sont déjà à un certain niveau d'éducation, qui sont déjà préparées à aller vers des ateliers, etc. On a beaucoup plus de mal à toucher les populations les plus précaires et les plus en difficulté, d'où la nécessité de l'approche populationnelle.

Un outil commence à être mis en place en France, que certains d'entre vous connaissent, c'est l'outil ICOPE. C'est une démarche recommandée par l'OMS, dont le promoteur en France est le professeur Bruno VELLAS, qui a commencé à être mise en place en Occitanie et qui part sur un repérage de la fragilité. Une partie de la politique de prévention n'est pas si chère que cela. Il faut aussi commencer bien avant puisque la politique de prévention de la perte d'autonomie est tout au long de la vie mais, si on s'intéresse aux populations qui commencent à devenir âgées, cela part du repérage de la fragilité. Des outils ont été développés dans cette démarche ICOPE, qui permettent y compris à la personne elle-même de s'autoévaluer. On forme aussi des professionnels (des infirmiers, des pharmaciens, des travailleurs sociaux) à aider la personne dans ce repérage de la fragilité. Je pense que c'est un élément socle demain si on veut une stratégie populationnelle de la prévention de la perte d'autonomie.

Vous êtes certainement plus compétents que moi sur le sujet, mais je pense qu'il faut travailler en amont. Le discours des spécialistes d'Alzheimer est de dire que l'on peut faire de la prévention gagnante, mais qu'il faut travailler assez tôt sur l'hypertension artérielle, sur le diabète, sur l'activité physique. Des études internationales assez précises montrent qu'on peut diminuer la prévalence de la maladie d'Alzheimer si on travaille beaucoup sur ces aspects. C'est un aspect parmi d'autres, mais qui est extraordinairement important.

On a aussi la prévention de l'aggravation de la perte d'autonomie. Dans mon précédent rapport, j'avais beaucoup insisté y compris sur le rôle de l'hôpital. Une des raisons pour lesquelles je dis qu'il faut diminuer le nombre d'occurrences sur lesquelles les personnes âgées vont à l'hôpital quand ce n'est pas nécessaire, c'est que l'on constate un accroissement des risques de dépendance nosocomiale à l'hôpital – ce sont notamment les travaux de la haute autorité de santé. Vous entrez généralement parce que vous avez une aggravation d'un sujet pathologique, un sujet cardiaque, un sujet éventuellement oncologique ou autre et vous allez être en grande partie orienté vers un service spécialisé qui va bien traiter votre pathologie, mais votre petit sujet de perte d'autonomie qui existait en amont va être négligé, d'autant qu'il y a le problème des personnels. Des personnes qui marchaient bien en entrant repartent en fauteuil roulant ; des personnes qui étaient autonomes sur le plan urinaire vont avoir une sonde et devenir incontinentes, c'est hyper fréquent. Il faut donc aussi travailler là-dessus, travailler sur les équipes gériatriques internes à l'hôpital, travailler sur des diagnostics à l'entrée à l'hôpital sur la personne âgée, éviter quand on le peut le séjour à l'hôpital. Il y a plein d'éléments avec les autorités sanitaires sur l'aggravation de la perte d'autonomie.

Je vois des EHPAD qui travaillent énormément sur le maintien de l'autonomie des personnes. Par exemple, le label Humanitude et d'autres travaillent beaucoup sur ces sujets et ont des résultats et d'autres ne travaillent pas du tout là-dessus.

Il faut mobiliser tous les acteurs, il faut beaucoup de formations et en faire une priorité vraiment forte de stratégie sur un territoire.

Mme PARMENTIER-LECOQ.- On partage complètement avec vous ces grands enjeux de la prévention de la perte d'autonomie.

Je crois que nous avons terminé nos questions. En tout cas, nous avons profité de vous bien longtemps. Merci beaucoup, Monsieur LIBAULT.

M. LIBAULT.- C'est moi qui vous remercie. J'ai été très heureux de ce dialogue et tant mieux s'il a pu vous apporter des petites choses par rapport à votre stratégie dans le Département du Nord.

Mme PARMENTIER-LECOQ.- Merci pour vos travaux qui sont riches de propositions très concrètes et qui nous seront utiles pour la suite de nos travaux pour passer du diagnostic à l'action.

M. LIBAULT.- Absolument. C'était le titre de mon rapport précédent, « le temps d'agir ».

Mme PARMENTIER-LECOQ.- Encore merci et bonne continuation, Monsieur LIBAULT.

(Fin de l'audition à 15 h 50.)

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU NORD

**Mission spéciale d'information et d'évaluation
relative à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie**

Séance 9 – 24 juin 2022

**Audition du Professeur VALLET,
Directeur général de l'ARS Hauts-de-France**

Étaient présents :

Présidente de la mission spéciale d'information et d'évaluation de l'APA : Valérie LÉTARD

Pour le groupe Union Pour le Nord : Loïc CATHELAIN,

Pour le groupe Socialistes, Républicains et Citoyens :

Pour le Groupe Communiste et Républicain, Pour l'Humain d'abord ! :

Pour le groupe Écologiste, EELV, Génération.s : Céline SCAVENNEC (Rapporteuse associée)

Étaient auditionnés :

Anne CREQUIS, directrice de l'offre médicosociale à l'ARS.

Fanny DREMEAUX, responsable du service pilotage médicosocial du vieillissement à la direction de l'offre médicosociale.

Dr DEFEBVRE, référente vieillissement au sein de la direction de la stratégie et des territoires.

(La séance est ouverte à **XX h XX**, sous la présidence de Madame Valérie LÉTARD.)

Mme LÉTARD.- Bienvenue et merci d'avoir répondu à nos sollicitations et de vous être libérées pour répondre à nos questions.

Je pense que vous avez eu copie des questions et que vous avez bien compris quel était le périmètre de la mission. Il s'agit vraiment pour nous au niveau du Département de faire une évaluation du dispositif APA et, par définition, de son environnement. En effet, on élargit au-delà de la prestation APA puisqu'elle appelle tout un environnement et un certain nombre de problématiques et de liens avec les partenaires et cette évaluation a vocation à regarder comment nous, en interne comme avec nos partenaires, pouvons identifier les problématiques, les difficultés, les points d'amélioration internes comme externes que l'on peut mettre en place ou en tout cas remonter et porter à la connaissance du Président et de l'assemblée départementale et aussi prendre en compte tous les sujets d'actualité qui ne manquent pas en ce moment et qu'on entend dans nos auditions de terrain comme auprès des partenaires, sur les difficultés des SAAD par rapport à la mobilité, au coût par exemple du tarif de remboursement kilométrique, par rapport à toute une série de problématiques que vous connaissez. On est donc en train de balayer tout cela.

Après d'autres auditions – nous avons auditionné le président de la CNSA, nous avons auditionné aussi Monsieur LIBAULT et beaucoup d'acteurs d'importance dans le dispositif partenarial de l'autonomie –, nous souhaitons évidemment recueillir votre sentiment et votre analyse par rapport aux perspectives de gérontocroissance. Parmi les problèmes conjoncturels qui posent déjà des difficultés aujourd'hui dans la mise en œuvre de l'APA – nous en avons identifié un certain nombre –, il y a la gérontocroissance.

Pour mes collègues, je vais rappeler les différents points que l'on vous a adressés en questions et, ensuite, je vous laisserai la parole pour que vous puissiez nous dire votre sentiment sur tous ces sujets et nous pourrions éventuellement avoir un petit échange interactif entre nous à la fin sur ce que cela peut susciter.

S'agissant du rôle de l'ARS sur cette thématique, vous pourrez peut-être nous rappeler en toile de fond, en matière de politique médicosociale de l'ARS en faveur des personnes âgées, domicile et établissements, comment vous intervenez, comment vous prenez parti dans ce dispositif, comment vous concevez la coordination entre les politiques sociales du Département et médicosociales de l'ARS au sujet des personnes âgées.

Comment qualifieriez-vous la complémentarité entre l'APA et les soins apportés le cas échéant à la personne âgée à domicile ou en établissement ?

En cas de nécessité d'accompagnement global d'une personne âgée à domicile, aide à la personne et soins, que pensez-vous de la coordination des services intervenant en complémentarité ? Quels seraient les leviers pour lever les difficultés ?

Comment l'ARS se projette-t-elle sur l'avenir compte tenu de la gérontocroissance dont je viens de parler et du développement des déserts médicaux ?

Pour étayer cette question particulière, hier, nous nous trouvions à la DT d'Avesnes et on nous a fortement alertés sur l'inquiétude des acteurs de l'autonomie. En effet, il y a entre sept et huit départs de médecins libéraux et un manque de plus en plus important d'infirmières libérales. Dans certains territoires, il n'y a plus de médecin du tout. Les services à domicile à eux seuls ne suffisent plus et, dans certains territoires, on risque d'avoir un vrai problème d'incapacité à vivre jusqu'au bout de sa vie à domicile s'il n'y a pas l'ensemble du dispositif médecine de ville, paramédical et bien évidemment les acteurs du soin à domicile. On a senti très fort cette question de la démographie médicale dans certains territoires.

Quels dispositifs pourraient être mieux mobilisés, créés ou repensés pour faire face aux défis du vieillissement de la population tant à domicile qu'en établissement ?

Comment entrevoyez-vous l'articulation entre le domicile et l'institution pour une prise en charge globale des personnes âgées ?

Les fédérations d'établissement nous disent regretter que l'évaluation du GMP se fasse à un rythme trop lent. Accompagneriez-vous avec le Département des évaluations plus régulières dans le cadre de CPOM, tous les deux ans par exemple ? On nous dit que, pour certains, cela remonte à cinq, voire sept ans. Pourrait-on en partenariat envisager cela dans une réflexion et reprendre la question des CPOM ?

Les EHPAD ne mènent peut-être pas assez d'actions de prévention de la perte d'autonomie. Quels leviers pourrions-nous déployer ensemble pour favoriser cette prévention ?

La négociation des CPOM est aujourd'hui à l'arrêt avec les EHPAD. Envisagez-vous l'ouverture des CPOM au-delà des EHPAD pour les gestionnaires multi-activités de type SAAD, résidences autonomie, CLIC, afin de favoriser des actions de parcours de la personne âgée ?

Enfin, pour terminer, beaucoup de SAAD sont obligés de prendre le relais des SSIAD le week-end. Quelles perspectives en ce domaine pour assurer la continuité des soins le week-end ?

J'en ai terminé avec cette longue série de questions qui sont vraiment ce que l'on a entendu de façon récurrente tout au long de nos auditions.

Encore une fois, merci beaucoup de vous prêter à cet exercice qui est évidemment important collectivement pour nous tous pour que nous essayions de trouver ensemble des solutions face à ce que nous avons entendu sur le terrain et qui n'est pas facile.

Je vous remercie.

Mme CREQUIS.- Merci à vous.

Je vous propose dans un premier temps de nous présenter.

Je suis Anne CREQUIS, directrice de l'offre médicosociale à l'ARS.

Mme DREMEAUX.- Fanny DREMEAUX, responsable du service pilotage médicosocial du vieillissement à la direction de l'offre médicosociale.

Dr DEFEBVRE.- Docteur DEFEBVRE, référente vieillissement au sein de la direction de la stratégie et des territoires.

Mme LÉTARD.- Je suis accompagnée de Céline SCAVENNEC, ma collègue conseillère départementale, du groupe Europe Écologie Les Verts.

Autour de nous, vous avez l'équipe qui accompagne la rédaction de ce rapport : Monsieur GUILLUY de la direction autonomie, Caroline DUHEM et Alban VERBEKE de la direction de l'évaluation des politiques départementales et qui tiendront la plume du rapport que nous allons produire.

En visio, vous avez Loïc CATHELAIN qui est notre vice-président en charge des finances, il est donc particulièrement intéressé par ce que l'on va faire, dire et proposer parce que cela aura forcément des conséquences sur le budget et qu'il est particulièrement sensible aux questions liées à l'autonomie. On remercie Loïc d'être parmi nous.

Sont également en visio toute une série de collaborateurs de groupe et de techniciens qui représentent une série d'élus qui prendront part au rapport et à la validation du rapport définitif.

Mme CREQUIS.- Merci.

Votre demande à l'origine était sur une mission spéciale d'information et d'évaluation relative à l'APA. Je vois que les choses se sont très largement élargies et, à la lecture de votre questionnaire, nous nous en

étions bien rendu compte. On comprend tout à fait que l'information et l'évaluation relative à l'APA ne peuvent se faire de manière indépendante par rapport à la politique autonomie plus généralement.

Je dirai dans un premier temps que, à l'origine, sur le sujet de l'APA qui est attribuée par le Conseil départemental, l'ARS est bien entendu en dehors de cette stratégie. Nous ne sommes pas directement impactés par cette stratégie, même si, indirectement, on peut l'imaginer par le biais de la politique autonomie plus largement et des établissements qui dépendent de l'ARS entre autres.

Sur la politique médicosociale de l'ARS en faveur des personnes âgées, j'évoquerai plusieurs points : un premier sur l'EHPAD de demain, ensuite sur l'accompagnement à domicile qui est particulièrement important sur ce point et je pense que nous pourrons y revenir plus largement puisqu'il y a eu une véritable stratégie de la part de l'ARS concernant l'accompagnement à domicile.

Nous sommes également absolument attachés à notre stratégie pour agir pour les aidants avec un déploiement des plateformes d'accompagnement et de répit très important sur l'ensemble de la région.

L'attractivité des métiers du grand âge et de l'autonomie est également au centre de nos préoccupations

Nous pourrons peut-être ensuite revenir notamment les politiques sociales et médicosociales et l'articulation avec le Conseil départemental, puisque c'est aussi l'objet de cette rencontre.

Sur la politique autonomie de l'ARS et, tout d'abord, l'EHPAD de demain, une réflexion, partagée avec l'ensemble des acteurs dont le Département, doit s'engager, elle a déjà débuté, mais elle a aussi plusieurs thématiques.

La première qui nous touche particulièrement en tant qu'ARS, puisque cela relève plutôt du sanitaire, c'est le déploiement des USPC, la transformation des USLD vers les USPC, pour mieux accompagner les personnes hospitalisées de tous âges. Mais là, nous sommes plutôt sur une responsabilité sanitaire et donc une responsabilité de l'ARS.

Je soulignerai aussi, puisque c'est un partenariat très important avec les Conseils départementaux, tout ce qui relève des investissements, du plan pluriannuel d'investissement et notamment le Ségur, avec une enveloppe de 24 M€ par an pour l'ensemble des EHPAD. C'est un déploiement que nous sommes en train d'effectuer, qui a débuté l'année dernière, que nous poursuivons et qui nous semble absolument essentiel dans la stratégie de l'autonomie que nous souhaitons mettre en œuvre puisqu'il s'agit de répondre à des besoins plutôt bâtimentaires, mais face à des structures et des établissements qui ont des soucis de vétusté – si je peux me permettre de parler ainsi. Ces projets d'investissement sont d'autant plus importants qu'ils doivent nous permettre néanmoins de prendre le virage de l'EHPAD de demain, avec des obligations qui nous sont aussi imposées par la CNSA, mais que nous partageons, du type centre ressources, du type développement des PASA, tiers lieux.

De ce fait, même si nous sommes sur une rénovation ou une reconstruction des bâtiments, nous sommes dans une approche multicritère qui doit prendre en compte la stratégie globale des EHPAD de demain.

Mme LÉTARD.- Si je peux me permettre de vous arrêter à ce stade sur le PPI, je me posais une question. On a une série de lois qui ont été adoptées, type loi climat, loi Egalim, qui vont avoir des conséquences sur l'obligation par exemple d'avoir une rénovation thermique des établissements recevant du public ou de se mettre en adéquation. Je me posais la question de la façon dont on peut réfléchir conjointement entre CNSA, ARS et Département, partager un certain nombre de priorités pour se mettre en conformité avec la loi et répondre à un PPI en essayant de s'articuler au mieux, y compris – surtout au vu des épisodes de canicule de plus en plus récurrents – sur les délais pour mettre en œuvre ces nouvelles obligations de la loi. Comment intégrer tout cela demain ?

Je ne demande pas une réponse tout de suite, mais ce sont des questions que je me pose. En effet, chaque fois qu'on a de nouvelles dispositions de ce type, il s'agit de voir comment elles percutent les PPI

et comment elles s'intègrent dans une réflexion partagée que nous devons avoir pour ne pas se retrouver en difficulté par rapport aux obligations que nous devons partager.

Mme CREQUIS.- Votre proposition est une véritable opportunité puisque, bien entendu, si nous sommes absolument vigilants actuellement sur le respect de la réglementation en la matière – et les EHPAD sont bien entendu soumis à la réglementation –, nous n'allons pas au-delà.

Très clairement, il y a sans doute des partenariats à développer sur ce sujet. Cela me semble d'autant plus important qu'en effet, les questions du coût énergétique et de l'inflation sont très prégnantes et ce partenariat ou cette vigilance peut permettre de répondre à un certain nombre de besoins.

Mme LÉTARD.- En fait, on voit bien qu'on est à la croisée des chemins, on va devoir préparer de nouvelles générations de PPI. Or, au moment où il faut préparer cette nouvelle génération de PPI, comment, dans des équations budgétaires fermées que ce soit côté ARS ou côté Département, on arrive à structurer entre nouveaux établissements, nécessité de rénovation ? En clair, c'est une invitation à réfléchir de façon partagée à une vision croisée et à voir comment on se met en ordre de marche entre le Département, l'Agence régionale de Santé évidemment et la CNSA qui a certainement aussi ses propres idées sur la façon dont ils veulent intervenir. Il s'agit de ne pas se retrouver à avoir des priorités qui ne sont pas toujours cohérentes mais quelquefois en percussion. En tout cas, comment faire pour être optimum sur ces questions ?

Mme CREQUIS.- Je précise que le partenariat est néanmoins existant puisque, actuellement, le projet annuel d'investissement se fait en étroite collaboration avec les Conseils départementaux. Nous sommes d'ores et déjà vigilants à certains de ces critères, mais peut-être pourrions-nous en effet développer des objectifs plus ambitieux.

Mme LÉTARD.- Très bien.

Mme CREQUIS.- Sur l'EHPAD de demain, il faut reconnaître – et c'est dans le plan national – les spécificités des fonctions au sein des EHPAD, notamment le rôle du médecin et de l'infirmière coordonnateurs, les compétences gérontologiques, les astreintes de nuit, l'intervention de chirurgiens-dentistes libéraux et de la médecine libérale en général.

Enfin, l'objectif est d'assurer de meilleures modalités d'intervention des ressources sanitaires. On voit notamment un besoin de plus en plus prégnant au niveau des ressources en santé mentale et en psychiatrie au sein des EHPAD, avec, on l'espère, quelques solutions telles que les astreintes IDE de nuit, le déploiement de la télémédecine, le déploiement d'hébergements post-hospitalisation.

C'était un premier point plutôt généraliste sur l'EHPAD de demain.

Le second point relève de l'accompagnement à domicile. Mes collègues pourront donner quelques éléments précis sur une politique tout à fait volontariste de la part de l'ARS en faveur du soutien et du maintien à domicile.

On peut remarquer que la région des Hauts-de-France a peut-être un taux d'équipement légèrement inférieur à la moyenne nationale. Par contre, nous avons un taux d'équipements en matière de soutien à domicile plus important qu'au niveau national, et ce, grâce à des dispositifs tels que les SSIAD, les SPASAD, des équipes spécialisées Alzheimer à domicile et des ESPRAD, des équipes spécialisées de prévention et de réadaptation à domicile.

Peut-être souhaitez-vous des précisions sur ces éléments ?

Mme LÉTARD.- Volontiers.

Mme DREMEAUX.- Depuis de nombreuses années déjà, on a une offre en services de soins infirmiers à domicile importante dans la région : 27 pour 1 000 contre 20 pour 1 000 au niveau national. Toute la région est maillée, toutes les communes bénéficient de l'intervention d'un ou plusieurs SSIAD. On a

poursuivi la spécialisation pour une prise en charge plus spécifique sur certaines pathologies avec la création des équipes spécialisées Alzheimer. Là aussi, on a 42 équipes, toute la région est maillée avec des files actives importantes et des extensions de ces équipes encore ces deux dernières années dans toute la région.

Depuis quelques années, il faut noter le développement d'équipes spécialisées de prévention et de réadaptation à domicile (17 dans la région) qui accompagnent les personnes chuteuses et atteintes de maladies neurodégénératives de manière large. C'est donc un maillage important.

Depuis de nombreuses années, on voit aussi la création de SPASAD, avec des rapprochements services de soins infirmiers à domicile et services d'aide à domicile. Certains sont autorisés dans la région et, dans le cadre de l'expérimentation, on a 32 projets.

On se met en ordre de marche, comme les Conseils départementaux, pour mener à terme la réforme des services autonomie qui amènera à avoir des services autonomie aide et soins ou des services autonomie uniquement aide.

En tout cas, on continue cet accompagnement et éventuellement le renforcement de places de soin sur le territoire.

Mme CREQUIS.- Ces prochaines années et très rapidement, nous allons appuyer cette stratégie d'accompagnement à domicile sur la création des centres ressources territoriaux, déploiement qui s'impose à nous de par le national, mais auquel on adhère totalement, et qui va permettre à la fois de diffuser très largement de bonnes pratiques professionnelles et de diffuser la coopération entre établissements d'accueil des personnes âgées et aussi d'offrir un appui renforcé aux personnes âgées afin d'éviter ou de retarder l'entrée en EHPAD et de faire en sorte que les personnes puissent rester à domicile grâce à un dispositif renforcé d'accompagnement à domicile, tout en permettant la coopération entre les acteurs sur un même territoire.

Mme LÉTARD.- Sur les SSIAD, je disais tout à l'heure que, selon ce qui nous est remonté, beaucoup de SAAD sont obligés de prendre le relais des SSIAD le week-end. Pensez-vous que l'on pourrait avoir des perspectives sur ce domaine pour assurer la continuité des soins le week-end ? C'est un sujet qui nous remonte de certains territoires assez nombreux.

Mme DREMEAUX.- Je pense qu'il y aura une réponse à cela puisque la réforme de la tarification des SSIAD arrive l'année prochaine avec, à compter du 1^{er} janvier 2023, une tarification, non pas sous forme de dotation comme on la connaît aujourd'hui, mais une dotation davantage individualisée en fonction de la perte d'autonomie de la personne, de ses besoins en soins et de la nécessité d'intervenir de manière continue 7 jours/7. L'intervention du week-end et jours fériés fera donc partie des critères qui permettront aux SSIAD de bénéficier d'une tarification un peu plus favorable et devrait normalement répondre à cette problématique que l'on peut retrouver sur certains territoires, pas sur tous.

Mme CREQUIS.- Un autre axe stratégique pour l'ARS, agir pour les aidants, est depuis longtemps essentiel pour l'ARS dans la stratégie d'autonomie, avec le déploiement – à noter puisque c'est exceptionnel même au niveau national – du réseau des plateformes d'accompagnement et de répit sur l'ensemble de la région des Hauts-de-France, avec 23 plateformes déployées sur l'ensemble des Hauts-de-France. La fédération des plateformes de répit a été créée, elle a été la première fédération et la seule à ma connaissance pour le moment dans la région et en France.

À noter également un soutien au dispositif de relayage, avec notamment le service Intermède qui est un service de balluchonnage ou de balluchons.

Enfin, à noter un travail qui a été fait en étroite collaboration avec le Conseil départemental du Nord et le Conseil départemental de l'Aisne sur l'offre d'accueil temporaire diversifiée en réponse aux besoins des personnes âgées bien entendu, mais aussi en réponse au besoin des aidants. L'objectif de ce travail en collaboration avec les deux Conseils départementaux est de travailler sur une plus grande flexibilité

de l'offre d'accueil temporaire, en permettant ainsi d'ajuster et de diversifier cette offre d'accueil temporaire. L'objectif est l'assouplissement des dispositifs et le déploiement d'hébergements temporaires modulables au sein des structures que sont les EHPAD.

Mme DREMEAUX.- Cela contribue au virage domiciliaire que de permettre aux personnes à domicile de bénéficier d'un accueil de jour, d'un hébergement temporaire de manière générale.

Face au constat que ces dispositifs avaient du mal à fonctionner, puisque les taux d'occupation au sein des établissements sont relativement faibles, l'idée était de retravailler sur la manière de remobiliser les établissements sur cet accueil temporaire et de proposer une vraie offre pour les personnes âgées.

Dans les départements du Nord et de l'Aisne, on a lancé un travail qui s'est fait vraiment en lien avec l'ensemble des acteurs du territoire, avec d'abord un diagnostic des difficultés et ensuite un plan d'action que l'on est en train de mettre en œuvre.

Par exemple, dans le cadre du diagnostic et des difficultés qui sont remontées, hormis les questions du transport ou de la communication nécessaire pour permettre à chacun de bénéficier de ce type d'accueil, ce sont aussi toutes les démarches administratives qui sont lourdes. On peut citer par exemple l'APA. L'idée est à la fois de faire un travail au niveau de l'offre, mais également un travail plus poussé sur toutes ces difficultés et de voir de quelle manière on peut les lever.

En offrant ce qu'on a appelé hébergement temporaire modulable, qui est un peu une particularité des Hauts-de-France, on est sûr de l'hébergement temporaire, mais un établissement pourra, sur une place d'hébergement temporaire, faire de l'accueil jour et nuit, ou uniquement la nuit ou en urgence.

Avec le Conseil départemental du Nord, il y a eu une réflexion pour qu'il puisse développer l'APA uniquement de nuit puisqu'aujourd'hui cela n'existe pas. Visiblement, cela devrait voir le jour et permettre de développer cette APA de manière un peu plus souple en fonction des offres sur le territoire que l'on pourrait être amené à développer, des offres innovantes et nouvelles.

Mme CREQUIS.- Dans la suite de notre stratégie et pour répondre à l'une de vos interrogations concernant les ressources humaines et la démographie médicale, l'attractivité des métiers du grand âge et de l'autonomie est une priorité depuis longtemps pour l'Agence régionale de Santé. Nous avons mis en place des formations courtes notamment pour faciliter le recrutement des aides-soignants et des AES, avec, je dois l'avouer, un succès mitigé. Il y a donc un questionnement à avoir à ce niveau.

Nous sommes bien conscients également des problématiques de démographie médicale sur lesquelles il faut travailler plus largement que la stratégie autonomie sur laquelle l'ARS est largement engagée.

Je voudrais souligner aussi notre action sur la qualité de vie au travail, avec le souci d'améliorer cette QVT au sein des ESMS mais également des établissements sanitaires. Nous renforçons depuis plusieurs années maintenant, depuis 2018, l'investissement en matière de soutien à la QVT. Depuis deux ans, l'ARS a reçu près de 250 dossiers et nous avons déployé une enveloppe de 18 M€.

Voilà quelle est la stratégie dans les grandes lignes.

Je peux peut-être répondre à certaines des questions que vous avez émises en introduction ou en tout cas vous donner quelques éléments.

Sur la question de l'évaluation et des inspections, vous n'êtes pas sans savoir qu'en tant qu'ARS, nous avons l'obligation d'inspecter l'ensemble des EHPAD qui relèvent de notre zone géographique dans les deux ans à venir. Un plan d'action a été mis en place en étroite collaboration avec les Conseils départementaux, je pense que c'est très important de le souligner. C'est donc une procédure qui a été partagée, élaborée en collaboration et dans les moyens de chacun d'entre nous. Des inspections se feront de manière concertée, comme elles ont été faites pendant la période d'inspection que nous avons mise en œuvre pour les inspections issues de l'affaire ORPEA. Cette collaboration est déjà plutôt importante.

En tout cas, en interne, il faut noter une volonté d'aller au-delà, d'associer cette question de la qualité aux évaluations externes et de trouver un mode de fonctionnement qui permette d'allier évaluation externe, qualité, inspection, CPOM et dialogue de gestion. C'est un travail de fond à effectuer pour faciliter la communication et être dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Je veux souligner également la façon dont l'ARS se projette compte tenu de la gérontocroissance. Nous engageons actuellement un diagnostic territorial partagé avec deux prestataires, l'objectif étant de nous permettre de définir, au-delà de ce que l'on vient de dire, des axes territoriaux de notre stratégie autonomie. Ce diagnostic sera partagé, il sera travaillé avec les Conseils départementaux, mais aussi avec l'ensemble des acteurs du territoire et notamment les organismes gestionnaires. Nous espérons finaliser ce diagnostic pour la fin de l'année 2022, il nous permettra d'alimenter les CPOM mais aussi le futur PRS de l'ARS et de définir nos axes stratégiques pour ces prochaines années.

Mme LÉTARD.- Loïc ou Céline, souhaitez-vous poser des questions ?

M. CATHELAIN.- La principale question que l'on est beaucoup à se poser aujourd'hui porte sur le financement des structures d'accompagnement à domicile. Lorsqu'on les avait reçues, elles nous avaient alertés sur leur trésorerie et leur situation, en disant notamment que l'avenant 43 avait créé quelques difficultés.

Forcément, nous sommes les élus locaux, les élus de proximité et c'est nous qu'ils interpellent, mais la question est de savoir ce qui va se passer pour la suite, comment l'État voit les choses. Effectivement, l'accompagnement à domicile est une volonté de nos compatriotes, mais on doit être au rendez-vous demain pour que les gens puissent rester à domicile le plus longtemps possible. Or, aujourd'hui, les structures qui s'occupent de l'accompagnement à domicile sont tout de même dans le rouge et ont de grandes difficultés pour assurer leurs missions.

Mme LÉTARD.- Merci, Loïc.

Céline voudra peut-être poser quelques questions complémentaires, mais je voudrais conforter les propos de Loïc. C'est vrai que, si l'on a eu énormément d'échanges sur ce qu'en interne comme en externe on pouvait faire de façon organisationnelle pour faire évoluer les choses, se pose la question que Loïc a évoquée, à savoir les difficultés assez massives que rencontrent les services d'aide à domicile pour joindre les deux bouts.

De nombreux opérateurs nous disent qu'ils ont un résultat annuel déficitaire, qu'ils ont de plus en plus de difficultés à recruter et cela se joue en termes de fonctionnement interne, en termes d'organisation interne, mais aussi en termes de relations, de recrutements et de réponses en ressources humaines à trouver pour satisfaire des besoins.

Tout cela est un jeu à plusieurs niveaux. On voit bien que les difficultés que rencontrent les SAAD ont un impact sur les restes à charge, même s'ils sont limités et plafonnés pour les usagers. On voit bien qu'à côté, cela pose des difficultés, les plans d'aide ne sont pas consommés en totalité, notamment parce que les usagers ont des retraites trop faibles. Des services commencent à s'interroger sur leur périmètre d'intervention parce qu'ils ne s'en sortiront pas financièrement, ils auront des problèmes dans des territoires surtout très distendus parce que faire intervenir une personne qui est à des kilomètres ne devient plus tenable. Aujourd'hui, certains services, par exemple dans l'Avesnois, nous ont dit qu'ils allaient commencer à renoncer à aller dans certains territoires, qui sont malheureusement les territoires qui n'ont plus de médecine de ville ou d'acteurs paramédicaux. On a donc là un vrai sujet partagé, ce n'est pas une critique. De la même façon, on voit bien aujourd'hui qu'on aura un problème de recrutement lié au fait de ne plus être en capacité de faire entre la rémunération et l'indemnité kilométrique.

On est évidemment questionné sur la fragmentation des interventions, sur le paiement des heures de week-end ou de nuit, on est interpellé sur les week-ends et les jours fériés. Vous les connaissez, c'est une succession de sujets qui font que les services sont entre le marteau et l'enclume.

De son côté, le Département a besoin d'échanger et d'approfondir ses relations avec l'ARS et la CNSA pour voir quelles solutions nous devons trouver conjointement et quelles sont les bonnes clés d'entrée.

En effet, il y a les revendications de services qui disent que 22 €, ce n'est pas assez. Il y a déjà l'élargissement des 22 € à tous les types de structures, mais cela ne couvre pas. En même temps, à un moment, ces services devront être viables et, si on augmente mécaniquement ces 22 € pour les passer à 23 € ou à 24 €, cela aura un impact sur le reste à charge des usagers, cela va donc encore réduire la mise en œuvre du plan d'aide alors que, aujourd'hui déjà, les usagers ne vont pas au bout du plan d'aide pour des raisons financières de reste à charge.

La question est de savoir comment, conjointement avec la CNSA, dans des contrats d'objectifs qualitatifs – il y a les 3 € qualité, mais il y aura à côté d'autres besoins –, on répond, peut-être sous forme de dotations, peut-être sous une forme différente, à la problématique kilométrique, à la problématique des heures un peu décalées, des interventions de nuit, etc. Comment conjointement continuer à faire des efforts budgétaires au-delà des 3 € qualité dont on sait très bien qu'ils vont se réaliser à horizon 2030 et que ce n'est pas ce qui va régler le problème immédiatement ? Comment, dans l'urgence et de façon partagée avec la CNSA, trouver la solution financière pour accompagner les SAAD dans ces problématiques, sans pour autant que cela se fasse sur un euro qui pourrait avoir des conséquences sur le reste à charge ?

La vérité n'est pas simple, mais elle doit se partager avec la CNSA et elle nécessitera un effort supplémentaire sur lequel il faut que l'on réfléchisse ensemble. C'est un peu l'expression de ce que l'on peut retenir des auditions que l'on a pu avoir et de la façon dont on doit essayer de travailler ensemble.

Je vais laisser Céline compléter. Vous pourrez ainsi faire une réponse globale.

Mme SCAVENNEC.- Je vous remercie pour le temps que vous consacrez à cet échange.

Je voudrais juste faire trois petites remarques.

Premièrement, j'ai bien noté que, sur le PPI EHPAD de demain, vous avez parlé de 24 M€ par an pour les EHPAD. Est-ce que l'on parle de la région Hauts-de-France ou du département du Nord ?

Sur la gérontocroissance, le diagnostic partagé dont vous avez parlé donnera-t-il lieu à une restitution sous une forme un peu publique ou selon quel périmètre de restitution ? Nous sommes bien évidemment intéressés par les résultats de ce diagnostic.

Enfin, j'avais une troisième question à vous poser concernant la prévention qui permet de retarder la perte d'autonomie, donc de retarder l'entrée dans l'APA. Dans certaines régions, des outils intéressants ont été mis en place, je pense par exemple à l'appli ICOPE qui est plutôt grand public en région Occitanie. Sur ce type d'outil de prévention de la perte d'autonomie, est-ce qu'un déploiement est envisagé dans la région Hauts-de-France ?

Mme LÉTARD.- Merci, Céline.

Madame vous avez la parole.

Mme CREQUIS.- Ce sont beaucoup de questions qui vont d'ailleurs bien au-delà de notre sujet de départ.

Je vous confirme que le PPI est pour l'ensemble de la région des Hauts-de-France et c'est chaque année.

Concernant le diagnostic territorial, on a bien entendu prévu une restitution puisqu'il est partagé, l'objectif est bien de diffuser le résultat de cette étude. Par contre, nous n'avons pas encore défini la façon dont nous allons le partager.

Sur la partie prévention, je passe la parole à mes collègues qui ont peut-être des éléments.

Dr DEFEBVRE.- Effectivement. Notamment pour le diagnostic partagé et sur ce que disait Madame CREQUIS, vous êtes complètement intégrés aux réflexions que nous menons dans le cadre des projets régionaux de santé tous les cinq ans, vous ferez donc forcément partie des partenaires incontournables et vous aurez accès à tous nos diagnostics et à toutes les données de l'ORSS, l'observatoire régional santé sociale, qui seront faits sur les personnes âgées mais pas seulement. Vous aurez donc beaucoup de données.

À ce titre d'ailleurs, il serait également intéressant pour nous de confronter ces données avec vos données d'APA qui sont des données importantes sur l'autonomie des personnes dans un département, que ce soient les données APA à domicile ou en établissement, pas simplement sur le département parce que, souvent, les données que l'on a de la DREES datent de deux, trois, quatre ou cinq ans, mais des données récentes qui puissent à la fois séparer établissements et domicile et qui puissent également nous donner des informations plus territoriales. En effet, si l'on veut travailler les parcours de santé des personnes entre le médicosocial, le sanitaire et aussi le social sur des territoires locaux, il est nécessaire que toutes ces données soient à ce maillage. Pour nous, les diagnostics que vous allez avoir seront à la fois au niveau territorial, ce qui est l'équivalent de vos territoires de pôles autonomie ou de nos filières gériatriques, mais également des données à l'échelon départemental et à l'échelon régional. Pour nous, il serait donc très riche dans notre diagnostic de pouvoir y ajouter ces éléments. C'était une petite parenthèse.

Sur la question de la prévention, en effet, les projets ICOPE menés par Toulouse se développent dans quelques régions en France et ils ont été retenus dans le cadre de ce qu'on appelle les expérimentations d'article 51 au niveau national. Il est question, dans un avenir dont nous ne connaissons pas encore la temporalité, que, lorsque le ministère en aura fait une évaluation et un modèle, ce soit développé dans toutes les régions.

Pour autant, pour l'instant, nous avons un projet qui s'appelle Tempoforme, développé par le CHU de Lille, avec une application qui permet d'anticiper les effets du vieillissement. C'est un peu le même principe qu'ICOPE, c'est une application dans laquelle on fait son propre auto-dépistage et, à partir de cet auto-dépistage, on peut aller voir son médecin traitant, faire un bilan plus complet et être orienté soit vers des soins si nécessaire, soit vers des offres d'éducation pour la santé et des offres d'APA en fonction des risques que l'on repère. Même si on n'a pas ICOPE, on a tout de même une expérimentation dans la région qui est financée à la fois par la Région, par nous-mêmes, également par la CARSAT. La CARSAT réalise un gros travail sur la prévention et souhaite s'y investir.

Par ailleurs, j'ose ici vous refaire une demande. Nous mettons en place une réflexion à l'instar du national sur le plan chute. Nous avons convié le Département et nous souhaitons que vous puissiez faire partie de cette réflexion et que nous puissions travailler à la prévention notamment des chutes. Je sais que les Départements font beaucoup dans le cadre de la conférence des financeurs sur ce sujet, mais il est nécessaire que nous ayons tous une réflexion sur ce sujet étant donné la mise en place de ce plan.

Je terminerai par un autre sujet dont on a parlé sur le lien à faire entre les services à domicile, etc. S'il est vrai que, pour nous, il est compliqué de donner des orientations en matière de services à domicile puisque ce n'est pas notre compétence ni nos financements, nous pouvons pour autant vous soutenir auprès de la CNSA, mais je pense que vous y avez vos entrées vu le nouveau Président.

Sachez également que la CARSAT est intéressée à travailler sur ce sujet puisque, s'agissant de leurs aides, notamment l'ARDH, l'aide au retour en sortie d'hospitalisation, qui peut financer les services à domicile, ils souhaitent aujourd'hui retravailler cette offre, mieux la réfléchir pour qu'elle soit plus réactive et pour les bonnes personnes. Il pourrait donc être intéressant de travailler à tout cela en lien avec la mise en place, qu'on nous réclame depuis des années, mais qui est de votre ressort plus que du nôtre, de ce qu'on appelle l'APA d'urgence, avec la réactivité non seulement de la mise en place de l'APA mais aussi

de sa révision. En effet, les acteurs sur le territoire nous demandent que cette révision puisse être réactive quand il y a une dégradation de la personne.

Voilà quelques éléments de réponse par rapport à ce dont on vient de discuter.

Mme CREQUIS.- Dans la lignée de ce qui vient d'être dit, il y a un point que nous n'avons pas abordé, alors que c'était dans votre questionnaire, concernant la coordination des politiques sociales du Département et médico-sociales. On ne peut que partager votre position sur la nécessité d'une concertation tripartite Conseil départemental, ARS et CNSA. C'est une nécessité absolue.

Un courrier a d'ailleurs été rédigé en ce sens par l'ensemble des ARS à la CNSA, puisque nous sommes, à la fois du côté du Conseil départemental et du côté de l'ARS, en responsabilité du déploiement des politiques autonomie. Pourtant, nous avons, chacun de notre côté, une phase de négociation avec la CNSA et pas forcément de concertation tripartite. C'est un véritable besoin. Or – et c'est sans jugement de notre part –, les Conseils départementaux ont des feuilles de route avec la CNSA auxquelles les ARS ne sont pas toujours associées et parfois pas du tout associées.

De ce fait nous sommes vraiment favorables à votre proposition sur une concertation tripartite CNSA, Conseils départementaux et ARS, cela nous semble absolument essentiel.

Mme LÉTARD.- Merci de ce retour, Madame. Vous l'avez bien compris, notre objectif est de ne pas se retrouver en tuyau d'orgue, puis de ramer pour trouver les voies et moyens de s'entendre et de trouver les solutions.

Si, aujourd'hui, on en est à s'interroger au moment où l'on démarre ce mandat et où, avant même de s'être posé ces questions, on a dû affronter la mise en pratique de l'avenant 43 alors qu'il y avait un mois que la nouvelle institution était là, ce n'était peut-être pas la meilleure entrée en matière. Au moment où l'on voulait réévaluer les dispositifs, on s'est retrouvé avec un outil qui est venu impacter financièrement y compris le fonctionnement des services, le Département, l'ensemble des acteurs, qui ne couvrait pas tout le champ et qui est venu ajouter une complexité à la complexité. Même s'il était indispensable de revaloriser, le dialogue préalable aurait peut-être permis d'éviter des écueils et une difficulté supplémentaire à franchir qui est de remettre tout cela d'équerre.

Il n'y a aucune critique de notre part là-dedans mais c'est vrai qu'on est très demandeur à l'avenir d'avoir une stratégie partagée le plus possible, sans pour autant venir sur les prérogatives du voisin. Si on partage les priorités, on a plus de chances d'avoir une addition de moyens plutôt que des juxtapositions de choses qui ne seront jamais complètes et qui insatisferont tout le monde. Cela vaut pour les uns comme pour les autres, mais on est au départ d'une réflexion.

Comme je vous l'ai dit et comme mes collègues l'ont dit d'une autre façon, on voit bien qu'on est devant un mur, une réalité qui, avec le contexte de l'inflation, du prix de l'essence, amplifié par un problème de RH et un problème de démographie médicale, va nécessiter que l'on soit vraiment en capacité de bien se parler pour bien cibler les moyens dont on disposera. De plus, on a en toile de fond une réalité de retraités dépendants qui vont être de plus en plus précaires, parce qu'on a des retraités à carrière incomplète, avec des plus petites retraites, qui ont du mal à aller au bout de leur plan d'aide.

De ce fait, il faut que l'on réfléchisse à la voie qui impactera le moins l'utilisateur, quel que soit le sujet. En effet, on le voit, cela va devenir un sujet terrible, on va monter des dispositifs et les gens ne les prendront pas en totalité, même quand on leur octroiera des aides, parce qu'ils ne seront pas en capacité de payer le peu qui reste. On a peut-être à travailler et à expérimenter les choses ensemble, mais il faut qu'on le fasse avec vous et avec la CNSA.

Par ailleurs, je dois vous dire que, sur les établissements, on a été beaucoup sollicité – c'est autant pour nous que pour vous –, ils sont vraiment demandeurs que l'on puisse faire une évaluation tous les deux ans, une réactualisation de leur situation pour avoir une réalité par rapport aux publics accueillis parce que, effectivement, il n'y a pas eu de réajustement du tir depuis X années. On a entendu le signal, ils ont

besoin que ce ne soit pas une fois tous les cinq ans. Est-ce que vous pouvez nous assurer qu'à l'avenir, à travers un CPOM, on pourrait avoir un réajustement tous les deux ans par exemple de l'évaluation du niveau d'intervention qui serait le plus adapté ? Je parle de l'évaluation de la dépendance.

Mme CREQUIS.- Nous faisons au mieux par rapport à nos moyens, mais, en effet, nous comprenons tout à fait la volonté des établissements d'avoir une évaluation plus régulière de la dépendance.

Mme LÉTARD.- Merci beaucoup, Madame.

Loïc ?

M. CATHELAIN.- Je voudrais évoquer un point complémentaire, c'est un sujet qu'avaient soulevé les services du Département lors des auditions réalisées, à savoir le retour à domicile après hospitalisation. Il y a peut-être un travail commun à faire entre l'ARS et le Département parce que le service nous alertait sur la grille d'évaluation des assistantes sociales qui n'est certainement pas assez précise, sachant qu'il y a une tendance après 65 ans à systématiquement orienter les personnes vers l'APA d'urgence. En fait, ils ont l'APA d'urgence et, une fois que la convalescence a eu lieu, cela s'arrête, ils ont été mal orientés.

Je ne sais pas si c'est possible mais on nous a alertés sur ce point.

Mme CREQUIS.- Cela doit être envisageable. Il faut creuser les choses plus précisément d'un point de vue technique.

Mme LÉTARD.- Sur l'APA d'urgence, on a effectivement entendu les services, mais j'ai surtout entendu de la part des services la nécessité d'un partage d'informations sur la mise en œuvre de cette expérimentation de l'APA d'urgence pour essayer d'ajuster le tir.

Nous proposerons que, au travers de la CDCA, un petit groupe de travail entende les services et qu'il puisse y avoir un échange entre les services du Département et les services à domicile qui sont concernés par cette APA d'urgence pour essayer de déterminer les éléments d'amélioration à mettre en œuvre et pour que l'on puisse entendre leur retour d'expérience. On parle bien d'une expérimentation et je pense que c'est l'heure d'entendre leurs retours et de voir s'il y a des ajustements que l'on peut partager. En tout cas, on préconisera que, au travers un petit groupe de travail, une commission permanente au sein de la CDCA, des points particuliers puissent être évoqués afin de partager avec ceux qui ont à les mettre en œuvre des sujets qui, à un moment donné, ont à être partagés pour être corrigés le cas échéant.

J'ai aussi entendu qu'il y avait le sujet de la CARSAT, qu'il y avait un travail sur ces questions sur lequel on pouvait aussi partager. En tout cas, il y a quelques pistes de travail et on pourra regarder ensemble comment améliorer les choses.

Un grand merci de vous être prêtées à cet exercice, Mesdames, merci pour votre disponibilité et vos réponses. On vous souhaite bon courage et au plaisir d'avoir d'autres échanges avec vous, en espérant que l'on pourra travailler de concert sur ces questions ô combien importantes.

Bon courage et excellente journée à vous.

ANNEXE 6 : Compte-rendus de visite

Visite du 11 mars 2022

Résidence Porte de Gand (EHPAD) – 61/63 rue de Gand à Lille

ORGANISME GESTIONNAIRE

Association Natalie Doignies

Données chiffrées

CARACTERISTIQUES DE L'ETABLISSEMENT

Catégorie EHPAD

Statut Privé non lucratif

Capacité autorisée 2021 91 dont

- Hébergement permanent 62 (C) 12 (ALZ) 0 (HV)
- Hébergement Temporaire 1 (C) 0 (ALZ) 0 (HV)
- Accueil d'urgence 0 (C) 0 (ALZ) 0 (HV)
- Accueil de jour 0 (C) 16 (ALZ) 0 (HV)

Capacité installée 2021 137 dont

- Hébergement permanent 100 (C) 24 (ALZ) 0 (HV)
- Hébergement Temporaire 1 (C) 0 (ALZ) 0 (HV)
- Accueil d'urgence 0 (C) 0 (ALZ) 0 (HV)
- Accueil de jour 0 (C) 12 (ALZ) 0 (HV)

NOTA BENE Classique (C) Alzheimer (ALZ) Handicapé Vieillissant (HV)

Habilitation à l'Aide Sociale Oui

Arrêté du 30/07/1999

Capacité HAS : 124

Dotation Globale Dépendance Oui

Montant 2021 : 658 552,52 €

(dont 323 049,00 € à la charge du Département)

Transformation en EHPAD Oui

Arrêté du 01/09/2011 (modifiant l'arrêté du 11/12/2006 et actant la fusion avec l'EHPAD Les Buissonnets)

CPOM En cours

GMP 2019 646,36 (GMP majoré : 773,06)

TARIFICATION

Tarif journalier 2021

1. Hébergement + de 60 ans

Chambre à 1 lit : **68,65 €**

2. Hébergement - de 60 ans

Chambre à 1 lit : **83,49 €**

Dépendance

GIR 1 et 2 : **20,39 €**

GIR 3 et 4 : **12,94 €**

GIR 5 et 6 : **5,49 €**

Historique

L'association Natalie Doignies a réalisé la transformation de la résidence "Porte de Gand" 61 rue de Gand à Lille en EHPAD et à la fusion de deux établissements en un seul EHPAD de 125 lits (dont une unité de vie Alzheimer de 12 places et 1 place d'hébergement temporaire) l'EHPAD "Les Buissonnets" et la résidence "Porte de Gand" et à l'extension de l'établissement par la création d'une accueil de jour de 12 places portant la capacité totale à 137 lits. La visite de conformité a été faite le 27 mars 2012. L'ouverture de l'établissement a été fixée au 1er avril 2012.

Le budget est un budget unique dans le cadre de la fusion.

En 2018, la capacité totale de l'EHPAD Natalie Doignies est portée à 141 places réparties entre les deux sites. En effet, une extension de 4 places d'accueil de jour sur le site de la Résidence Porte de Gand a été autorisée.

Déroulé de la visite

La mission a été accueillie par le Directeur de l'EHPAD. Une rencontre a eu lieu avec dix résidents autour d'un café. Un tour de table a permis aux résidents présents de prendre la parole ainsi qu'au personnel administratif et médical (directeur, comptable, infirmière) de s'exprimer. L'ambiance générale ainsi que l'accueil par le personnel et les résidents étaient chaleureux et ont permis des échanges libres, spontanés et émouvants.

Une visite du bâtiment a ensuite permis aux membres de la mission de voir différentes salles (motricité, réfectoire, bibliothèque...) et de visiter un étage composé de chambres pour les résidents.

A noter : La parole des personnes âgées peut être difficile à recueillir en raison de troubles du langage ou de l'audition chez certaines d'entre elles. Cela explique que les propos des résidents sont moins nombreux que les témoignages du personnel administratif et médical. Le choix a été fait de retranscrire la parole des résidents en faisant du mot à mot dans la partie dédiée.

Témoignages/éléments clés

Le directeur de l'établissement s'est exprimé sur :

- La création du foyer logement qui date de 1981 et la transformation en EHPAD qui date de 2012, en rappelant que l'établissement accueille de nombreuses religieuses du fait de son histoire (ancienne congrégation)

- ▶ L'EHPAD a été peu impacté par la crise sanitaire du fait de l'architecture du bâtiment qui est très étendue et favorise la distanciation sociale en cas d'épidémie (grande bâtisse avec un parc)
- ▶ Environ 50 % des résidents bénéficient de l'aide sociale
- ▶ Le coût moyen est de 2250 euros par mois
- ▶ Sur le ratio, le taux est révisé tous les 5 ans, il donne une enveloppe, qui n'est pas individualisée. Le directeur a expliqué que cinq années lui paraissent trop longues par rapport à la dépendance qui évolue plus vite que cela. Le nouveau budget arrive à N+2. Il se passe 18 mois entre l'évaluation et le budget
- ▶ Les difficultés à recruter du personnel soignant.
- ▶ Un résident en GIR 3 à plus de besoin, notamment en animation, qu'un résident en GIR 1 qui est alité
- ▶ Une association et bénévoles compensent le manque d'animation
- ▶ Le besoin de retisser les liens avec les acteurs du quartier et les écoles (pendant deux ans avec le COVID cela n'a pas pu se faire)

L'infirmière s'est exprimée sur :

- ▶ Le manque de personnel : une infirmière pour 75 résidents
- ▶ « *Les résidents ne voient que du personnel qui court et n'ont pas le temps pour eux* »
- ▶ La part d'intérim est très importante avec deux infirmières sur trois actuellement (en attente de recrutement)

La comptable s'est exprimée sur l'aide sociale :

- ▶ Les pièces constitutives du dossier réclamées aux familles qui peuvent mettre du temps à répondre.
- ▶ Le courrier de réponse du Département peut mettre un an. Si celui-ci est négatif, les familles se retrouvent à payer une somme importante
- ▶ Comment faire pour accélérer ses démarches ? Répondre plus rapidement ?

Verbatim des résidents de l'EHPAD

Lors du tour de table, les résidents ont pu s'exprimer de manière générale sur leur établissement :

- « **L'EHPAD n'est pas un progrès** » en comparaison au foyer logement que cette résidente a connu à son arrivée au début des années 80. Le Directeur a alors précisé que les services de l'EHPAD et du foyer logement ne sont pas les mêmes car ils ne s'adressent pas au même type de personnes âgées.
- « **Le personnel n'est pas suffisant et pas suffisamment formé** »
- « **Les conditions financières des salariés ne sont pas en adéquation avec les charges de travail trop lourdes** »
- « **Je pense aux personnes en chambre qu'on couche à trois heures de l'après-midi jusqu'au lendemain** »

A la question « *c'est quoi l'apa ?* », réponse : « **L'APA ça ne me parle pas** » une résidente.

A la question « *Comment vous sentez-vous dans cet établissement ?* », les réponses des résidents sont les suivantes :

- « **Je m'y plais** »
- « **Je suis bien obligée** »
- « **Je vis la solitude** »

Visite du 24 mars 2022 résidence autonomie « La Chataigneraie » à Saint Saulve

PRESENTATION GENERALE :

La résidence autonomie « La Chataigneraie » à Saint Saulve est gérée par l'association de gestion du Foyer Logement La Châtaigneraie.

La directrice est Madame Delphine COLAS.

Ses coordonnées : tél : 03.27.33.19.71 – mail : d.colas@chataigneraie.fr

La capacité de l'établissement est de 82 places d'hébergement permanent correspondant à 79 logements, 76 appartements de type I bis pour personne seule et 3 appartements de type I bis pour couple.

L'établissement est habilité partiellement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale à hauteur de 12 places d'hébergement permanent depuis le 1^{er} janvier 2017.

La résidence est bénéficiaire du forfait autonomie depuis 2016. Dans ce cadre, elle s'est engagée à mener des actions de prévention de la perte d'autonomie à destination des résidents, de la population âgée locale et à développer son partenariat auprès des autres résidences autonomie du secteur.

PROJETS

Dans le cadre de l'aide départementale à l'investissement, elle a bénéficié en 2021 d'un soutien financier d'un montant de 500 000 € (délibération DA/2021/80 du 16 mars 2021).

La subvention sert au financement de travaux de réhabilitation et d'amélioration énergétique initiés par la société Axentia, propriétaire de la résidence.

Déroulé de la visite

La Mission a été accueillie par la Directrice de l'établissement. La mission a pu assister à quelques minutes de la séance de chorale de l'établissement. La directrice nous a ensuite fait visiter l'établissement, un logement non habité (pour raison de covid nous n'avons pas pu visité un logement occupé par un résident.). Puis nous sommes retournée dans une salle de réunion pour échanger avec la Directrice et le personnel. En deuxième partie une dizaine de résidents sont venus nous rejoindre pour un moment d'échange très enrichissant.

Témoignages/éléments clés

Les recettes de l'établissement sont divisées en 3 postes

- Tarifs payés par les résidents
- Forfait autonomie

- Forfait soin

Cette résidence autonomie a la particularité d'avoir un personnel de soin (3,25 ETP)

Composition de l'équipe de soin

- 9 auxiliaires de vie
- 4 aides soignantes
- 1 infirmière coordinatrice
- 1150 euros par mois tout compris (1800 euros pour un couple) de reste à charge pour les résidents. C'est l'un des tarifs les plus bas du Département.
- 79 logements identiques avec un accès sur un petit extérieur
- Gros projets d'investissement de rénovation de 2,5 millions d' Euros (700 000 de subventions + 700 000 de fonds de travaux + emprunt)
- Le recours a des **emplois aidés** leur permet d'avoir un peu plus de personnel et d'ainsi augmenter la qualité de l'accompagnement cela joue aussi sur le tarif de la structure (rappel un emploi aidé est financé entre 50 et 80%) Par contre cela demande un gros travail d'encadrement de la part des autres employés.
- Profil type du résident : personne âgée qui a vu progressivement chez elle son cercle de vie, de socialisation se réduire, qui recherche aussi plus de sécurité. Le but est de retrouver un chez-soi un logement sa liberté de sortir. Connaitre ses voisin, se créer un véritable environnement de socialisation.
- A partie de 2018, le forfait autonomie a été un véritable levier pour la création de multiple activités.
- L'établissement dispose d'une animatrice à plein temps.
- De nombreuses activités proposées basée sur une vraie politique globale de maintien en forme physique et mentae : la santé, la prévention des chuttes, la diététique, etc.
- **Activités** : gym, philosophie, sophrologie, chorale, théâtre, mémoire, Activités manuelles, marche, tango poterie, etc.

Verbatim des résidents de la résidence autonomie

- **Un Monsieur de 95 ans** présent depuis 1 an. « se plaît vraiment beaucoup ici » Création de lien avec beaucoup de monde grâce aux activités. Il adore faire travailler sa mémoire.
- **Marie thérèse** : se sent beaucoup mieux depuis qu'elle est arrivée ici car elle a recréé du lien, s'est fait de nombreux amis. Elle « revit »
- **L'ensemble des résidents participant à cet échange** ont fortement insisté sur la gentillesse et la disponibilité de l'équipe qui selon eux sont en grande partie responsable du fait qu'ils soient heureux ici.
- « La période Covid a encore plus montré un esprit d'aide et de solidarité. Les employés ont fait beaucoup pour nous pour que cette période soit la plus normale possible »

Les activités plébiscitées par les résidents :

lenord.fr

- « C'est super ça nous motive » ; ça nous incite à nous bouger. Pour aller aux activités on se prépare comme si on sortait dehors.
- « On reste dans la société » », « on continue à vivre »
- **Témoignage de l'infirmière** : Dans les ehpad on manque cruellement de personnel. La grosse différence ici avec un ehpad c'est que nous sommes assez nombreux pour nous occuper des résidents.

Visite du 24 mars 2022

Relais Autonomie – UTPAS de Denain / Bouchain

Informations administratives

Adresse : Allée du 24 juillet 1712 – 59220 Denain

Déroulé de la visite

Visite en Deux temps:

- Présentation de la salle d'accueil et de sa table numérique
- Réunion d'échange avec les professionnels

Témoignages/éléments clés

- **La table numérique** :

Cette innovation mise en place dans les relais autonomies depuis moins d'un an (déploiement en cours). Elle permet d'avoir accès à toutes les demandes en ligne (CAF- AMELI, Mes droits sociaux...)

Quand une personne vient ici elle est accompagnée par une médiatrice numérique pour l'aider à faire sa demande. Le médiateur numérique est indispensable car pour les personnes les plus éloignées de l'emploi et du numérique le fait de mettre à disposition un accès à internet ne suffit pas à réduire la fracture.

Lors de la visite, un service civique était recruté pour faire cette médiation et pour guider les personnes dans leur démarche.

Le nombre de personne qui utilise cet outil est en augmentation constante, mais des personnes restent réfractaires. Des présentations sont faites dans le hall pour inciter les personnes à venir faire leurs démarches sur la table numérique.

Quand les dossiers sont compliqués : la médiatrice peut appeler les numéros « dédiés » de la CAF et de la MDPH. Ce n'est pas encore le cas pour les autres acteurs.

- **Le relais autonomie** :

L'Utpas est relais autonomie.

Il s'agit d'une logique de « tout venant » mais le public reste très majoritairement un public correspondant au périmètre de l'UTPAS et de ses 18 communes. Il n'y a pas encore beaucoup de demandes des personnes âgées qui vont davantage sur le CLIC et les CCAS. Le relais autonomie semble moins identifié par ce public selon les professionnels interrogés.

Le relais autonomie travaillant sur le handicap et sur les personnes âgées. En comparaison, selon les personnes interrogées :

- Les informations sont plus claires et les procédures plus limpides sur le champ du handicap
- Le maillage avec les interlocuteurs est également plus limpide sur le champ du handicap.
- Les personnes déplorent l'absence de véritable chef de file de l'animation territorial sur l'APA.

- **La coordination : une question clef**

Il y a énormément d'acteurs, de savoir-faire sur le territoire concernant l'APA mais les professionnels du relais autonomie déplorent un déficit de réelle coordination.

- **Le montage administratif** :il est beaucoup plus simple au niveau de l'APA que pour la MDPH

- **Des publics en difficulté :**

Certains publics sont vraiment très isolés (pas d'aidants, pas d'association), les personnes interrogées estiment qu'il manque peut-être un maillon pour les accompagner. Selon une professionnelle, 50% des personnes venant sur site ont des problème d'illettrisme (différents degrés).

Verbatim lors de la visite

Témoignages des professionnels de l'UTPAS rencontrés durant l'échange

- « Je me sens beaucoup moins à l'aise avec le « public des personnes âgés par rapport au public du handicap, je manque de formations et d'informations claires de la part du central »
- « Ce qui est important c'est le « aller vers », pour l'APA on a un gros manque de « aller vers » »
- « La vraie question du multi guichet c'est comment est-ce que ça converge ? Pour l'instant on sent que c'est encore difficile «
- « Jusqu'où va la notion de premier accueil ? jusqu'où devons-nous aller pour passer le relais dans les bonnes conditions ? »
- « Il faudrait une animation territoriale pour débloquer les choses et donner du sens »

Visite du 07 avril 2022

Habitat inclusif « la ferme rouzé » 8 place du 8 mai 1945 59780 WILLEMS

Porteur de projet :	GES MIRIAD
---------------------	------------

CARACTERISTIQUES DE L'HABITAT INCLUSIF

Propriété : bailleur social Lille Métropole Habitat

Gestionnaire : Groupement Economique et Solidaire MIRIAD depuis 2020 (mouvement interassociatif fédérant des acteurs de la MEL).

Composition :

- 12 logements dédiés au projet d'habitat inclusif (7 personnes en situation de handicap et 5 personnes âgées) ;
- 2 logements « jeunes majeurs » dans le cadre du dispositif PJM ;
- 1 micro-crèche de 10 places (à horaires atypiques) ;
- 1 commerce de proximité en dépôt-vente pour les producteurs locaux.
- Espaces collectifs (lieu de vie collective, cuisine, buanderie, espaces verts).
- Espaces "publics" (micro-crèche, commerce de proximité, jardin partagé...).
- D'autres projets en cours comme une laverie solidaire.

Calendrier : arrivée des premiers locataires en octobre 2021

Déroulé de la visite

La mission a été accueillie par Vincent HUET, Directeur général du GES MIRIAD et une administratrice du GES. Cet accueil s'est déroulé dans la salle commune. Les résidents prenaient leur petit déjeuner entourés du personnel présent.

Les membres de la mission ont pu poser leurs questions au Directeur général du GES et de l'administratrice présente.

Une visite du site a ensuite permis aux membres de la mission de voir différents lieux (un studio en attente d'être occupé, un studio habité, l'entrée de la future crèche, le jardin intérieur). Cette visite a été faite sous la houlette de la responsable du site.

A noter : Les résidents présents se sont peu ou pas exprimés mais ils sont restés présents à écouter la présentation et les questions des membres de la mission. Une résidente a accepté de faire visiter son lieu de vie.

FINANCEMENT

Soutien du Département

- 2020 : 25 000€ au titre du soutien à l'ingénierie de projet
- 2021 : 35 000€ au titre du fonctionnement : Aide à la Vie Partagée (15 000€ proratisé à la date de création du droit) + subvention départementale de 20 000€

Ville de Willems : signature d'une convention avec le gestionnaire prévoyant l'attribution d'une subvention de fonctionnement à hauteur de 34000€/an.

A noter : Les villes voisines qui abondent à cette subvention au prorata des occupants issus de ces communes.

Projet conventionné 3P (porteur de projet partagé) pour la période 2021/2029 au titre de l'AVP (aide à la vie partagée)

Point de vigilance remonté par les services du Département : sur la mixité PA/PSH et la co-construction du projet de vie sociale et partagée notamment sur le décalage possible dans le choix des activités par les locataires au regard d'une grande différence d'âge ou des niveaux d'autonomie hétérogènes

Témoignages/éléments clés

Le directeur général et l'administratrice de MIRIAD se sont exprimé sur :

- L'origine du projet et sa phase diagnostic et d'évaluation des besoins puisque le projet repose sur cette analyse territoriale et les acteurs médico-sociaux du secteur. Il a été exprimé que cette phase de diagnostic est une des clefs de la réussite du projet qui répond alors à un besoin réel.
- Particularité du projet :
 - o Habitat inclusif : entre le domicile et l'établissement médico-social, basé sur les projets des personnes
 - o En dehors d'une grande ville
 - o Composé de résidents du secteur
 - o Pas de médicalisation, les soins infirmiers sont organisés
- Plan d'aide :
 - o Pas une obligation pour vivre dans le béguinage
 - o Sur la mutualisation des Plans d'aide APA /PCH, les habitants sont libres de choisir le prestataire de leur choix. Dans les faits, le choix est porté sur un seul et même prestataire (GES MIRIAD) ce qui permet de la souplesse dans l'accompagnement des personnes et une continuité de service. Les heures et le service sont « mutualisés ». Cela permet d'avoir des intervenants fixes à horaires réguliers.
 - o Continuité dans les prises en charge, ce sont toujours les mêmes salariés présents
- Autodétermination : le Directeur a insisté sur l'autodétermination des personnes, l'organisation du béguinage et la présence des professionnels leur permettent de faire des choix comme par exemple les heures de toilettes, de repas. Ce sont les professionnels qui s'adaptent.
- Le directeur général note que les résidents maintiennent leurs capacités, voire les développent
- L'équipe (temps plein) :
 - o 1 ETP coordinateur du dispositif, présent sur le site
 - o 3 animateurs : éducateurs, AMP, AVS (220h/mois, soit 7h par jour)
 - o Une équipe d'intervention habitat qui peut intervenir sur le secteur (secteur est du GES)
 - o ¼ etp entretien maintenance
 - o Appui technique et fonctions supports du GES MIRIAD
- Attractivité des métiers :
 - o Le GES travaille sur le parcours professionnel de ses salariés en les formant et leur permettant d'accéder à d'autres missions.
 - o Un service formation a été créé (certification Qualiopi) : les salariés font plus de formations qu'ailleurs afin de leur permettre de monter en compétence. Des formations sont aussi organisées pour d'autres structures
 - o Le GES subit donc moins les problématiques de recrutement liées au secteur.
 - o Des temps pleins sont aussi proposés grâce à la polyvalence organisée : Un salarié peut s'occuper de personnes âgées le matin et être dans une crèche l'après-midi.
- Volonté de faire de ce site un lieu en cœur de village et ouvert sur l'extérieur : l'exemple du projet de laverie solidaire : offrir un service aux habitants de la commune (besoin identifié lors d'une étude réalisée par la structure auprès des habitants de la commune).
- Le GES dispose de personnels capable de travailler sur l'ingénierie de projet et la recherche de financement. Ce projet a fonctionné car la structure avait un socle d'expertise et des moyens internes pour mener à bien ce type de projet.

Verbatim lors de la visite

Sur la mutualisation des plans d'aide « 30 heures dans le pot commun permettent aux personnes vivant dans le béguinage d'en récupérer 300 », Directeur général de MIRIAD

Visite du 07 avril 2022

Institut de Formation en Soins Infirmier et Aides-Soignants (IFSI/IFAS) du CH Roubaix

Historique : Ouverture en 1978

Mission de l'institut :

- Assurer la formation professionnelle initiale des infirmiers et des aides-soignants,
- Participer au cycle de formation préparatoire à l'entrée dans les instituts de formation,
- Participer à la formation continue et d'adaptation à l'emploi
- Contribuer à la documentation et la recherche en soins infirmiers.

Présentation du lieu :

- 1 amphithéâtre
- 3 grandes salles de cours
- Des salles de travaux pratiques et dirigés

Equipe pédagogique :

- 25 cadres de santé formateurs travaillant en lien avec l'université de Lille
- Partenariat avec 150 établissements de soins, environ 1000 terrains de stage pour proposer une formation en alternance

Nombre d'élèves et étudiants :

- Quota d'entrées autorisées en première année de 133 étudiants en IFSI
- Quota d'entrées autorisées en première année de 50 élève en IFAS

Déroulé de la visite

Les membres de la mission ont été accueilli par le directeur de l'institut, Monsieur MESSIEN, et deux personnes de son équipe pédagogique. Le déroulé n'a pas permis de rencontrer d'étudiant.

Témoignages/éléments clés

Le Directeur et son équipe ont rappelé que les formations d'aide soignants et d'infirmiers sont réglementées par des référentiels officiels dont l'application est sous autorité de l'ARS. Ils ont donc présenté la mise en application de ces directives et leurs avis sur le sujet ainsi que sur des thématiques en lien avec la formation :

- Sur parcoursup : le directeur regrette qu'il ne puisse plus sélectionner les candidats. « *Les étudiants sont de plus en plus jeunes, viennent d'autres régions, n'ont pas les moyens de vivre loin de leur famille* ». L'institut a dû mettre en place du soutien pour ses étudiants (psy, alimentaire...). Sur l'orientation des personnes en recherche d'activité, il constate que beaucoup arrêtent la formation au bout de 3 mois (le chiffre de 20 % a été cité). Il a pu constater que certaines personnes ne pouvaient pas concilier leur vie personnelle et professionnelles (ex : les problématiques de garde d'enfant). Ce sont des aspects qui étaient abordés lorsqu'il y avait des entretiens de sélection et qui permettaient au candidat de se projeter ou non dans cette formation
- Sur le doublement des entrées en formation prévue par le « Ségur de la santé », cela va générer des problématiques de locaux et d'accompagnement en particulier pendant la période de stage
- Sur la formation en gériatrie :
 - o Depuis 2009, il n'y a plus de contenu dédié sur les soins infirmiers sur les personnes âgées dans le référentiel. Il y a actuellement des cours et modules prévues sur les sciences humaines, la psychologie, la psycho anthropologie... Les pathologies sont abordées mais il est constaté une méconnaissance des étudiants sur le sujet
 - o Sur les modules pour les aides-soignants, il n'y a pas de spécialisation liée aux personnes âgées. Ils doivent faire au moins un stage auprès de personnes âgées. Mais, les cadres de l'institut remarquent que les élèves sont dans une posture d'exécutant et ne sont pas correctement encadrés par le personnel sur les lieux de stage
- Sur l'image de la gériatrie : celle-ci est très négative chez les étudiants, la profession n'attire pas et de moins en moins. Le secteur gériatrique hospitalisé est sous-considéré et on considère que ce sont les « mauvais

élèves » qu'on y retrouve. Les professionnels dénigrent aussi le secteur et mettent en avant le manque de moyens pour pouvoir bien faire le travail. Il a été expliqué qu'à l'inverse, en Belgique, le domaine est valorisé et qu'il est nécessaire de faire une année d'étude de plus pour travailler en gériatrie. L'institut met en place des projets pour essayer de changer cette image.

- Sur les soins à domicile, l'équipe encadrante a souhaité rappeler qu'il fallait distinguer les soins à domicile de l'aide à domicile, même si les secteurs se chevauchent car il y a un manque de lisibilité
- Sur l'attractivité des métiers de la Gériatrie : Le secteur est peu attractif pour les étudiants infirmiers. Peur d'être enfermés dans cette spécialité, de plus les stages ont mauvaise réputation car manque d'encadrement.
- Il y a quand même des étudiants qui ont une vraie vocation, un vrai projet autour de cette discipline mais cela reste assez rare.

Verbatim lors de la visite

Sur la gériatrie :

« *Il faut redonner ses lettres de noblesses à la gériatrie* »

« *Les professionnels dénigrent leur profession, faute de moyens ou de pouvoir bien faire ce travail* »

Direction territoriale de prévention et d'action sociale (DTPAS) du Douaisis

Objectifs et contexte de la rencontre : Très sensibilisée à la dimension territoriale, la Mission APA a souhaité rencontrer les professionnels de la DTPAS et des représentants des acteurs du territoire

Personnes présentes :

- Membres de la mission APA et collaborateurs
- Pôle Autonomie (PA) : Responsable, médecin, infirmière, évaluateurs, gestionnaires
- La poste
- CCAS
- SAAD
- MAIA

Témoignages/éléments clés issus des échanges

Professionnels médicaux :

Pénurie médicale : Actuellement, 4 médecins sur les 6 en Pôles autonomie + le « Besoin d'être entendues » des 50 infirmières autonomie

Pluridisciplinarité et approche globale

Les participants ont souhaité insister sur le fait que le pôle autonomie se caractérisait par sa pluridisciplinarité : « *Ici on traite de l'autonomie, du handicap, dans une approche de plus en plus globale* » dans un contexte où le territoire cumule des facteurs de précarité qui viennent impacter la perte d'autonomie des seniors.

La démarche d'APA démarre bien en amont de la dépose du dossier. Le pôle est là pour apporter une première information et une orientation. Le pôle a une proximité avec le CLIC dans l'information à porter. Cela fonctionne bien.

Respect des délais sur le territoire du Douaisis

Sur le territoire de Douai, il y a 7 évaluatrices médico-sociale.

« On est le seul territoire à être dans les clous niveau délais ». Le pôle est en solidarité avec des autres territoires et va aider les territoires les plus en retard au niveau des délais.

Le respect des délais dans le Douaisis s'explique parce que les effectifs ont été calibrés pour et que tous les postes sont pourvus. Du coup la situation est assez sereine et l'ensemble des agents sont présents.

Cependant, le respect ou non des délais s'explique par la quantité de demandes qui arrivent à l'instant T. Il y a eu des périodes où le PA a eu des délais prolongés.

Les difficultés sur d'autres territoires sont liées à un manque d'effectif. Ils ont été mal calibrés au départ car calculés sur une situation à l'instant T alors que les besoins peuvent varier d'une période à l'autre de l'année. (A l'époque c'était un ratio X poste pour X nombre de dossiers). Les agents ont fait part de leur souhait de voir le ciblage et le calibrage des postes actualisés alors que d'autres activités se sont ajoutées.

Charge de travail du Pôle Autonomie

L'activité accueil familiale prends du temps et ne représente pas la même charge d'un territoire à l'autre :

L'activité accueil familiale se gère au PA en plus de l'activité APA. Les agents du PA ont donné leur avis sur le territoire de l'Avesnois dans lequel il y a beaucoup de demandes d'accueil familial. De fait, il y a problème de calibrage des postes par rapport à l'activité. L'accueil familiale demande beaucoup de temps. Une évaluation pour un agrément d'accueil familiale représente deux visites qui prennent une demie journée chacune.

Gestion de la prise de rendez-vous de la VAD

Il y a une centrale qui gère les rendez-vous pour le territoire. Il s'agit d'un sujet de difficulté supplémentaire entre la prise de rendez-vous et la gestion territoriale car il ne s'agit pas du même agent. La secrétaire fait le planning des EMS à 3 semaines. « Nous ce qu'on avait demandé au début c'est que tout soit gérer en local ». Ainsi, la planification des RDV serait réalisée au niveau des Pôle autonomie.

Actuellement, la demande arrive en central à Lille. La visite est également planifiée à Lille. Pour les équipes qui ont témoigné, il y a un enjeu de continuité et de réactivité fort. Pour elles, il est nécessaire de mettre en place une gestion territoriale pour gagner en réactivité et pour la relation directe sur les régulations du quotidien avec les SAAD, les personnes âgées.... Elles ont également évoqué le besoin de stabilité au niveau des interlocuteurs pour les usagers

La plateforme téléphonique

« La plateforme téléphonique ne marche pas, ils attendent 45 minutes ».

« Ce qu'ils veulent c'est une réponse sûre, la réponse sûre, ils ne l'ont pas auprès d'une personne qu'ils n'ont pas eue en direct ».

« Depuis le covid on a donné nos numéros, du coup on a court-circuité la plateforme téléphonique ».

Témoignages des acteurs du territoire

« Dans l'accès à l'aide, les acteurs sont bien identifiés en territoire. On a le clic qui joue bien son rôle, on a les relais autonomie, le bus France service... sur l'accès au droit notre territoire est maillé. »

« Il y a une grosse disparité qu'on soit du public, de l'associatif ou du privé. »

« L'article 43 a permis une hausse des salaires dans l'associatif et le public. Dans le privé on va être contraint de monter les salaires aussi mais du coup il faut le répercuter sur notre prix. Les gens viendront moins souvent chez nous pour bosser et en même temps on aura moins de bénéficiaires car plus de reste à charge. Aujourd'hui on a bien compris qu'on devrait mutualiser nos moyens avec les SIAD avec l'obligation de travailler en SPASAD. »

Besoin de modularité, de flexibilité réclamé avec un « panier de service ». Exemple de la sortie d'hôpital. .

Les SAAD contraints de faire les toilettes même médicalisées. Sur le secteur du douaisis, il y a peu d'infirmière qui font les toilettes. De fait, les SAAD font de la toilette alitée.

Les SSIAD ne travaillent pas le weekend.

Les salariés travaillent 1 weekend sur 2 avec des plannings compliqués.

Le CCAS a témoigné des difficultés financières générées par certaines activités de l'aide à domicile déficitaires. Une partie de leur public ne pourra plus poursuivre l'aide à domicile

Le projet de la poste sur la prévention et la lutte contre l'isolement

La poste travaille avec le CHU de Toulouse. Les facteurs sont en mesure de poser des questions afin d'identifier les personnes qui risquent d'être dans la perte d'autonomie. Ainsi, la poste a 3 niveau de service-

- Information
- Un petit questionnaire
- Evaluation plus poussée : facteur service experts pour faire une première évaluation d'une trentaine de minutes

La tarification et le reste à charge : sujets complexes qui nécessitent de la pédagogie

« Là où il y a une marge de progression c'est au moment de la mise en place du plan d'aide, le volet financier, le renoncement aux droits. Quelques usagers pour lesquels la question du reste à charge est un problème »

La visibilité pour les personnes âgées et leur famille n'est pas simple. Ils ont besoin de savoir ce qu'ils vont payer à la fin. Or, la tarification n'est pas un prix. Les évaluatrices ne savent pas le prix de la facture de l'organisme. La personne âgée ne comprend pas.

Il a été évoqué la possibilité d'intégrer les tarifs des prestataires dans le logiciel des évaluatrices afin de disposer de toutes les informations concernant la tarification.

Actuellement, la personne âgée est destinataire d'un courrier qui informe du rendez-vous de la visite à domicile. Dans ce courrier, il est indiqué qu'elle doit choisir un prestataire avant la visite. Les EMS ont indiqué que le choix n'était pas toujours fait au moment de la visite.

De plus, les participants à la réunion ont expliqué qu'ils leur apparaissaient nécessaire de simplifier les factures et de les harmoniser.

Il s'agit d'un gros travail de pédagogie à mener au moment de la visite par les évaluatrices. *« C'est ce qu'on explique aux personnes âgées, on sort un plan d'aide, avec ce que cela coûte, ce que fait le département*

Après on explique ce qu'il en est des associations et de leur tarrif mais on ne peut pas l'authentifier. C'est une explication en un instant T. parfois c'est difficile à comprendre. On perd un temps fou, cela permet à la personne âgée d'être rassurée. »

« Sur les premières demandes quand on donne le reste à charge ça bloque souvent. Les gens ne s'attendent pas forcément à ça. »

La question de la mobilité

« Personne ne veut aller sur le cambrasis car c'est super compliqué. »

Si on change d'arrondissement il y a rupture de transport en commun.

35h =150 heures payées dans le mois =120 heures de prestation + 30 heures en voiture.

Témoignage responsable maia

« Il y a parfois des manques en terme de communication. Les évaluations avec les EMS sont programmées sans que l'on soit informés. »

- ⇒ Demande de Valérie Létard : Cartographie superposée des différents dispositifs afin de regarder la cohérence

Accompagner les équipes dans une montée en compétence sur un certain nombre de profil (psy et addictologie)

Le recrutement dans l'aide à domicile

- Difficultés à recruter car pas de candidat ou candidat sans expérience qui ne va pas tenir sur la durée
- Communication autour de l'aide à domicile fonctionne, mais ce métier qui est difficile doit être une vocation : « victime de la publicité »
- Les salaires sont différents en fonction du diplôme alors que le métier est le même
- 70% des contrat sont des temps plein dans une structure ; mais au plus il y a des temps plein au plus c'est compliqué en cas de remplacement
- Intervacation : il s'agit du temps de trajet. S'il y a plus de 15 minutes entre deux interventions, ce temps est considéré comme une pause et n'est donc pas payé.
- Des demandes existes pour des activités différentes (lecture, promenade...). Ce type d'activité est à prévoir pour les agents en fin de carrière
- Refus de nouveaux plans par manque de personnel

Idées en conclusion portées par les participants

- Risque généré par la non réponse à la demande
- Faciliter la mise en place de spasad
- Tarification qui évolue en fonction de l'inflation et du smic
- La mobilité : 30 000 euros par an
- Panier de service
- Mettre des moyens supplémentaires pour les cas les plus difficiles (doubler l'effectif – travail en binôme)
- Développer la prévention, la nécessité d'identifier les personnes en amont.
- Fluidifier les parcours, pour aussi faciliter sur des interstices quand il y a des manques pour pouvoir se renforcer sur des heures de métier. La poste, la question de la mobilité question économique de bien-être au travail.
- Pouvoir répondre dans la proximité, la souplesse et la réactivité.
- Un enjeu de communication aussi

Direction territoriale de prévention et d'action sociale (DTPAS) de l'Avesnois

Environ 50 personnes étaient présentes en plus du Pôle Autonomie, avec des représentants de SAAD, CLIC, MAIA, plateforme d'accompagnement et de répit aux aidants, hôpitaux...

Contexte de la rencontre : Très sensibilisée à la dimension territoriale, la Mission APA a souhaité rencontrer les professionnels de la DTPAS et des représentants des acteurs du territoire, afin de « venir dans un territoire où c'est davantage compliqué ». En effet, au cours des auditions, le territoire a été cité comme ayant des difficultés au regard des délais d'instruction ou encore compte-tenu des spécificités du territoire. L'objectif est de comprendre quelles sont les difficultés : organisation de services, réalités socioéconomiques de la population, caractéristiques du territoire...

Problématiques de la rencontre

- Comprendre l'interaction entre les acteurs
- Appréhender les préoccupations des acteurs
- Comprendre les différences entre ce qui se passe en central et ce qui se passe sur le terrain

Le pôle autonomie

Le Pôle Autonomie

Connaissance du territoire

Territoire rural très étendu, 4 EPCI 121 commune

Le Pôle estime bien connaître le territoire et ses partenaires, ce qui est un atout dans leur travail au quotidien.

L'évaluation de l'APA

4 Evalueurs médicosocial (3,8 ETP)

Ces 3,8 ETP ne sont consacrés qu'à 50% à l'évaluation APA tout en étant sur une planification de 4 visites par jours.

Cela s'explique par le fait que les EMS ont pour mission d'évaluer les accueillants familiaux, qui sont historiquement très présents sur le territoire.

78 agréments accueil familial sur le territoire

160 personnes accueillies

La mission de contrôle de l'accueil familial prend plus de temps que sur d'autres territoire en raison du nombre plus important d'accueil de ce type.

Le pôle dispose d'une coordinatrice.

Les EMS doivent donc se répartir entre l'accueillant familial et les évaluations APA

Les personnes présentes estiment qu'il y a une très bonne relation Département / acteurs sur le territoire. Il y a davantage d'incompréhensions avec les services centraux.

Les différents sujets traités durant la visite

Problématique de l'isolement en campagne et en ville

Territoire rural et très étendu

Cela génère des problèmes économiques (les frais kilométriques sont importants).

Il y a un sentiment « *de perdre de l'argent en travaillant* » pour les intervenants à domicile.

Cela complexifie le planning des visites d'évaluation APA (temps entre 2 sites).

Accueil de jour

Les personnes âgées ne veulent pas toujours se déplacer dans les EHPAD. Des difficultés sont citées pour certains qui attendent l'APA pour commencer l'accueil de jour.

Délais de traitement et APA d'urgence

Les délais d'APA sont longs sur le territoire, très loin des 2 mois légaux (116 jours en 2021)

Le relais autonomie explique cela par un manque d'effectif et par le fait que le central rencontre lui aussi des problèmes de ressources. Il y a un problème au niveau de l'instruction, au niveau de la procédure administrative.

Le planificateur basé en central organise les visites à domicile par ordre d'arrivée des demandes et non en fonction du secteur géographique, ce qui génèrent des déplacements plus importants.

Le témoignage de plusieurs assistantes sociales du territoire a mis en avant que certaines personnes sollicitaient un APA d'urgence de manière illégitime car ils savaient que les délais étaient trop long.

Un public de plus en plus exigeant

Il y a beaucoup de familles qui sont réticentes pour qu'il y ait des infirmières libérales.

Les interventions sont intrusives, c'est difficile de faire rentrer des gens chez soi.

APA de nuit

Il n'y a pas de financement. Or, il y a un véritable besoin.

Le reste à charge

Le reste à charge reste un obstacle pour une partie de la population

Certains usagers sont contraints de choisir entre des aides à domicile ou l'accueil de jour.

Le passage aux 22 euros

L'enveloppe GIR APA n'a pas diminué. Mais avec le passage aux 22 euros de l'heure, il y a une diminution du nombre d'heures. L'utilisateur a un accompagnement moins complet.

Difficultés du secteur médical

Les représentants des hôpitaux présents durant la table ronde ont mis en avant différents problèmes :

- Le manque de médecin sur le territoire
- La difficulté pour les personnes âgées à trouver un médecin traitant
- La difficultés pour avoir un véritable suivi médical sur le territoire
- Le fait que cette pénurie est en augmentation
- Ce manque concerne aussi les autres type de personnel médical et paramédical
- Des médecins à la retraite ont été rappelés
- Exemple : à Fournies, des patients sont contraints de se rendre aux urgences pour obtenir un renouvellement d'ordonnance
- Situation hospitalière préoccupante : Avec la pandémie il y a eu une hémorragie encore plus importante de soignants.
- « on ne pourra plus finir sa vie dans certains villages du territoire »

Il y avait 26 médecins à Fournies, il n'en reste plus que 4. Bien souvent la seule solution reste les urgences qui manque aussi de ressources.

Cette désertification médicale a des conséquences sur l'APA. En effet, elle génère une augmentation du nombre d'allocation en raison d'une prise en charge et d'un suivi médical moindre.

Santé financière des structures

Les représentant des structures du territoire ont mis en avant les difficultés économiques. Ces dernières sont souvent contraintes de puiser dans leurs fonds propres. Souvent ce sont des structures qui sont adosser à d'autres structures davantage viables économiquement qui viennent « éponger » le déficit.

L'activité d'aide à domicile seule n'est pas viable pour les personnes présentes. L'augmentation du coût horaire va générer une augmentation du reste à charge. En raison du faible niveau des retraites, il y a un risque de diminution des plans d'aide ou des plans d'aide non consommés ou d'impayés.

L'exemple est cité d'autres pays qui ont investi massivement dans l'aide à domicile avec des coûts horaires de 30 ou 50€, avec très peu d'hospitalisation.

Organisation des interventions à domicile :

Il est proposé par un SAAD de donner aux personnes âgées des créneaux horaires et non plus des heures fixes. Cette proposition permettrait de diminuer les coûts de gestion des structures par exemple : il n'y aurait pas d'appel à chaque remplacement en cas d'absence qui nécessite une réorganisation des interventions et génère du retard dans les passages. Le SAAD serait en mesure de respecter son créneau horaire

Attractivité des métiers

Avec d'importants soucis de recrutement sur le territoire, certains SAD sont obligés de refuser des accompagnements.

Il est relevé également la difficulté de travailler sur le secteur sans véhicule

Liste des personnes présentes

POLE AUTONOMIE :

M. Arnaud **NOIRET**, Directeur Adjoint de la DTA
Mme Cécile **PACHOCINSKI**, responsable du Pôle Autonomie
Mme Maryse **HOLAY**, EMS ;
Mme Marie **MORCLETTE**, EMS ;
Mme Peggy **TYTGAT**, EMS ;
Mme Valérie **DUBOIS**, EMS ;
Mme Virginie **TREHOU**, Coordinatrice ;
Mme Elodie **DAVID**, TS ;
Mme Anne-Sophie **LANNOO**, TS ;
Mme Marine **DEBRUX**, TS ;
Mme Jamila **MESSACI**, Gestionnaire administrative ;
Mme Céline **ROSIN**, Gestionnaire administrative ;

SAAD :

- Mme Céline **LEVERS**, Responsable de Facile à vivre
- M. Saïd **OUMZIL**, Responsable de l'association ACCES
- Mme **CAMBRAY** Lucie, coordinatrice Confiez-nous
- Mme Mélanie **VERDRIERE**, Coordinatrice, CH le Quesnoy
- Mme Pauline **SANDRART**, Responsable de Sénior et Compagnie
- M. Franck **HUGOT**, Responsable de l'ADAR accompagnée de Mme **VILAIN**, Responsable Service Territoire de l'Avesnois
- Mme Alice **DUBOIS** Responsable d'activité VITALLIANCE
- Madame Sabrina **MOURAT**, Directrice de DOMYTS le Carillon d'Or
- Madame Malika **OURIACHI**, Chargée de réseau, DOMYTS le Carillon d'Or
- Mme **VANDERHAEGHEN**, responsable de service Proximum services avesnois
- M. Arnaud **CAILLE**, Directeur de l'AMF-AD
- Mme Grazielle **VANBELLE** et le service social Mme Laurie **LEBEGUE**, Mme Claire **GREMEZ** : d'Aide au quotidien – ADAQ
- M. Régis **RICHARD**, Président Gestionnaire SAS PAPP4/ SAS CNOUS59 Agences Confiez-Nous Nord, accompagnée de la chargée de communication Mme Odile **SEPEMPE**

CLIC :

- Mme **LARDIN**, Responsable du CLIC d'Avesnes
- Mme Stéphanie **COUTURIER** et Madame Sandrine **CHEVALIER** CLIC du Plateau de Mormal

- M. Marc Antoine **HAMRIT** : Directeur Adjoint CH le Quesnoy, pour le CLIC du Plateau de Mormal et la PFR Valenciennois, Quercitain CH Le Quesnoy
- Mme Valérie **CHERIF**, Responsable CLIC du Plateau de Mormal

MAIA :

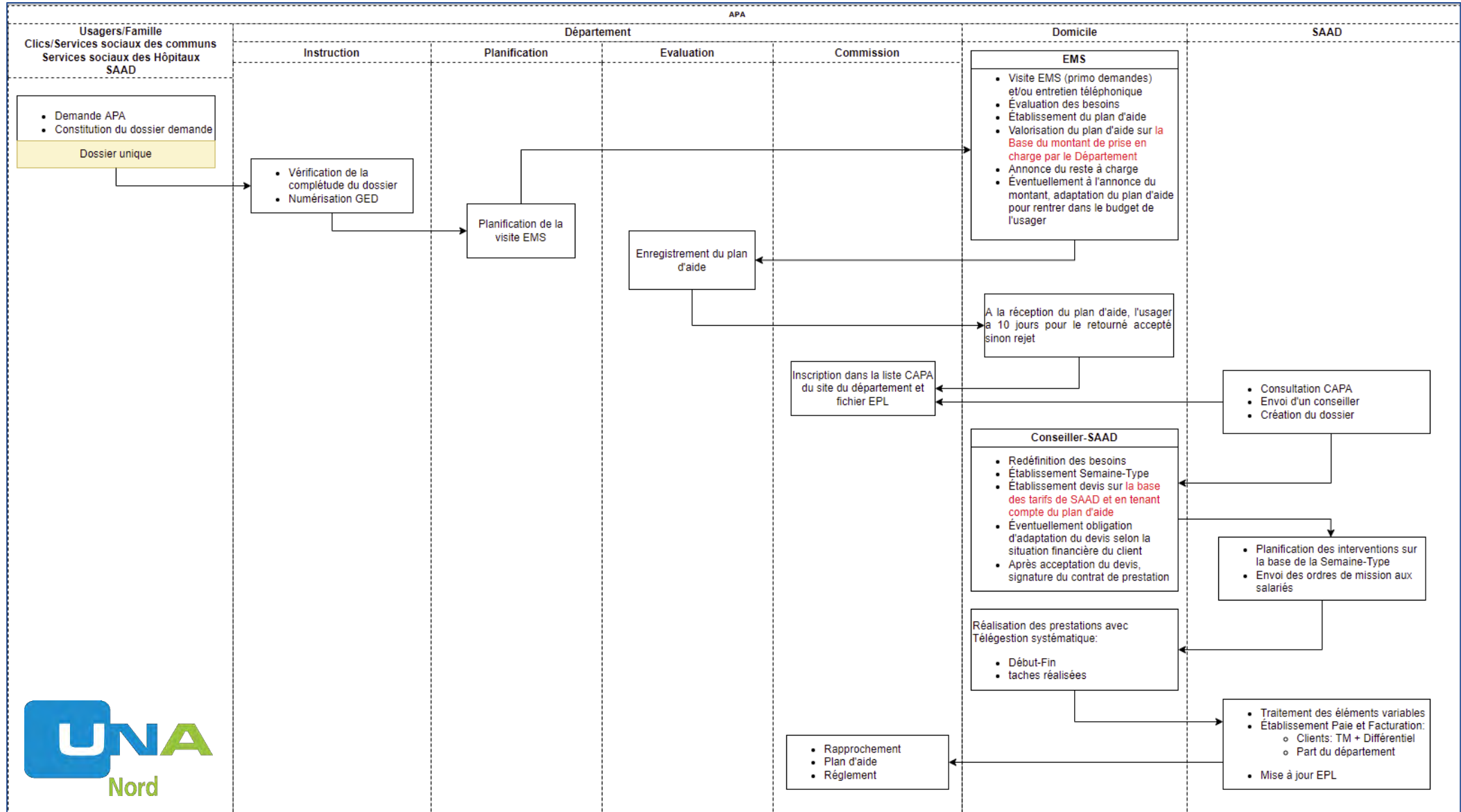
- Mme Sabrina **CARION**, Pilote MAIA

Autres partenaires :

- Mme Anne Cécile **BUKLOW** : Psychologue Coordinatrice de la PFR Valenciennois, Quercitain CH Le Quesnoy
 - Mme Christelle **PAILLA** - AAH en charge de la filière Gériatrique interne du CH de Fourmies
 - Dre **BLONDIAU**, Médecin au CH de Fourmies
 - Mme Romane **MENANT** : Chargé de Mission au Service Développement pour le Projet MONUMENTAFEJI – Maison des aidants de Maubeuge
- M. Ismaël **DEFREITAS** : Directeur du Complexe Personnes Agées AFEJI, pour la PFR PA Sambre-Avesnois, hors Quercitain

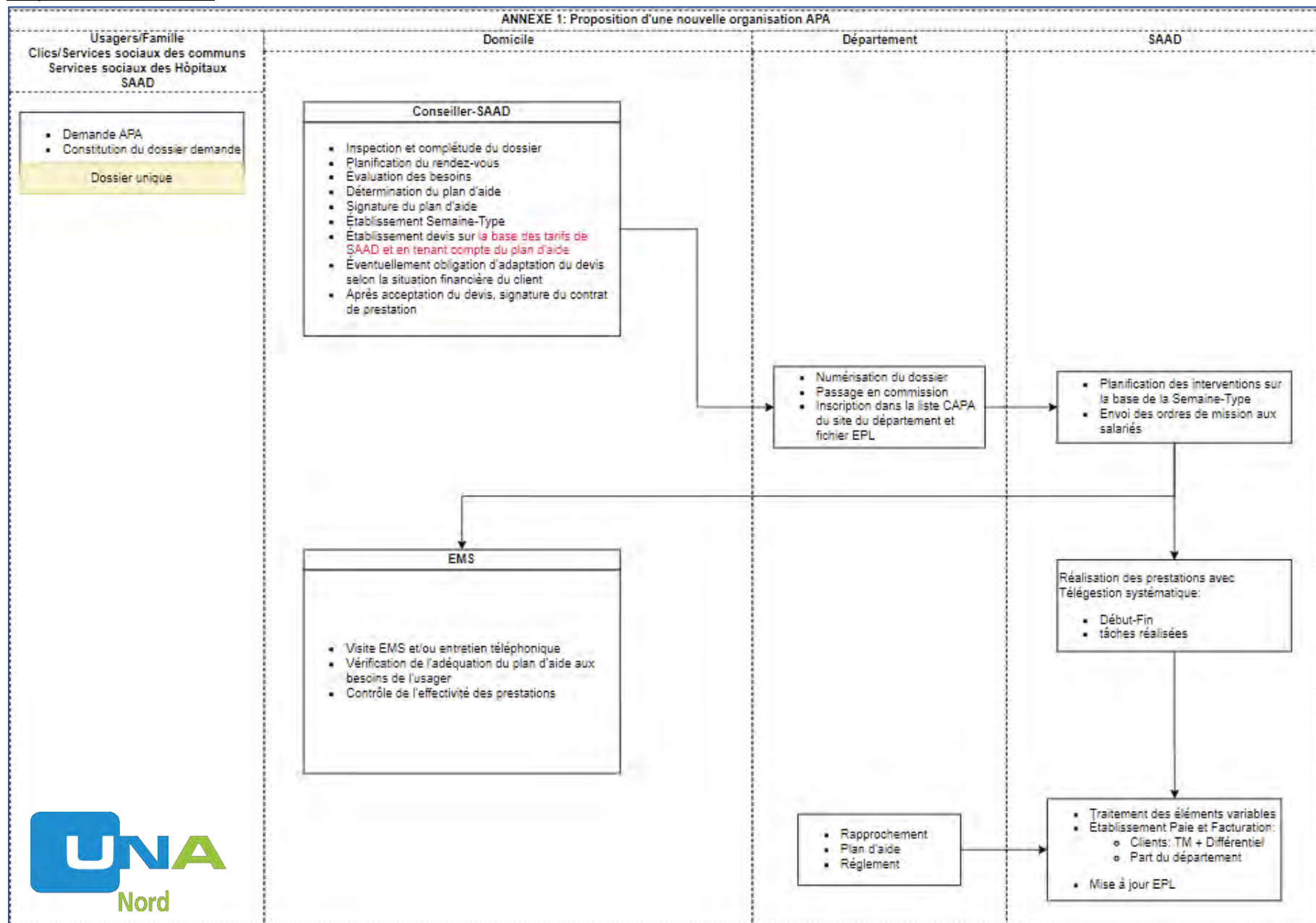
ANNEXE 7 : Contributions écrites

Situation actuelle : le circuit de l'élaboration du plan d'aide



Proposition UNA Nord -

ANNEXE 1: Proposition d'une nouvelle organisation APA



A noter que le transfert de la mission d'inspection et de complétude du dossier aux SAAD **ne peut pas se faire à moyens constants.**

AUDITIONS MISSION APA AU DOMICILE
DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU NORD

Restitutions des Fédérations auditionnées
Mai 2022

Table des matières

Introduction	4
Rappels législatifs encadrant les SAAD	6
La tarification	6
Obligation de consultation du Comité Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie en amont des nouvelles décisions	8
Compensation financière de la perte d'activité des SAAD	9
Revalorisations Salariales – Avenant 43	9
A. Délai d'instruction des plans d'aide	12
De l'évaluation unilatérale à un travail collaboratif.....	13
Processus d'évaluation	13
Diagnostic d'efficacité.....	14
L'évaluation telle que définie actuellement comporte des limites	14
Limites inhérentes à la complexité administrative :.....	14
Limites inhérentes à l'explicitation des besoins des personnes :.....	14
Limites inhérentes à l'environnement de la personne âgée :	15
Limites inhérentes aux « imprévus » de la vie :	15
Limites inhérentes à la modélisation des plans d'aide :.....	15
Propositions d'amélioration	16
L'APA d'Urgence	18
La nécessaire attractivité des métiers	19
Un enjeu fondamental.....	19
L'organisation des services	20
La qualité de vie au travail	21
La formation	22
Développer l'attractivité, c'est possible !	22
Philosophie à développer	22
Moyens à mettre en œuvre	23
Les constituants du Modèle économique.....	25
Simulation de la répercussion des taux directeurs sur le montant de prise en charge	25
Les coûts complets.....	25
Coût personnel de production	26
Coût des déplacements	26
Impact de l'avenant 43	26
Dimanche et Jours fériés et astreintes.....	27
Les impacts de la fragmentation.....	27
Les impacts de l'inflation : répercussions sur le SMIC.....	28
L'évolution des coûts complets à l'épreuve de l'évolution du montant de prise en charge APA	29
Les différents modèles économiques possibles.....	30

HYPOTHÈSE 1 : Financement des SAAD en application du CASF	30
HYPOTHÈSE 2 : Financement des SAAD, en dehors des règles du CASF mais assurant la viabilité économique des structures	32
HYPOTHÈSE 3 : hypothèse non préconisée : augmentation du reste à charge des usagers	32
Synthèse	33
Conclusions	34
Annexes – Présentation des fédérations rédactrices de la restitution	35
Réseau ADMR du Nord	36
FESP	39
SYNERPA	40
UDCCAS du NORD	41
UNA Nord	42
URIOPSS	44

Introduction

Le Conseil Départemental du Nord a sollicité une mission spéciale d'information et d'évaluation relative à l'APA au domicile, présidée par Madame Valérie LETARD, Conseillère départementale du Nord, afin d'émettre des propositions sur ce sujet à l'assemblée départementale en septembre 2022.

Ainsi, les fédérations de l'aide à domicile que sont l'ADMR du Nord, la FESP, la FEPEM, le SYNERPA, l'UDCCAS du NORD, l'UNA Nord et l'URIOPSS ont été auditionnées à quatre reprises pour alimenter les réflexions des membres de la mission.

A l'aune d'une réforme nationale des services à domicile et de la création d'un 5^{ème} risque dépendance, et considérant le contexte de gérontocroissance à laquelle la France est confrontée, l'ensemble des fédérations a souhaité participer activement à la mission d'information et d'évaluation en transmettant une contribution commune.

La majorité des personnes vieillissantes émettent le souhait de rester à leur domicile le plus longtemps possible. Les Services d'aide à domicile représentent la principale réponse aux besoins des Français. Qu'ils soient publics, associatifs, commerciaux, tous les services ont à cœur d'apporter un accompagnement de qualité auprès des personnes accompagnées. La complexité réside dans l'équilibre à établir entre : un reste à charge soutenable pour prévenir le non-recours, maintenir l'autonomie au domicile, proposer aux professionnels du secteur une qualité de vie au travail, des modes d'organisation qui les responsabilisent, des actions de soutien et d'accompagnement dans leur métier et une rémunération à la hauteur de leur investissement.

Or, les services d'aide à domicile font face à de nombreuses évolutions et sont aujourd'hui confrontés à des enjeux qui nécessitent une véritable prise de conscience politique et un engagement fort, dans un contexte sociétal, économique et de valorisation des métiers contraints et complexes.

Cette contribution restitue la synthèse des éléments saillants partagés entre les fédérations de l'aide à domicile et le Département du Nord lors des auditions. Elle réunit des constats objectifs partagés et des propositions concrètes, communes à l'ensemble des services d'aide à domicile prestataires publics, associatifs, commerciaux. Des contributions complémentaires spécifiques seront transmises par les fédérations concernées.

Seront notamment abordés dans ce document la législation encadrant le financement du secteur de l'aide à domicile, l'évaluation de l'APA et la coordination des plans d'aide, le modèle

économique viable pour assurer la pérennité des services, la bienveillance, la qualité de vie au travail et le problème majeur du recrutement de personnel.

Rappels législatifs encadrant les SAAD

La tarification

Depuis une séance plénière du 29 juin 2020, suite à une délibération, le montant de prise en charge unique est de 22€ avec mise en œuvre depuis le 1er octobre 2020 (antérieurement à 21€).

Cette augmentation aurait pu conduire à l'écrêtement de certains plans d'aide, compte tenu du mécanisme du plafonnement de l'APA en fonction des GIR. Le département a fait le choix de maintenir, pour les usagers concernés, les prestations. A noter que cette décision ne porte que sur les plans d'aide qui auraient dépassé les plafonds, mais que, dans les faits, les plans d'aide octroyés atteignent en moyenne 65% des plafonds prévus.

Par ailleurs, il existe un mécanisme de plafonnement du reste à charge, sous la forme suivante:

- interdiction de facturer au-delà de 10% de l'ASPA pour les usagers qui ont un coefficient de participation légal APA inférieur à 60%. L'ASPA évolue chaque année, en 2022 il est de 916,78€/mois, ce plafond est donc de 91€ mensuel ;
- libéralisation du reste à charge pour les autres, qui disposent donc de ressources supérieures à 2400€/mois, à savoir 6% des usagers.

A noter que les SAAD sont libres de fixer leurs tarifs, dans le respect des critères de plafonnement décrits ci-dessous. Cependant, se pose la question des tarifs pratiqués en fonction des revenus des usagers. En effet, il revient aux SAAD de s'interroger sur la solvabilité de leurs usagers, alors qu'ils n'ont pas légalement le droit de le faire, ces pratiques pouvant être qualifiées de discriminantes au regard des réglementations.

Ces modalités de fonctionnement mises en place depuis 2017, et notamment la fixation d'un montant de prise en charge unique indifférencié entre toutes les structures, n'entrent pas dans les dispositions du Code de l'Action Sociale et des Familles relatives à la tarification des SAAD pour la fixation des tarifs (articles L313-3 et 314-1 du CASF). Par ailleurs, le plafonnement du reste à charge à 10% de l'APA n'est pas légal, cette disposition introduite par le département du Nord ne fait pas partie des possibilités de modèles économiques prévues par les textes.

La loi prévoit en effet un financement selon 3 modalités possibles :

- Un tarif horaire ;
- Une dotation globale de financement ;

- Un financement alloué dans le cadre d'un CPOM – contrat pluriannuel d'objectif et de moyens.

En l'espèce, aucun tarif n'est fixé pour les SAAD dans le Département du Nord, il n'y a pas non plus de dotation globale de financement, ni de CPOM.

Définition du tarif horaire au sens du Code de l'Action Sociale et des Familles

Propre à chaque service, le tarif horaire dépend :

- du montant des dépenses afférentes aux rémunérations des aides et employés à domicile, dont le Département accepte la prise en charge,
- du nombre annuel d'heures prévisionnelles d'intervention des aides et employés à domicile,
- du coût horaire de structure,
- du coût horaire de coordination, d'encadrement et de soins.

La loi prévoit que les charges d'un service doivent être couvertes par les recettes (tarification et autres recettes).

Dans les faits, dans le Nord, les recettes, constituées du montant de prise en charge APA, et du différentiel plafonné « pouvant être facturé » au bénéficiaire, ne permettent pas de couvrir les charges. En conséquence, le budget n'est pas à l'équilibre contrairement à la loi.

De plus, ce différentiel plafonné « pouvant être facturé » au bénéficiaire est contraire à la loi, puisque les SAAD ne sont ni financés par l'Etat, ni par les organismes de sécurité sociale.

Il en résulte que les recettes doivent être augmentées.

Par ailleurs, le tarif doit être fixé, en prenant en compte les charges propres de la structure, en incluant **la reprise de déficits**. La jurisprudence insiste sur le fait que la motivation du tarificateur doit être précise et concerner spécifiquement le service, et la réalité de ses besoins¹. Il est illégal de laisser au service la charge de son déficit, et cela a d'ailleurs d'ores et déjà fait l'objet de condamnations.²

¹ CNTSS, 11.04.2008, association foyer du jeune ouvrier

² CNTSS, préfet de la Haute-Garonne c/APIAF, 10/04/2009

Non prise en compte des réelles composantes des coûts d'intervention

De plus, le montant de prise en charge unique ne tient pas compte de la réalité économique et des surcoûts supportés par les SAAD pour assurer les missions détaillées dans les plans d'aide 7J/7 :

- Un tarif unique semaine et week-end et jours fériés ;
- L'arrêt du financement du fractionnement des interventions sans étude préalable malgré le surcoût qu'il génère. A ce titre, la Cour des comptes dénonce l'augmentation du fractionnement des interventions lorsque les surcoûts ne sont pas compensés³.
- Non prise en compte des coûts du transport : augmentation des frais de déplacement ;
- Non prise en compte des spécificités de l'accompagnement de certains publics.

Pour finir, le coût complet des structures augmente considérablement compte tenu de nombreux facteurs externes, dont notamment :

- Des augmentations de la masse salariale entre 20 et 30% selon les structures ;
- Des augmentations régulières du SMIC compte tenu de son indexation sur l'inflation.

Enfin, le tarif de 21€, qui a été fixé par le président du Conseil Départemental du Nord en octobre 2017, avec une revalorisation à 22€ en octobre 2020, concerne le montant de prise en charge de l'APA, identique pour tous les bénéficiaires recourant à un service d'aide à domicile prestataire. L'APA et la PCH sont des prestations en nature.

Le fait que l'APA et la PCH puissent être perçues directement par le SAAD constitue un mode de « tiers payant », et non un financement du service.

Obligation de consultation du Comité Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie en amont des nouvelles décisions

Le Comité Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie n'est pas toujours consulté sur la décision départementale mais est informé a posteriori des décisions prises par le Département avec des écarts éventuels entre leur mise en œuvre et la réalité. (exemple: éléments présentés au Comité Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie concernant l'attribution d'une dotation aux SAAD relative à la compensation financière de la

³ Cour des comptes, rapport public thématique juillet 2016, le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie – une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler

perte d'activité des SAAD). Même si son avis n'est que consultatif, il ne peut pas, en l'état, le faire connaître avant les délibérations.

Compensation financière de la perte d'activité des SAAD

Plusieurs ordonnances et décrets, pris durant la crise sanitaire, prévoyaient un soutien financier avec la définition de modalités de calcul très précis.

Pour le secteur de l'aide à domicile, 2 ordonnances et 2 décrets⁴ ont été pris afin de compenser la baisse d'activité engendrée par l'épidémie de Covid-19. L'interprétation des textes officiels qui a été faite par le Département du Nord a donné lieu à un financement moindre des SAAD.

Le conseil départemental a appliqué différemment les règles prévues par les décrets pour la suite de la compensation de la baisse d'activité covid-19, après la période du premier confinement.

En conséquence, certains SAAD ont intenté des actions en justice ou se sont manifestés auprès du Département afin d'obtenir l'indemnisation de leur préjudice. Par suite de ces interpellations, le Département a pris en compte certaines demandes, mais des SAAD demeurent lésés.

Revalorisations Salariales – Avenant 43

Contexte

L'avenant 43 a été agréé par l'Etat le 05/08/2021 dans l'objectif de revaloriser les salariés des services d'aide à domicile relevant de la Branche de l'Aide à Domicile pour une mise en œuvre au 1^{er} octobre 2021.

Dans le Nord, il concerne 58 SAAD sur les 238.

Le surcoût de la mise en œuvre de l'avenant 43 a été globalement mal évalué et est bien supérieur à l'enveloppe dédiée au niveau national (150 millions en 2021 et 200 millions en 2022, à compléter par les Départements).

⁴ Décret 2020-822 et décret 2021-392

L'estimation du surcoût de l'avenant 43 est complexe pour plusieurs raisons : turnover des salariés, impact sur les charges sociales, taxe sur les salaires, exonération Fillon, modulation des temps de travail, provisions pour congés payés....

Pour calculer le montant de la compensation financière pour 2021, le Département a procédé de la manière suivante :

- Des tableaux transmis par la CNSA permettaient d'évaluer le surcoût à titre estimatif. Il résulte de ces simulations que les surcoûts oscillaient entre 20% et 25%
- Le Département a utilisé ces estimations pour chiffrer les compensations versées aux structures au titre des surcoûts générés par ces revalorisations salariales :
 - Montant total correspondant à « l'impact de l'avenant 43 » divisé par 4 (car l'augmentation de salaire ne portait que sur 1 trimestre en 2021)
 - Avec des exceptions : lorsque l'impact sur le taux horaire, après application de l'avenant 43, était supérieur à 5,97€ (valeur totale estimée/volume retenu), ce taux horaire a été appliqué (écrêtement)
 - A noter : la base des heures utilisées correspondait à l'estimation faite des heures 2020 alors que les conventions reçues par les services précisent que la dotation est calculée sur la base des heures déclarées en 2019.

Cette méthodologie a les conséquences suivantes :

- Les éléments retenus pour l'estimation sont incertains notamment en raison de l'absence d'analyse des comptes administratifs des SAAD (non-respect du CASF)
- Le seuil d'écêtement pénalise :
 - Les structures qui ont estimé un coût d'application inférieur à 5,97€
 - Les structures qui gèrent des salariés avec une ancienneté élevée
- L'analyse basée sur une estimation rend difficile la prise en compte de la situation réelle
- Des erreurs manifestes dans les attributions des dotations
 - Exemple : versement de sommes disproportionnées à des structures ayant très peu d'activité dans le Nord
 - Structure Noyelles les Vermelles : 7 044 heures, 526 957,52 €
 - CARMi : 196 577 heures (NPDC), 309 935,28 €

Concernant les SAAD pour l'exercice **2022**, le Département a réparti une enveloppe de 16 114 millions d'euros entre les SAAD. Ni les fédérations, ni les SAAD ne savent comment leur

dotations ont été calculées. **Il est constaté que ces financements sont nettement inférieurs aux surcoûts des SAAD relevant de la Branche de l'Aide à Domicile.** Par ailleurs, les SAAD n'ont aucune visibilité sur leurs financements 2023 et les années suivantes, alors que les surcoûts vont augmenter puisque l'avenant 43 a pour effet de reconnaître l'évolution des compétences des salariés.

	CD59	CNSA	Total
2021	30% 2 590 241 €	70% 6 043 896 €	8 634 137 €
2022	50% 8 057 364 €	50% 8 057 364 €	16 114 728 €
2022 surcoûts non compensés	?	?	?
2023	?	?	?

Conséquences de l'avenant 43

Des conséquences importantes sur le plan économique :

- Une hausse du coût de production entre 20% et 25%
- Les SAAD prendront sur le reste de leurs fonds propres pour financer la totalité des revalorisations salariales en 2022 ou seront en redressement judiciaire

MISE EN PÉRIL ÉCONOMIQUE À COURT TERME

À la suite de la mobilisation fédérale :

- Versement prévu courant du mois de mai en une seule fois des sommes prévues par les textes : CNSA + Département (16 114 000€)
- Manque total de visibilité sur la mise en application des 3€ qualité
- Aucune indication sur les modalités prévues pour traiter le complément nécessaire afin de couvrir le surcoût de l'avenant 43 en totalité.

Néanmoins, on constate la diminution des avances trimestrielles en conséquence des baisses d'activité subies en 2020, 2021 et 2022.

L'avenant 43 a un effet limité sur l'attractivité des métiers :

- Des rémunérations qui restent proches des plafonds des aides sociales pour les personnes ayant peu d'expérience ;
- Des salariés qui diminuent leurs heures de travail.

Pour les SAAD de la fonction publique territoriale, un décret a été publié au Journal Officiel le 28 avril 2022, prévoyant cette même revalorisation, mais aucune garantie de prise en charge par le Département n'est à ce jour confirmée.

A. Délai d'instruction des plans d'aide

En vertu de l'article L232-14 du CASF, le président du Conseil Départemental **dispose d'un délai de deux mois à compter de la date du dépôt du dossier de demande complet** pour notifier au bénéficiaire sa décision relative à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Au terme de ce délai, à défaut d'une notification, l'allocation personnalisée d'autonomie est réputée accordée **pour un montant forfaitaire fixé par décret, à compter de la date d'ouverture des droits**, jusqu'à ce que la décision expresse le concernant soit notifiée à l'intéressé.

Or, dans le Département du Nord, des délais de 4 mois sont parfois observés entre la date de dépôt complet d'une demande et l'émission d'une notification de décision par le Département. Aucune disposition relative à la mise en place d'un forfait APA transitoire n'est observée pour autant.

Ce délai de traitement, trop long au regard des situations des usagers, est également observé sur les demandes de révision d'un plan d'aide APA, même si des échanges avec l'EMS permettent dans certains cas d'accélérer le traitement. Dans le processus global d'instruction, il semble que l'étape de la planification d'une visite de l'EMS soit celle qui allonge le plus les délais d'instruction. **Une simplification de cette étape d'évaluation et d'instruction et davantage de confiance accordée aux Services d'aide à domicile permettrait d'intervenir auprès des personnes dans un délai beaucoup plus court.**

De l'évaluation unilatérale à un travail collaboratif

Processus d'évaluation

À la suite de la demande d'APA, une évaluation est faite par les équipes médico-sociales du Département au domicile.

Au cours de cette visite, l'équipe médico-sociale évalue la situation de la personne pour identifier ses besoins. L'équipe détermine ainsi son niveau de perte d'autonomie ([GIR](#)⁵) à partir de la [grille AGGIR](#)⁶.

L'équipe médico-sociale informe sur la prestation, le reste à charge, les moyens de paiement et les 3 modes d'interventions possibles : emploi direct, mandataire ou prestataires. Pour rappel, le principe fondamental demeure **le libre choix de la personne bénéficiaire de l'APA**.

Sur ces bases, elle élabore un plan d'aide en concertation avec la personne, en fonction du budget de l'utilisateur et du montant de prise en charge départemental arrêté. La détermination du montant global du reste à charge sera déterminant dans l'élaboration de la prise en charge finale.

La situation du proche aidant de la personne âgée peut également être abordée s'il le souhaite. L'objectif est d'identifier ses propres besoins et de l'informer sur les aides et

⁵ Le GIR (groupe iso-ressources) correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR. Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible. (source: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>)

⁶ La grille AGGIR est utilisée pour évaluer le niveau de perte d'autonomie d'une personne. À l'issue de l'évaluation, la personne se voit attribuer un GIR. En fonction de ce GIR, elle peut ou non bénéficier de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie). (source: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>)

dispositifs existants. Il est essentiel de replacer l'utilisateur au cœur du dispositif et de reformuler ses attentes.

Diagnostic d'efficacité

L'évaluation telle que définie actuellement comporte des limites

Limites inhérentes à l'organisation du Département :

- Les évaluateurs sont bien identifiés mais nécessairement associés à un secteur géographique et non à des dossiers nominatifs (plusieurs évaluateurs sur 1 dossier) ce qui crée de la confusion et entrave le suivi des dossiers.
- Selon les territoires, la politique menée n'est pas identique d'un évaluateur à l'autre : Les relations entre EMS/ SAAD et les fonctionnements peuvent être différents d'un territoire à un autre.
- Il existe des disparités de formations au sein des équipes médico-sociales : majorité de profils IDE avec des spécialités différentes pouvant avoir un impact sur le repérage des difficultés des usagers.

Limites inhérentes à la complexité administrative :

- Le processus d'instruction est lourd et complexe notamment dans l'acheminement du dossier (passage par plusieurs services) : dépôt, réception, programmation de la visite proposition plan d'aide, validation commission, notification.
- À la suite de la visite de l'EMS, la personne aidée reçoit un plan d'aide qu'elle doit accepter en renvoyant un coupon réponse au Département : pour des personnes dépendantes, il y a un risque d'incompréhension de cette démarche. En général, le passage de l'EMS au domicile acte pour la personne le fait de bénéficier de l'APA et ne pense donc pas à renvoyer son accord.

Limites inhérentes à l'explicitation des besoins des personnes :

- L'évaluation repose bien souvent **sur la seule parole de l'utilisateur demandeur** qui peut avoir tendance à minimiser les incapacités fonctionnelles auxquelles il est confronté ou à considérer que son entourage sera en mesure de l'aider. Il en résulte alors une appréciation faussée du girage et/ou des besoins à couvrir par le plan d'aide APA.
- Certains thèmes de la grille AGGIR sont abordés de manière restrictive. Par exemple sur l'alimentation, la capacité à se préparer un repas n'est pas évaluée en tant que telle.

- Les aspects de l'évaluation portant sur le répit, les aidants et l'aménagement du logement ne semblent pas abordés de façon systématique.

Limites inhérentes à l'environnement de la personne âgée :

- La méconnaissance du dossier du demandeur, de sa pathologie et/ou le déni par la personne âgée de sa perte d'autonomie.
- L'environnement de son lieu d'habitation :
 - o Interne : Mobilité dans le logement, accessibilité des équipements (cuisine, sanitaires)
 - o Externe : réside-t-il en ville, à proximité de commerces ou en milieu rural à distance des services et commerces ?
- Son contexte familial et social : a-t-il de la famille, des voisins, des amis pouvant lui prêter secours ou lui apporter de l'aide ?
- Ses ressources, l'état de son logement (appropriation du logement, vétuste, insalubre, etc.)

Ces critères d'appréciation ne sont pas pris en compte et par conséquent ne font pas partie de la grille d'évaluation or ils peuvent être des facteurs indirects de dépendance non intégrés et donc non valorisés dans les heures accordées dans le plan d'aide.

Limites inhérentes aux « imprévus » de la vie :

- Les incidents de la vie : une hospitalisation, une pathologie (grippe etc...), une chute, la maladie ou l'hospitalisation du proche aidant.
 - Ces événements affectent le degré de dépendance des usagers impliquant une intervention plus soutenue de nos services à ce moment précis de leurs vies
- Les aides ponctuelles : a contrario le besoin d'accompagnement de nos services peut être moindre lorsque la personne âgée s'absente quelques jours ou reçoit de la famille qui lui vient en aide.

Limites inhérentes à la modélisation des plans d'aide :

- Autres risques avérés : la fragmentation des plans d'aide. Les heures accordées sont très majoritairement articulées sur un principe de 3 interventions d'une demi-heure chacune réparties matin, midi et soir.

Ce découpage des aides pose une difficulté majeure quant à la qualité de service.

Comment faire dîner une personne âgée, la mettre en vêtement de nuit et la coucher en une demi-heure tout en veillant à la démarche qualité ?

De plus, ce découpage ne tient pas compte des habitudes de vie de nos usagers et implique une « modélisation » de notre accompagnement et par conséquent du quotidien de nos clients. Ces pratiques vont à l'encontre du respect des habitudes de vie des usagers et du projet personnalisé. En moyenne, les plans d'aide élaborés sont à 65% des plafonds prévus par la loi.

Propositions d'amélioration

De manière générale, il est essentiel qu'une relation de *confiance soit établie entre le Département et les SAAD*.

Nos services travaillent dans un objectif de qualité de service qui suppose plus de souplesse dans la gestion des plans d'aide afin d'ajuster les interventions aux besoins des usagers et des événements de la vie les impactant.

Dans une optique d'optimisation des moyens et d'amélioration de la qualité de la prise en charge, plusieurs perspectives d'évolution sont proposées :

- Une simplification des démarches administratives : un parcours identique quel que soit le territoire, un interlocuteur unique de proximité.
- Une qualité de service caractérisée par :
 - o des temps d'intervention adaptés aux besoins des personnes aidées,
 - o des personnels qualifiés,
 - o et un accompagnement assuré par un personnel identifié qui ne change pas toutes les semaines.
- La continuité des services notamment les week-end et lors des périodes de vacances
- Une aide aux aidants

Une évaluation plus globale du degré d'autonomie :

- Ne pas limiter le niveau dépendance au GIR de la personne et prendre en compte les besoins du bénéficiaire dans sa globalité en y intégrant les facteurs liés au logement, à la situation sociale (précarité, absence d'aidant, isolement), l'entourage familial, l'environnement, l'état de santé général et la spécificité de certaines maladies (pathologies cognitives, psychologiques, psychiatriques).

Simplification du processus d'établissement des plans d'aide :

- Simplifier la procédure de validation de la proposition du plan d'aide : valider tout de suite ou instaurer le principe qu'après réception du plan d'aide en l'absence de manifestation de l'usager, dans un délai de 10 jours, il s'agit d'un accord.
- Réception de la notification des plans d'aide par le prestataire par mail afin d'éviter les pertes de notification du plan par l'usager.

L'annualisation des plans d'aide :

- L'annualisation consiste dans l'attribution d'une enveloppe d'heures à « consommer sur l'année ». Cela permettrait plus de souplesse pour les services, dans le cadre d'interventions personnalisées, en prenant davantage en compte les besoins individuels des usagers.
- L'annualisation permettrait ainsi d'ajuster les interventions en fonction de l'état de santé et du besoin des bénéficiaires.

L'arrêt de la fragmentation des interventions de courte durée :

- Les plans d'aide sont, pour la plupart, conçus sur un format de 3 interventions réparties matin, midi et soir.
- Cette conception, lorsque les interventions sont d'une durée égale ou inférieure à 30 minutes, ne permet aucune souplesse, ni personnalisation du plan : Il serait judicieux de juxtaposer ces interventions à d'autres pour éviter des visites courtes impactant la qualité de vie au travail, la qualité des interventions, et les surcoûts pour les services (transport, inter-vacations).
- Il serait pertinent d'ajuster les heures et les temps d'intervention en fonction des besoins exprimés par les personnes âgées en respectant le plan d'aide, dans la limite des ressources humaines disponibles.

Prise en charge de l'aidant :

- En cas d'indisponibilité ponctuelle de l'aidant, il serait également important de pouvoir débloquer une enveloppe ponctuelle d'heures supplémentaires.
- De même, lorsqu'il y a dégradation de l'état de santé du conjoint-aidant, ou déménagement de l'enfant ou du voisin-aidant, il faudrait pouvoir réviser le plan d'aide immédiatement et ne pas attendre le passage de l'EMS.

Ajustement et révision des plans d'aide :

- Si le nombre d'heures s'avère insuffisant au regard de l'état de santé physique ou mental de la personne accompagnée qui se dégrade ; il serait pertinent de laisser la possibilité au SAAD d'ajuster et d'augmenter les interventions avec, au besoin, une évaluation a posteriori par les services du Département.
- Ces aides complémentaires feraient l'objet d'une demande officielle auprès des évaluateurs du Département et permettrait une prise en charge financière rétroactive.
- Pour exemples :
 - o Une procédure d'aggravation d'urgence a été mise en place durant le covid-19 : le SAAD saisit l'EMS par téléphone, effectue une évaluation à domicile et restitue le besoin à l'EMS.
 - o Le principe de l'APA d'Urgence transposé à la révision du plan d'aide.

L'APA d'Urgence

Si la situation de la personne **présente un caractère d'urgence d'ordre médical** ou social (modification de l'état de santé, de l'environnement social, ...), l'APA forfaitaire peut être attribuée en urgence et provisoirement (APAU).

Les dossiers d'APA d'urgence sont réalisés à 95% par les hôpitaux. Les SAAD ou CCAS peuvent mobiliser également le dispositif mais une note sociale doit être jointe.

Situation actuelle

Le caractère d'urgence est évalué par l'assistante sociale de l'hôpital et l'équipe soignante. Le service instructeur et le médecin du Département statuent dans un délai de 48h sur le caractère d'urgence mais ne déterminent pas de plan d'aide. La validation de l'APA d'urgence déclenche un forfait de 40H pour une durée de deux mois uniquement sur des prestations de gestes au corps, le temps que la demande d'APA classique se fasse. Les échanges avec le médecin départemental sont constructifs et la réactivité dans la mise en place de l'aide est satisfaisante. Toutefois, même si la demande d'APA classique est envoyée rapidement, le délai de bascule vers l'APA classique est trop long et l'utilisateur tarde à bénéficier d'un plan d'aides plus personnalisé.

Expérimentation

Une expérimentation concernant l'APA d'urgence est en cours sur certains territoires et interroge les têtes de réseaux qui n'ont pas été associées en amont de son déploiement.

Dans la phase expérimentale du nouveau dispositif, l'assistante sociale de l'hôpital ou le SAAD sollicitant le dispositif d'urgence, contacte l'EMS avant la sortie d'hospitalisation. Ils définissent conjointement un plan d'aide et recontactent le SAAD au besoin. La demande se fait via un formulaire d'APA classique complété de l'ensemble des pièces justificatives. L'instruction se fait en 5 jours maximum. Les responsables de SAAD sont sollicités pour réunir les pièces manquantes auprès de l'utilisateur. Si le dossier n'est pas complet au moment de l'instruction, notamment si l'avis d'imposition est manquant, un reste à charge de 90 % est appliqué à l'utilisateur dans l'attente des documents. Une régularisation rétroactive du ticket modérateur a lieu dès réception de l'avis d'imposition.

Plusieurs questions se posent

- L'APA accéléré vise à remplacer l'APA d'urgence par la mise en place dès le départ d'un véritable plan d'aide. Cependant, ce plan d'aide est alors mis en place sans visite à domicile préalable. Son contenu sera-t-il adapté à la situation des usagers ?
- Le délai de 5 jours et non plus 48h est-il approprié aux situations d'urgence pour les personnes qui n'ont pas d'aidants ? Passer d'un objectif de délai de traitement de 48h à 5 jours, est-ce une avancée pour traiter une situation d'urgence ?
- Le reste à charge ne va-t-il pas conduire les usagers à refuser l'aide malgré un besoin existant ?
- Pourquoi est-ce encore à la structure de porter le risque financier ?
- Pourquoi cette expérimentation est-elle mise en place sans concertation ?
- Un déploiement général est d'ores et déjà planifié, quel bilan intermédiaire de l'expérimentation initiale ?

Il est indispensable de faire confiance au responsable de secteur de la structure et instaurer une communication structure/EMS afin de valider un nouveau plan d'aide ou une enveloppe ponctuelle.

La nécessaire attractivité des métiers

Un enjeu fondamental

La population âgée ne fait que croître et nécessite donc une augmentation des besoins en ressources humaines pour répondre aux demandes d'aide à domicile et anticiper les arrêts maladie dû à la pénibilité des métiers et des départs en retraite des personnels vieillissants. Or, beaucoup de services d'aide à domicile font face à une pénurie de recrutement ne leur permettant pas de répondre à de nouvelles demandes ou de maintenir l'activité en cours. Le véritable enjeu est donc de donner envie aux jeunes de se diriger vers ces métiers et d'y rester.

L'évolution des profils de personnes accompagnées nécessite l'acquisition de nouveaux savoir-faire tant au niveau du cursus initial qu'en cours d'emploi ainsi qu'une réflexion sur les modalités de transmission de ces nouvelles compétences.

Plusieurs leviers peuvent contribuer à l'attractivité des métiers du domicile tels que :

- Les nouveaux modes d'organisation plus autonomes s'adressant aux salariés formés ou expérimentés,
- L'amélioration des conditions salariales,
- L'arrêt de la fragmentation des interventions,
- La proposition d'un accompagnement durant l'emploi (ergothérapeutes et psychologues, réunions d'équipe, supervisions, perspectives d'évolution de parcours, valoriser les métiers et changer le regard sur les métiers du grand âge).

L'organisation des services

Le Conseil Départemental souhaite orienter les organisations des SAAD au travers d'appels à projets. Ces derniers ont pour objectif de tendre vers une organisation autonome de type Buurtzorg⁷, dans l'optique de réaliser des économies d'échelle.

Des inquiétudes sont émises quant à cette stratégie incitatrice :

- Comment tendre vers ce modèle en prenant en compte les disparités historiques d'identité, des territoires, etc.?
- L'organisation des structures présuppose une maîtrise des concepts, est-ce bien le cas ?
- Les structures déjà avancées dans ces modèles se voient refuser les soutiens financiers au prétexte qu'elles sont déjà avancées. La stratégie ne pourrait-elle pas d'être d'accompagner ces pionniers pour conforter la méthode ?
- Quels sont les critères d'attribution des appels à projet et comment sont-ils définis ?
- Les financements étant ponctuels, comment garantir les effets à long terme ?

⁷ L'organisation inspirée de Buurtzorg repose sur quatre principes : une approche holistique (qui regroupe tous les types de prestations à effectuer) du patient et des prestations; chaque professionnelle est donc une généraliste, capable d'effectuer les différentes prestations requises.

Les SAAD sont des acteurs du lien qui doivent faire face depuis une décennie à la mutation de notre société. Toutes les structures remettent en perspective leur modèle. Chaque structure cherche à préserver son libre choix managérial. A l'heure du numérique, de la quête de sens, d'un rapport différencié au travail, les organisations deviennent plus souples, plus ouvertes, se tournent vers l'horizontalité. Transférer nos modèles descendants vers un nouveau dogme ne nous semble pas pertinent.

Sur le terrain, la mutation est en cours pour certaines structures. Elle va plus vite que les appels à projets. Cette méthode de financement à la prime n'est pas compatible avec les modes opératoires des SAAD. Les structures ne disposent pas suffisamment de temps mobilisable pour coordonner, elles ne peuvent donc pas s'organiser pour répondre aux appels à projets.

Si les services étaient rémunérés correctement à la hauteur de leurs charges, leurs organisations pourraient évoluer de manière autonome et organique. Comment comprendre l'injonction faite de faire migrer nos services vers plus d'autonomie et en même temps d'inscrire cela vers plus de dépendance financière des organisations ? D'autant que les organisations de type autonomes sont coûteuses en temps : doublement des heures non productives.

La qualité de vie au travail

La qualité de vie au travail repose sur une organisation adaptée et une prévention des risques solides. Conscients que des salariés bien dans leur mission favorisent la qualité de la prestation, développer la meilleure qualité de vie possible est une préoccupation majeure des acteurs du domicile.

Le secteur du domicile a un taux et une fréquence d'accident de travail supérieurs au secteur du BTP.

Les causes :

- Rythme des interventions : fractionnement, tarification à l'heure
- Absence de financement des temps de coordination, de supervision, de formation, de prévention
- Salariés précaires : transport, état de santé général
- Travailleurs isolés

La qualité de vie au travail repose aussi sur le sentiment d'appartenance, la relation avec les collègues, l'esprit d'équipe, le soutien mutuel.

La structuration de la réponse dans le cadre de l'APA et de la PCH ne permet pas cela. Les structures sont dans l'incapacité financière de porter ces temps.

La formation

La formation aux diplômes pour exercer sur le secteur du domicile repose sur des standards obsolètes. En effet, **les métiers nécessitent des apprentissages de terrain, entre pairs. Pour la mise en place des formations, le secteur se heurte à un déficit croissant de candidats.**

Les structures sont prises en étau au sein d'une double injonction : remettre à l'emploi et proposer des prestations de qualité. Le vecteur de transformation est la formation. Aucun organisme de formation ne semble prendre la mesure de l'enjeu de la refonte des méthodologies de validation des compétences.

Il apparaît nécessaire que ce métier et son contexte ne peuvent pas faire l'objet d'apprentissage uniquement en appartements pédagogiques. Sur les 400h environ de la formation pour l'obtention du titre, seules 70h sont passées sur le terrain, en stage.

La région Hauts de France travaille à la création d'un HUB SAAD. Celui-ci ne doit pas uniquement reprendre les anciennes méthodes dans un habillage différent, mais tenir compte de ces enjeux.

Développer l'attractivité, c'est possible !

Philosophie à développer

Rendre ce secteur attractif, c'est rendre les conditions d'exercice attractives et non plus de l'ordre du sacerdoce. Pour cela il faut :

- Mettre en œuvre une organisation du travail qui respecte les rythmes des bénéficiaires et les intérêts des salariés,
- Mettre en œuvre une vraie stratégie de qualité de vie au travail qui repose sur plus d'échanges, d'accompagnement, de prévention, de lien et de respect
- Mettre en place une politique de montée en compétences qui ne soit pas qu'à destination des chercheurs d'emploi, qui repose sur le compagnonnage (alternance, stage long), qui valorise les compétences des tuteurs et des formateurs terrain
- Mettre en place une évolution financière proposant une rémunération juste
- Mettre en place une politique de valorisation reposant sur la perspective de sa place l'écosystème structurel de nos sociétés (sens, création de valeur, proximité, service...)

Moyens à mettre en œuvre

Temps de coordination, réunion et de supervision

Moyens humains :

- Réflexion à mener sur la fonction de coordination : régulation planning et/ou coach équipe (Analyses pratiques, capitalisation des bonnes pratiques, pratiques d'usage, pair aidance)
- Réflexion sur les services et fonctions supports étayage à apporter sur le processus de prise en charge : évaluation des besoins, plan d'aide, mise en situation, prise de fonction, relais, management, feed-back sur les interventions, ajustements
- Actions préventives : vision anticipatrice pour éviter les dérives et les problématiques

Moyens techniques/matériels :

- Espace dédié : ergonomie des lieux, convivialité, espace détente
- Supports pédagogiques : centre ressources, bibliothèques, plateforme vidéos (cahier CNSA, HAS, documentaires, etc.), fiches techniques coproduites avec les salariés
- Analyse pratiques pro en intra-structure

Moyens financiers :

- Reconnaissance par le tarificateur de ces temps « non-présentiels », pourtant indispensables à la qualification des pratiques professionnelles : compensation par forfait global annuel ou meilleur tarif horaire englobant ces temps

Les temps de coordination doivent permettre des ajustements entre les compétences des professionnels, « zone de maîtrise » et les besoins des bénéficiaires ; éviter les zones d'inconfort, permettre les zones de sécurité, d'appétence : le salarié pourra s'exprimer sur les tâches où il est le plus à l'aise.

Temps d'intégration

Moyens humains :

- Protocole : visite entreprise, accueil, histoire & culture de la structure : sentiment d'appartenance
- Système de référent/ tutorat / Formation des tuteurs/référents

Mettre en sécurité le salarié, éviter les erreurs de « castings »

Moyens financiers :

- Reconnaissance par le tarificateur de ces temps, pourtant indispensables à la qualification des pratiques professionnelles : compensation par forfait global annuel ou meilleur tarif horaire englobant ces temps

Temps de formation

- Formations sur les spécialités (gérontopsy, diogène, handicap, etc.)

Moyens techniques/matériels :

- Mobiliser les moyens existants au niveau des OPCO, CNSA
- Intra-formation pour réduire le coût
- Hub'formation / service formation internalisé
- Maintenir les compétences professionnelles, en acquérir, adaptation dans le poste, répondre à l'évolution des métiers et des besoins

Développement de la Qualité de Vie au Travail

Moyens humains :

- Travailler avec les parties prenantes : coresponsabilité de l'amélioration des bonnes pratiques des salariés
- Reconnaissance et valorisation des salariés, non uniquement pécuniaire : prise d'initiative, valorisation bonnes pratiques, participation active à la démarche qualité

Moyens techniques/matériels :

- Outils pédagogiques
- Formation
- Accompagnement (exemple : nommer un responsable qualité)

Moyens financiers :

Reconnaissance par le tarificateur de ces temps, pourtant indispensables à la qualification des pratiques professionnelles : compensation par forfait global annuel ou meilleur tarif horaire englobant ces temps.

Les constituants du Modèle économique

Simulation de la répercussion des taux directeurs sur le montant de prise en charge

La détarification des services d'aide à domicile depuis 2017 a pour conséquence l'absence de compensation des augmentations de charges qui s'imposent aux structures.

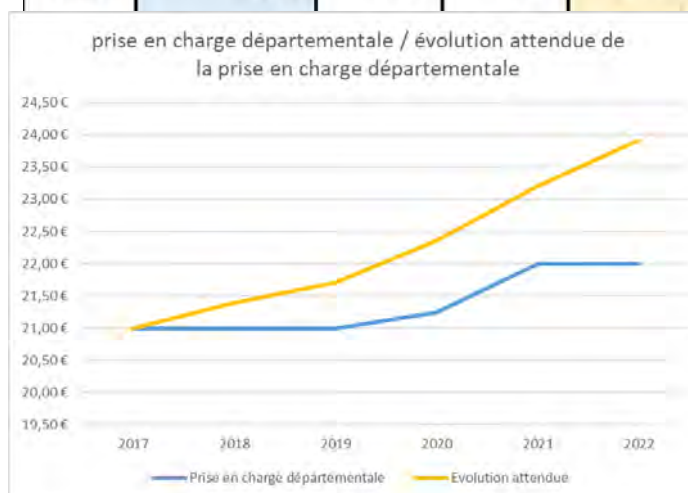
En revanche, les charges des SAAD ont considérablement augmenté.

Cela s'illustre notamment par la progression des taux directeurs fixés par les ministères, qui imposent le taux d'évolution maximum annuel des prix des prestations de services d'aide et d'accompagnement à domicile non habilités à l'aide sociale. Il s'agit de prendre en considération ces surcoûts lorsque les services n'ont pas cette prise en charge dans un tarif déterminé avec le Département dans le cadre d'un dialogue de gestion.

	Prise en charge départementale	Taux directeur	Evolution probable	Evolution attendue
2017	21,00 €			21,00 €
2018	21,00 €	1,90%	0,40 €	21,40 €
2019	21,00 €	1,42%	0,30 €	21,70 €
2020	21,25 €	3,00%	0,65 €	22,35 €
2021	22,00 €	3,80%	0,85 €	23,20 €
2022	22,00 €	3,05%	0,71 €	23,91 €

Répercussion des taux directeurs sur le montant de prise en charge départemental.

Le montant de prise en charge devrait a minima être aujourd'hui à 23,91€, et cela sans tenir compte de l'impact de l'Avenant 43

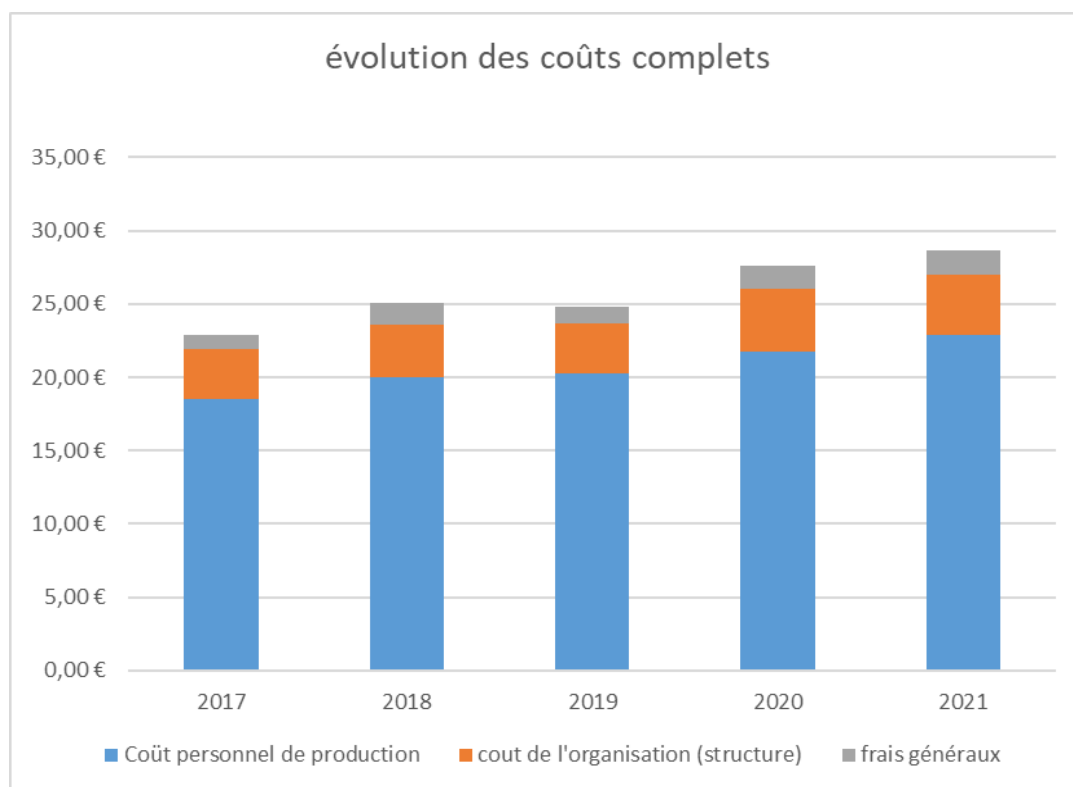


Le montant de prise en charge aurait dû tenir compte des évolutions des dépenses reprises pour la publication du taux directeur

Les coûts complets

Le coût complet se compose de la manière suivante :

Personnel de terrain	80%
Personnel structure	15%
Frais généraux	5%



Coût personnel de production

Le « coût personnel de production », qui correspond au coût représenté par **les salariés de terrain, représente 80% des coûts de personnel**. Pour cette raison, il ne nous apparaît pas pertinent d'espérer effectuer des économies d'échelle par le jeu du regroupement de petits services. D'une manière générale, l'allègement des **coûts de l'organisation et frais généraux** ne permettra pas à une structure en difficultés économiques de réaliser d'importantes économies puisque cela ne représente que **20% des coûts de personnel**.

Coût des déplacements

Le coût total des déplacements représente 7% du coût complet et 8% du tarif moyen. Nb : l'étude repose sur des informations d'avant la crise pétrolière.

Impact de l'avenant 43

La compensation attribuée par le Département du Nord, tenant compte des règles éditées par la CNSA, ne couvre pas l'intégralité de l'avenant 43. Par ailleurs, pour le Département, les éléments retenus pour l'estimation sont incertains notamment en raison de l'absence d'analyse des comptes administratifs des SAAD (non-respect du CASF). Du côté des SAAD,

l'estimation du coût réel est rendue compliquée de par l'impact proportionnel sur les réductions de charge « loi Fillon » et sur la taxe sur les salaires.

3€/heure complémentaires sont prévus dans le PLFSS au titre d'une « dotation qualité » qui serait versée au SAAD retenus dans le cadre d'un appel à projets. Pour entrer dans ce dispositif, le Département devra en faire la demande auprès de la CNSA et reverser la dotation aux structures.

Dimanche et Jours fériés et astreintes

On constate une forte évolution des heures réalisées les dimanches et jours fériés compte tenu de la progression, dans les plans d'aide, des aides directes (toilettes) : 39% des heures sont des heures indispensables aussi le week-end.

Le coût brut chargé des dimanches et jours fériés à évolué de 6,19% en 2021. En 2022, cette progression, avec l'impact avenant 43 sera très forte.

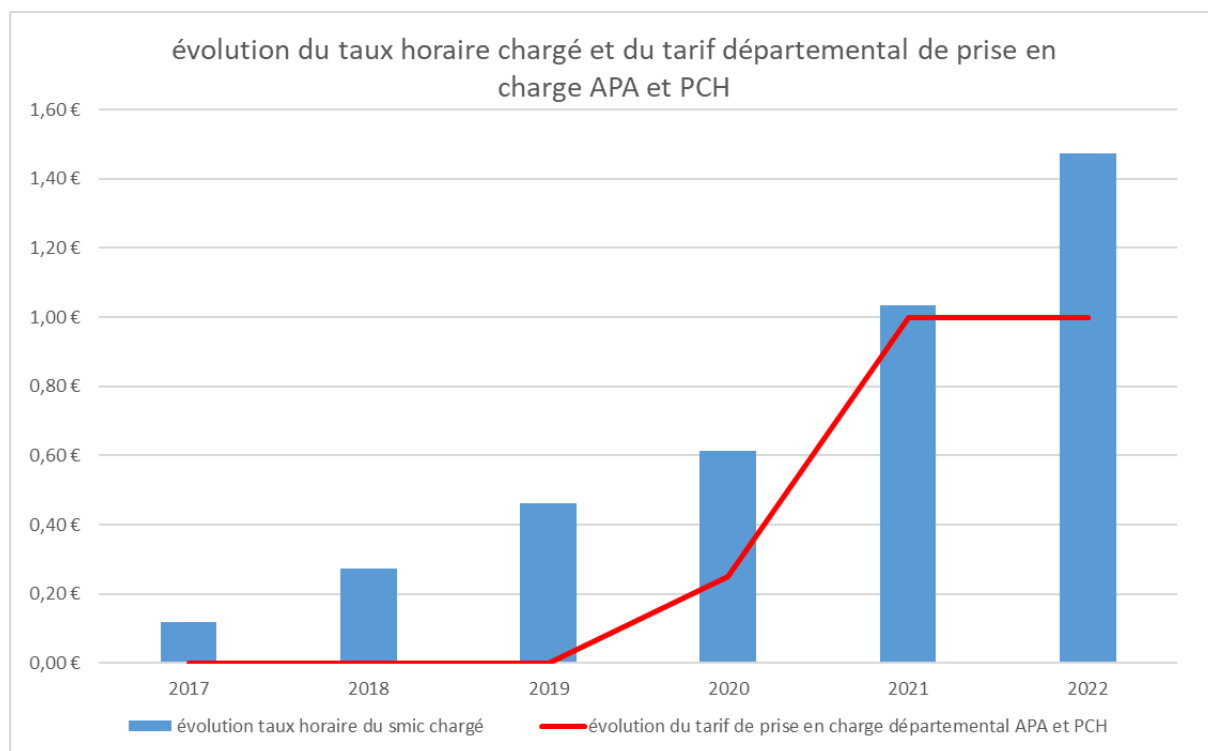
Les impacts de la fragmentation

Dans le montant de prise en charge départemental fixé à 22 € de l'heure, la décomposition de la durée s'effectue de la manière suivante :

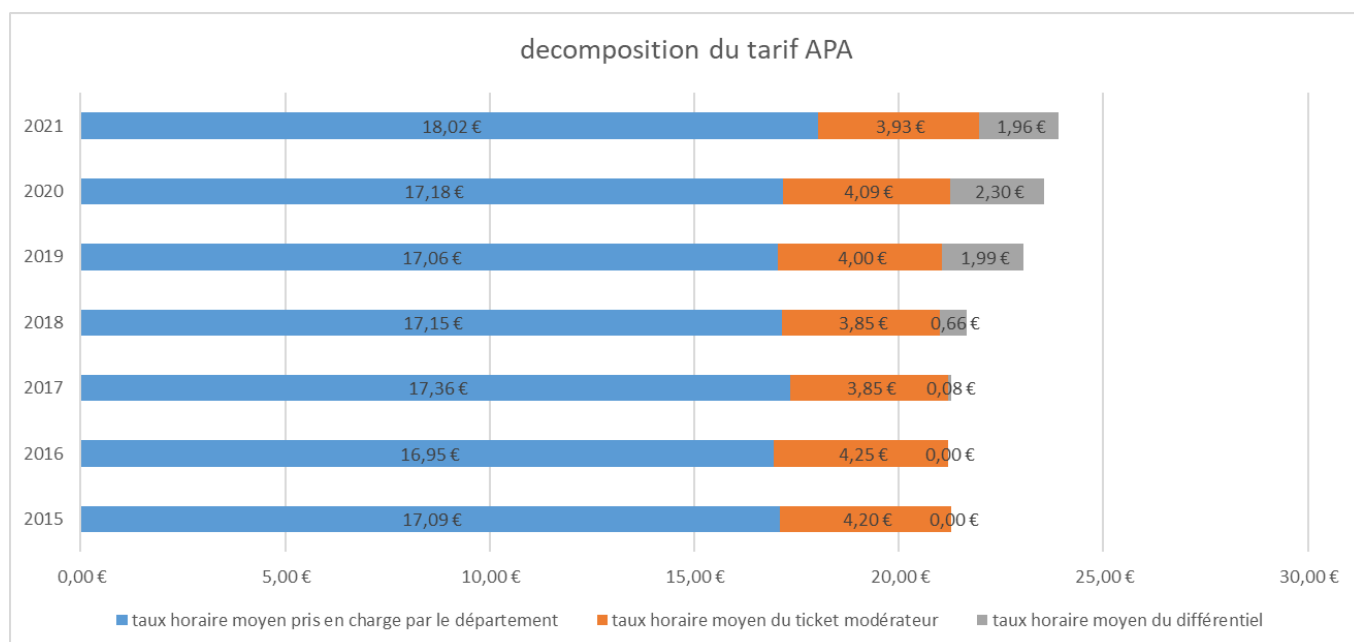
- 48 mn de prestations en face à face
- 12 mn de déplacements

Les prestations inférieures à 1h nécessitent les mêmes déplacements que lorsque les prestations sont plus longues. La couverture financière des frais de trajet nécessaires à la réalisation de ces prestations représente un surcoût de 4,40€.

Les impacts de l'inflation : répercussions sur le SMIC



Un montant de prise en charge de l'APA qui n'est à la charge du Département **qu'à hauteur de 18€ de l'heure environ**, le reste étant à la charge du bénéficiaire, payant un ticket modérateur.

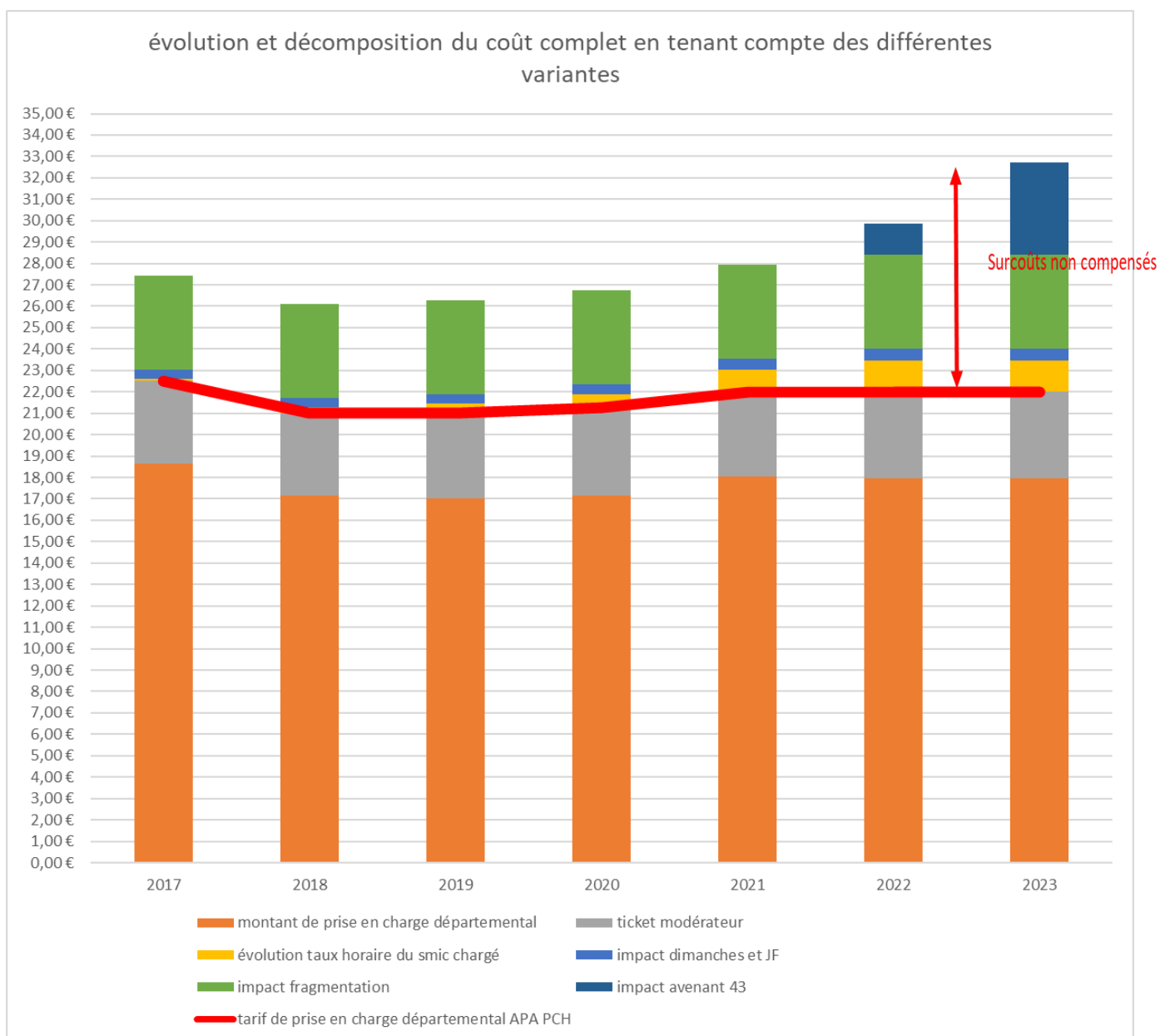


L'évolution des coûts complets à l'épreuve de l'évolution du montant de prise en charge APA

Le graphique ci-dessous illustre le décrochage entre le montant de prise en charge horaire du Département du Nord et les coûts supportés par les SAAD.

Le montant de prise en charge départemental correspond aux parties cumulées en orange et gris, à ce jour 22€ comprenant le financement du Département et la part payée par l'utilisateur – ticket modérateur. **Il s'agit de ce fait d'un abus de langage du Département lorsqu'il indique financer l'APA à hauteur de 22€ / heure.**

Nous pouvons constater que les évolutions du SMIC, les surcoûts générés par les interventions dimanche et jours fériés, la fragmentation des interventions, et l'avenant 43 viennent alourdir les charges des services et ne sont pas compris dans le montant de prise en charge, qui reste fixe.



Frais de déplacement : 0,54 €/h	Temps de trajet : 1,47 €/h
Dimanches et jours fériés : 0,55 €/h	Fragmentation : 4,40 €/h
Avenant 43 : 4,31€/h	

Les différents modèles économiques possibles

HYPOTHÈSE I : Financement des SAAD en application du CASF

La loi prévoit un financement selon 3 modalités possibles :

- Un tarif horaire ;
- Une dotation globale de financement ;
- Un financement alloué dans le cadre d'un CPOM – contrat pluriannuel d'objectif et de moyens.

Un tarif global prenant en compte toutes les charges de la structure

Le Département applique les règles du CASF, ce qui signifie :

Méthode :

- Dépôt d'un budget annuel, dialogue de gestion avec les SAAD, reprise de déficits

Impacts :

- ✓ Evolution du montant de prise en charge horaire APA/PCH, indexé sur les évolutions du SMIC
- ✓ Prise en charge de l'impact Dimanche et Jours Fériés par le tarif global
- ✓ Prise en charge de l'impact de la fragmentation par le tarif global
- ✓ Prise en charge de l'impact de l'avenant 43 par le tarif global

Limites :

En raison de la détermination d'un tarif global, il y aura une augmentation du ticket modérateur et une baisse du volume dans les plans d'aide si aucune révision du plafond (loi)

Option : déterminer des tarifs spécifiques dimanches et jours fériés.

Pilotage par dotation annuelle avec volume prévisionnel

La loi prévoit la possibilité pour les Départements de déterminer une dotation globale sur la base d'un nombre d'heures prévisionnel.

Un montant de prise en charge horaire complété par un CPOM prenant en charge les surcoûts complémentaires

Le Département conserve un montant de prise en charge unique, qu'il complète avec un CPOM pour les surcoûts non compensés.

Ce montant de prise en charge doit être évolutif, donc **indexé sur le SMIC**.

Méthode :

- Montant de prise en charge unique : Identique pour tous les SAAD, indexée sur le SMIC
- CPOM complémentaire : pour les variables, calculées au réel

Impacts :

- ✓ Evolution du montant de prise en charge horaire APA/PCH indexé sur les évolutions du SMIC
- ✓ Prise en charge de l'impact dimanche et jours fériés : par le CPOM
- ✓ Prise en charge de l'impact de la fragmentation : par le CPOM
- ✓ Prise en charge de l'impact de l'avenant 43 : par le CPOM

HYPOTHÈSE 2 : Financement des SAAD, en dehors des règles du CASF mais assurant la viabilité économique des structures

Impacts :

- ✓ Evolution du montant de prise en charge horaire APA/PCH indexé sur les évolutions du SMIC
- ✓ Prise en charge de l'impact dimanche et jours fériés : augmentation de tarifs propres à la structure
- ✓ Prise en charge de l'impact de la fragmentation : augmentation de tarifs propres à la structure
- ✓ Prise en charge de l'impact de l'avenant 43 : augmentation de tarifs propres à la structure

HYPOTHÈSE 3 : hypothèse non préconisée : augmentation du reste à charge des usagers

Nous ne préconisons pas l'augmentation par l'utilisateur de sa part dépendance.

Il convient de rappeler que :

- La loi ASV a fixé pour objectif la réduction du reste à charge ;
- Le Département du nord s'est engagé dans un Plan pauvreté ;
- Les ménages français subissent les conséquences de la guerre en Ukraine et de la désorganisation liée à la crise Covid-19 avec une inflation considérable. La capacité de financement des ménages va continuer de se détériorer très

rapidement. Cela est d'autant plus préoccupant que les personnes âgées sont déjà souvent en précarité⁸. Dans le Nord, la réforme de la politique tarifaire mise en œuvre courant 2017 a conduit à alourdir la prise en charge de la dépendance à domicile par l'usager poussant ce dernier à la non-consommation et la limitation des interventions notamment les dimanches et les jours fériés au détriment de réels besoins. La personne aidée disposant de faibles ressources ne peut s'engager à faire l'avance des frais de la prise en charge de sa dépendance.

Synthèse

OPTION	APPLICATION DU CASF								HORS CASF		
	Détermination d'un tarif	Dotation globale				Tarification et CPOM			Mise en place d'un différentiel		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Impact avenant 43	✓	✓				CPOM	CPOM	CPOM	Différentiel	CPOM	
Impact fragmentation	✓	✓	✓			✓	CPOM	CPOM	Différentiel	Différentiel	
Impact dimanches et jours fériés	✓	✓	✓	✓		✓	✓	CPOM	Différentiel	Différentiel	
Evolution SMIC	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Ticket modérateur	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Prise en charge départementale	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Commentaires	Volume d'heures des plans d'aide à la baisse en raison des plafonds (GIR)	Détermination du volume à prendre en compte et du montant de prise en charge départementale				Possibilité de déterminer des tarifs différenciés semaine-jours fériés et établissement dans un CPOM			Détermination d'un montant de prise en charge départementale et d'un tarif structure avec application d'un différentiel	Détermination d'un montant de prise en charge départementale, d'un CPOM et d'un tarif structure avec application d'un différentiel	

Détermination d'un montant de prise en charge départementale

A terme, il conviendrait de remplacer la facturation à l'heure par un modèle de facturation à la prestation, voire par une dotation annuelle.

Il est nécessaire d'ajouter à ces raisonnements la dotation qualité de 3€ dont on ne connaît pas à date la configuration. L'enveloppe dédiée au Département du Nord sera une information déterminante pour analyser l'impact de cette dotation complémentaire sur la situation économique des SAAD.

⁸ D'après une étude INSEE, les seniors sur la Métropole Européenne de Lille bénéficient de ressources moins importantes que ceux de France métropolitaine. En 2013, leur revenu disponible médian est d'environ 20 300 euros annuels, soit inférieur de 800 euros à celui des seniors de France métropolitaine. Le taux de pauvreté est de 0,9 point supérieur à celui de la France métropolitaine (9,4 % contre 8,5 %).

Conclusions

Ce travail met en exergue la fragilité économique du secteur de l'aide à domicile. Cette situation ne permet pas aux SAAD de développer des actions innovantes et/ou pérennes en faveur des bénéficiaires, ni de proposer une réelle qualité de vie au travail pour les salariés.

Depuis toujours, les salariés du secteur du domicile, tant en termes de rémunération que de valorisation, ont été une variable d'ajustement d'un secteur qui n'a jamais pu bénéficier d'un modèle de financement acceptable.

Cette fragilité a été renforcée par la crise sanitaire traversée. Celle-ci a une nouvelle fois cristallisé les freins structurels de ce secteur, que ce soit en termes de gouvernance comme de modèle de financement avec :

- Des tarifs de référence départementaux inférieurs au coût de revient ;
- Une perte substantielle de recettes pour la totalité des SAAD, pertes de recettes au titre des activités d'assistance APA/PCH mais également des autres activités (caisses de retraite, services ménagers aux particuliers, etc.) que la compensation prévue par décret n'a pu totalement absorber ;
- Une non-identification des SAAD par les ARS, qui a démontré les limites du « silotage » entre le médico-social et le sanitaire.

Concernant la reprise de l'activité des SAAD, ces derniers sont confrontés à des difficultés croissantes en matière de recrutement. En effet, de nombreuses prestations ne peuvent être assurées faute d'intervenants.

Les fédérations ont été sollicitées sur cette mission d'information et d'évaluation de l'APA et remercient le Département du Nord de les avoir mobilisées et concertées sur le sujet. Elle a permis de faire émerger un collectif de représentants des Services à Domicile publics, associatifs, commerciaux, qui a pu faire un état des lieux de l'organisation, évaluation et coordination de l'APA, de son modèle économique et proposer des perspectives et préconisations d'évolution.

L'ensemble des fédérations souhaite poursuivre cette dynamique d'échanges et de concertation avec un interlocuteur unique et de continuer à se réunir sur les avancées du plan d'actions à mettre en œuvre et suivre les recommandations par le biais d'un comité de suivi technique.

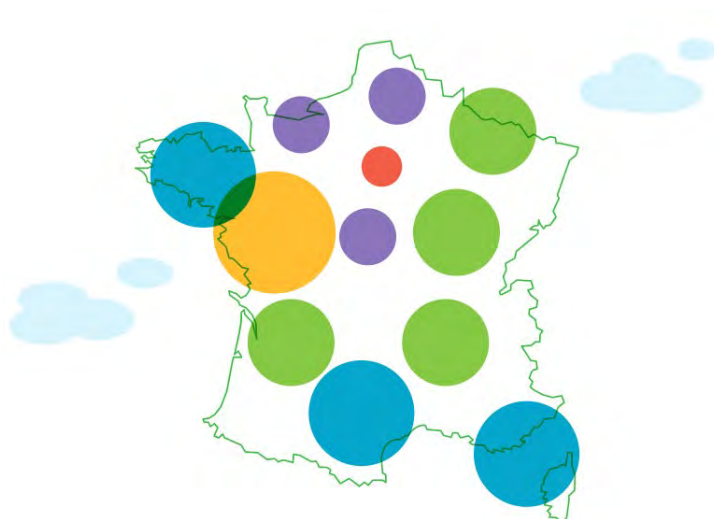
Annexes – Présentation des fédérations rédactrices de la restitution



L'ADMR est un réseau d'associations ayant pour objectifs :

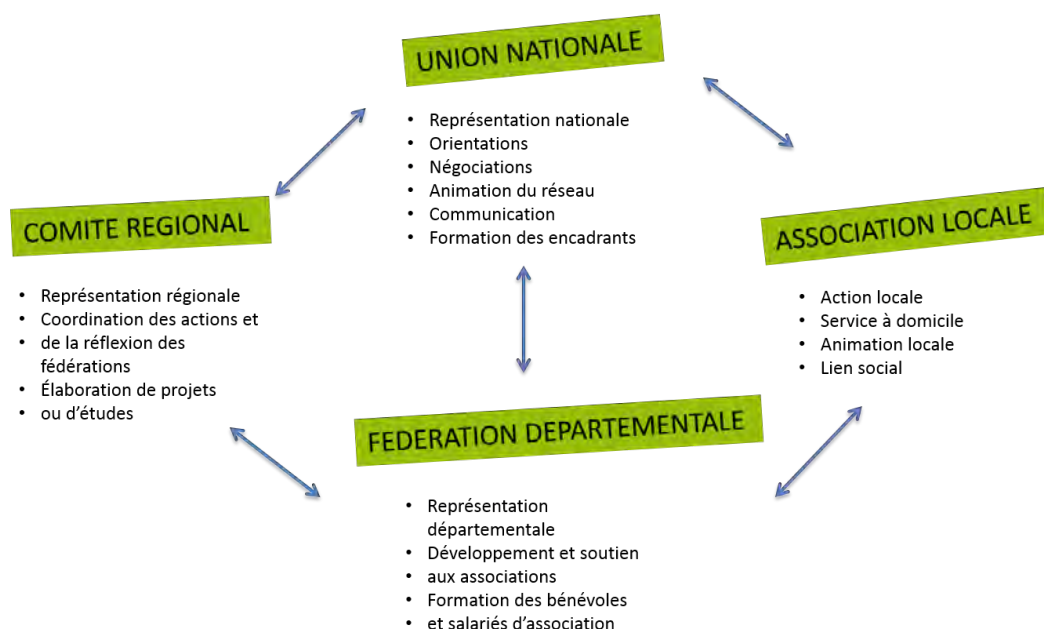
- De **créer et développer des services à domicile** pour répondre aux attentes de l'ensemble de la population, de la naissance à la fin de vie
- De **favoriser** la création de **lien social**.
- De participer à l'**animation locale**.
- Contribuer à la **création d'emplois** qualifiés et durables.

➤ Au niveau national



L'ADMR est le premier réseau associatif français de services aux personnes. L'ADMR compte **2 700 associations locales** et **87 fédérations départementales** réparties sur l'ensemble du territoire français.

L'ADMR se caractérise par la force d'un réseau intégré, c'est-à-dire, un maillage de l'ensemble du territoire à travers des associations locales à taille humaine. Ce modèle de réseau intégré est composé de différents niveaux.



➤ Au niveau départemental

Depuis plus de 70 ans, l'ADMR du Nord œuvre dans les domaines suivants :



**ENFANCE
ET
PARENTALITÉ**



**ACCOMPAGNEMENT
DU
HANDICAP**



**SERVICES
ET SOINS
AUX
SÉNIORS**

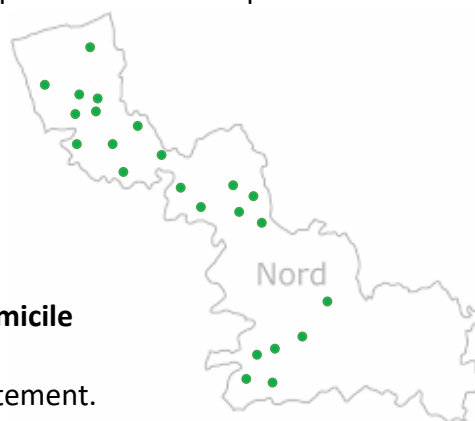


**ENTRETIEN
DE LA
MAISON**

Ces activités sont gérées par **26 associations locales, dont 2 Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), et une Fédération** départementale présentes sur le département du Nord, qui :

- Rassemblent 1350 adhérents ;
- Sont gérées par 200 bénévoles ;
- Emploient 1200 salariés ;
- Interviennent auprès de 5 500 usagers.

En 2021, près de **710 000 heures d'intervention à domicile** ont été réalisées dans **415 communes** de notre département.



La fédération a pour mission de mutualiser l'ensemble des fonctions supports pour les associations adhérentes :

Parmi ses missions :

- Elaboration de la paie et de la facturation
- Tenue de la comptabilité, établissement des bilans
- Gestion et déploiement des outils informatiques et systèmes d'information
- Accompagnement en matière de ressources humaines
- Soutien au pilotage et au développement d'activité
- Interface avec les financeurs (autorisation unique)

La fédération ADMR du Nord est présidée par Dominique Grave et dirigée par Octavie Gorlier

FEDERATION ADMR NORD

3 allée du progrès | 59320 Englos

Tel : 03 28 48 95 44

www.fede59.admr.org | contact@fede59.admr.org



Membre du MEDEF, la FESP est reconnue par l'État comme la première Fédération professionnelle, en nombre d'entreprises et de salariés, dans la branche des entreprises de services à la personne en France. Elle a pour missions de défendre et représenter les intérêts des entreprises de SAP, les accompagner et les informer. Depuis 1996, elle est l'interlocutrice privilégiée des pouvoirs publics et des partenaires sociaux pour toute évolution légale, réglementaire et législative, sur l'ensemble des vingt-trois activités du secteur. La FESP est à l'origine du dispositif d'avance immédiate qui sera mis en place en 2022. Elle fête cette année son 25e anniversaire.

+ 1re Fédération représentative en France des structures entrepreneuriales de SAP + une Fédération généraliste : la FESP est la maison commune des services à la personne. Tous les métiers et tous les modes d'intervention sont représentés et défendus sur tout le territoire, en métropole et en Outre-Mer.



La Fédération en chiffres



1^{re} Fédération représentative en France des structures entrepreneuriales de SAP depuis 1996
Plus de 3000 structures de proximité implantées sur l'ensemble du territoire national
Plus de 20 000 salarié(e)s/an formés à tous les métiers du secteur.



PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION

Créé en juin 2001, le SYNERPA est la 1^{ère} Confédération du Parcours de la Personne âgée. Il regroupe les principaux acteurs privés français des EHPAD (Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), des Résidences Services Seniors (RSS) avec le SYNERPA RSS et des Services d'Aide et de Soins à Domicile avec le SYNERPA Domicile.

Le SYNERPA rassemble 2 800 adhérents dont 1 900 EHPAD, 200 RSS, 700 agences d'aide et de soins à domicile et 110 établissements thermaux, soit plus de 270 000 personnes hébergées et aidées et 140 000 salariés.

Le SYNERPA est un syndicat d'employeurs signataire de 2 conventions collectives et un partenaire social représentatif au sein de :

La Branche de l'Hospitalisation Privée

La Branche des Entreprises de Services à la Personne

Quelques membres de référence : Domicile : ADHAP, Domidom, Onela, Seniors Compagnie, Domusvi Domicile, Floralys, AMF-AD

Zoom sur les adhérents SYNERPA en Hauts-de-France et le Nord :

Dans les Hauts de France 121 EHPAD, 63 SAAD, 23 RSS

Dans le Nord 48 EHPAD, 23 SAAD, 11 RSS



Créée en 2002, l'Union Départementale des CCAS du Nord, présidée par Martial Beyaert, Maire de Grande-Synthe, compte 204 CCAS/CIAS adhérents et couvre 80% de la population du Nord. Près de la moitié des adhérents représentent des villes de moins de 5 000 habitants et 97% des villes du Nord de plus de 10 000 habitants adhèrent à l'association.

Une équipe de 4 salariés œuvrent au sein de l'association pour animer le réseau et accompagner les adhérents.

Les missions générales de l'association consistent à faire vivre un réseau de 204 adhérents, et notamment à :

- **(In)Former les CCAS/CIAS**, les élus, les techniciens, pour assurer un accueil, un accompagnement, une coordination de qualité pour tous les nordistes.
- **Représenter les CCAS/CIAS** auprès des institutions et des partenaires.
- **Sensibiliser les CCAS/CIAS aux enjeux actuels et futurs.**
- **Accompagner les CCAS/CIAS** à une meilleure appropriation des politiques sociales.
- **Conseiller les CCAS/CIAS** lors de la mise en place de projets innovants.
- **Favoriser le partage d'expériences** et les valoriser pour que chacun puisse s'inspirer de l'autre.
- **Déployer des partenariats structurés et actualisés.**

Les CCAS/CIAS adhérents, qu'ils soient situés en milieu rural ou urbain, **mettent en place une politique sociale à destination des seniors**, notamment par **des actions de lutte contre l'isolement et de promotion du lien social**. Certains gèrent également des ESSMS :

- 36 CCAS/CIAS adhérents gèrent une ou plusieurs résidences autonomie
- **19 CCAS/CIAS adhérents gèrent un ou plusieurs EHPAD**
- 20 CCAS/CIAS adhérents gèrent un SSIAD
- **29 CCAS/CIAS adhérents gèrent un SAAD**

UDCCAS du Nord
Immeuble « les Caryatides », 24 Bd Carnot, Lille
09.81.75.80.30 - www.udccas59.fr



L'Aide à Domicile, la solution incontournable pour la prise en charge de nos aînés

Prise en charge de **20 000 personnes par an** dont :

- 7 000 personnes bénéficiaires de l'APA
- 1 500 personnes bénéficiaires de la PCH



4 000 salariés de l'Aide à Domicile dans le Nord

⇒ **Typologie :**

- 92 % de femmes
- 15 % de salariés diplômés (DEAVS, DEAS)

⇒ **Un fort besoin en recrutement :**

- En moyenne 88 heures / mois
- Pérennité de l'emploi

⇒ **RSA :**

- Des structures engagées dans la politique de retour à l'emploi

ACTUALITÉS DU RÉSEAU



- ⇒ Avenant 43 : Financement 2022 et années suivantes ;
- ⇒ Dotation qualité de 3€ aux SAAD prenant en charge l'APA, la PCH et l'aide sociale ;
- ⇒ Évolution de l'impact des plans d'aide sur les usagers et les SAAD.

Pour quelles thématiques pouvez-vous nous solliciter ?



- ✓ Le financement de l'aide à domicile pour les structures privées non lucratives
- ✓ Le rôle de nos services dans la prise en charge de la dépendance à domicile
- ✓ La fonction d'employeur du secteur de l'Aide à Domicile



Représentation départementale de la fédération nationale UNA.

Nos coordonnées :

Jean-Pierre THOOF, Président

Hélène LEMAIRE, Directrice de UNA Nord

☎ 06 77 02 47 84 @ hlemaire@una-nord.fr



26

STRUCTURES ADHÉRENTES



17

Services d'Aide à Domicile (SAAD)



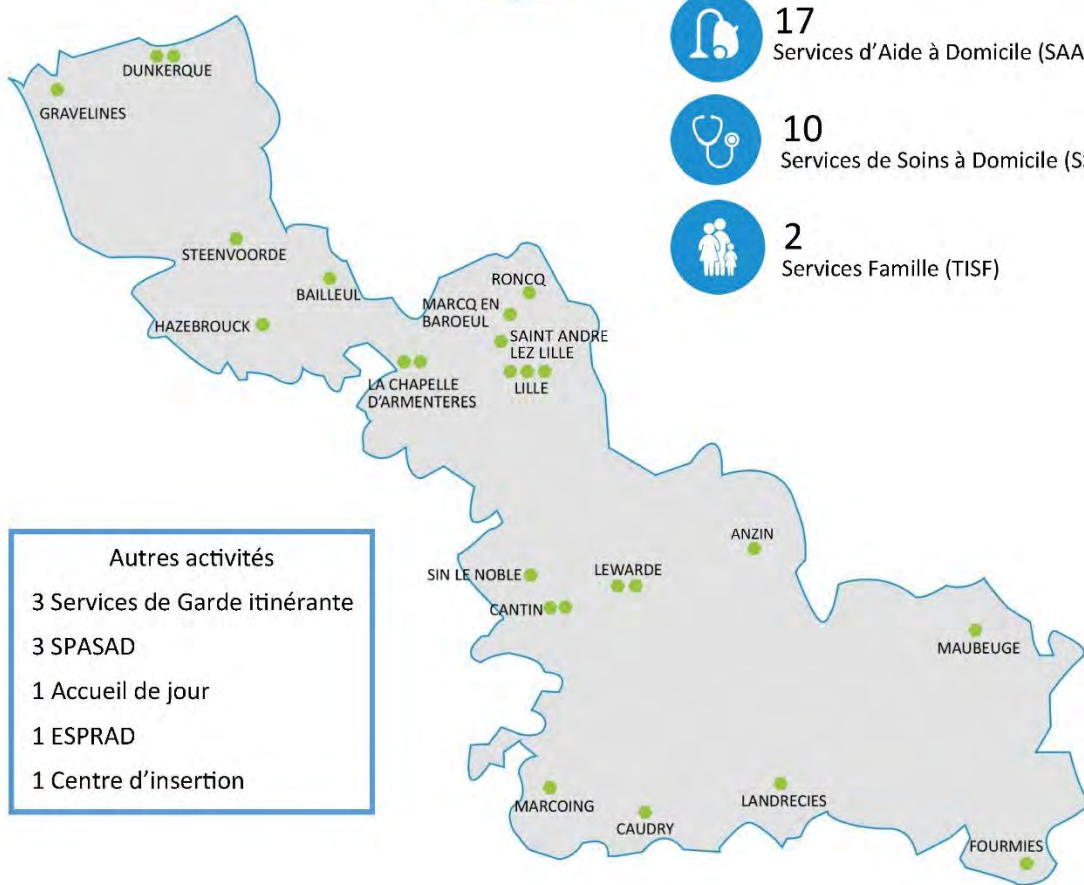
10

Services de Soins à Domicile (SSIAD)



2

Services Famille (TISF)



Autres activités
 3 Services de Garde itinérante
 3 SPASAD
 1 Accueil de jour
 1 ESPRAD
 1 Centre d'insertion

19 900
PERSONNES AIDÉES

3 760
SALARIÉS

+ de
3,2 M
D'HEURES

POIDS ÉCONOMIQUE
70,4 M
D'EUROS



Depuis 1947, le réseau UNIOPSS-URIOPSS rassemble et valorise le secteur privé non lucratif de solidarité qui œuvre en faveur des personnes vulnérables ou fragilisées. Le réseau se veut un pont entre le monde associatif et les pouvoirs publics, européens, nationaux et locaux ainsi que les autres acteurs de l'économie sociale et solidaire.

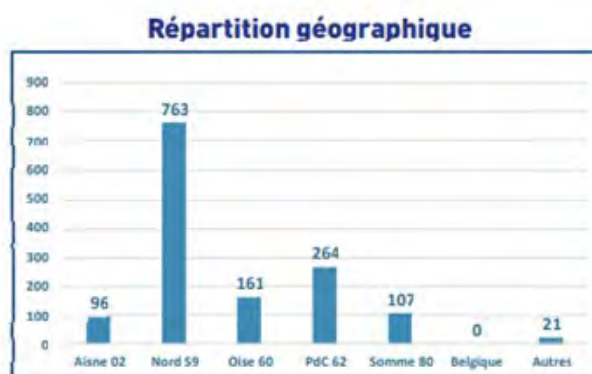
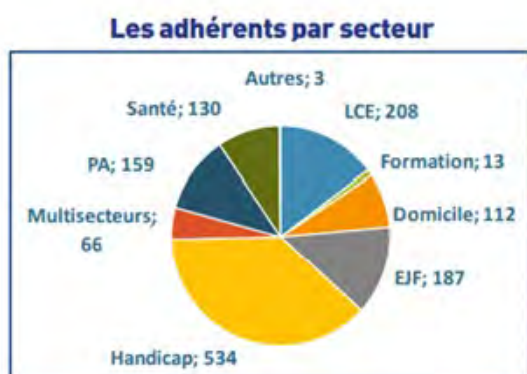
Les valeurs défendues par le réseau sont :

- - La primauté de la personne
- - La non-lucrativité
- - La solidarité
- - L'égalité dans l'accès aux droits
- - La participation de tous dans la vie en société

Fondée en 2019 suite à la fusion de l'URIOPSS Nord-Pas-De-Calais et de l'URIOPSS Picardie, l'URIOPSS Hauts-de-France assure à l'échelle régionale, cette fonction de lieu de réflexion et de coordination. Sa présence sur tout le territoire par le biais de ses différentes implantations assure un contact de proximité avec les adhérents du réseau et contribue à renforcer son ancrage territorial, élément fondateur de son action.

En 2020, l'URIOPSS Hauts de France compte 1412 associations, établissements et services adhérents, dont 763 sur le Département du Nord comprenant 55 SAAD.

Quelques membres de références : AFEJI, MIRIAD, FILIERIS, ADAR, Temps de vie, Ensemble Autrement.





Audition Mission d'information & d'évaluation relative à l'APA – Section Etablissement

Restitution des fédérations auditionnées

Avril 2022

[Pour le Département du Nord]

TABLE DES MATIERES

I. ORGANISATION DE L'APA	4
A. La réforme de l'APA en établissement instituée par la loi ASV de 2015	4
B. L'évaluation médico-sociale des résidents en établissement	5
C. La grille AGGIR : ses limites dans l'évaluation du résident en établissement ?	5
D. D'après les chiffres du Département, 24% des résidents en EHPAD sont en GIR4 : explications	6
E. Le système de tarification actuel en EHPAD et ses limites	6
F. Les modalités de prise en charge financières des résidents et les éventuelles difficultés spécifiques de reste à charge	8
G. Les échanges avec les services du Département concernant la gestion de l'APA (évaluations médico-sociales du résident, tarification de la dépendance, paiement de l'APA ...)	8
H. Versement direct de l'APA aux Accueils de jour	8
II. TARIFICATION APA & MODELE ECONOMIQUE DES ETABLISSEMENTS	9
A. Prospective de l'évolution des coûts sur les 5 ans à venir compte tenu des perspectives d'inflation à venir, du GVT ...	9
B. Sur les 5 dernières années : évolution des moyens en soins, en dépendance en hébergement compte tenu des réformes intervenues dans le cadre de la loi ASV ?	9
C. Part du coût d'une réhabilitation totale d'un EHPAD dans le prix de journée hébergement : leviers pour limiter le coût et donc le reste à charge de la personne	10
D. Evolution des postures sur les propositions d'habilitation partielle au titre de l'aide sociale, pour retrouver des marges de manœuvre sur la section hébergement.	11
E. Modèle économique des EHPAD aujourd'hui : quelles évolutions	11
F. Rôle des EHPAD dans les 5, 10 ou 15 ans à venir compte tenu notamment du vieillissement de la population et des attentes des nouvelles populations qui sont en train de vieillir	13
CONCLUSION	15
ANNEXES :	
ANNEXE - I - PRESENTATION DE L'URIOPSS	16
ANNEXE - II - PRESENTATION DE L'UDCCAS DU NORD	17
ANNEXE - III - PRESENTATION DE LA FHF	18
ANNEXE - IV - PRESENTATION DE LA FEHAP	19

INTRODUCTION

Le Conseil Départemental du Nord a sollicité une mission spéciale d'information et d'évaluation relative à **l'APA en établissement**, présidée par Madame Valérie LETARD, Conseillère départementale du Nord, afin d'émettre des propositions sur ce sujet à l'assemblée départementale en septembre 2022.

Ainsi, les fédérations représentant les établissements que sont la FEHAP, la FHF, le SYNERPA, l'UDCCAS du NORD et l'URIOPSS ont été auditionnées à deux reprises pour alimenter les réflexions des membres de la mission.

Dans l'attente d'une véritable Loi grand âge, à l'aune de la création d'un 5ème risque dépendance, et considérant le contexte de gérontocroissance à laquelle la France est confrontée, l'ensemble des fédérations a souhaité participer activement à la mission d'information et d'évaluation en transmettant une contribution **commune à la FEHAP, la FHF, l'UDCCAS du NORD, et l'URIOPSS. Le Synerpa apportera une contribution qui lui est propre.**

Actuellement plus de 600 000 personnes âgées en perte d'autonomie physique et psychique, sont hébergées dans les 7000 EHPAD de France. 50% y sont entrés pour des causes liées à la maladie d'Alzheimer, l'âge d'entrée en établissement ne cesse de reculer et les personnes y entrent en situation de grande dépendance. Les établissements doivent nécessairement s'adapter pour répondre aux évolutions précitées et aux nouveaux besoins des personnes accueillies : Médicalisation, modernisation, nouvelles compétences, financement en adéquation avec les besoins en personnel.

Qu'ils soient publics ou associatifs, tous les services ont à cœur d'apporter un accompagnement de qualité auprès des personnes hébergées et accompagnées en établissement.

La complexité réside dans l'équilibre à établir entre : un reste à charge accessible pour garantir l'accès aux établissements pour tous, maintenir le lien social et l'autonomie dans ce lieu de vie médicalisé, adapter l'accompagnement et les soins aux besoins des personnes accueillies et proposer aux professionnels du secteur une qualité de vie au travail, des actions de soutien et d'accompagnement dans leur métier pour agir sur l'attractivité des métiers.

Or, les établissements sont aujourd'hui confrontés à des enjeux qui nécessitent une véritable prise de conscience politique et un engagement fort, dans un contexte sociétal, économique et de valorisation des métiers contraints et complexes.

Cette contribution restitue les éléments saillants partagés entre les fédérations et le Département du Nord lors des auditions. Elle réunit des constats partagés et des propositions concrètes, communes à l'ensemble des fédérations représentant le secteur public et associatif.

Seront notamment abordés dans ce document l'organisation de l'APA (et les limites d'une équation tarifaire indexée sur la dépendance moyenne des résidents), la complexité du système de tarification actuel et ses nécessaires évolutions pour permettre d'adapter les ressources des établissements aux besoins des personnes accueillies, la promotion de la bienveillance, l'innovation et la qualité de vie au travail.

I. Organisation de l'APA

A. La réforme de l'APA en établissement instituée par la loi ASV de 2015

La loi ASV instaure un nouveau modèle de tarification par la mise en place d'un forfait global relatif à la dépendance et une équation tarifaire. Son montant résulte d'une équation tarifaire tenant compte de l'évaluation du niveau de dépendance des résidents réalisée lors de la coupe AGGIR (GMP), du nombre de places en hébergement permanent et d'un point GIR fixé chaque année par le Président du Département. Cette équation automatise le niveau de ressources octroyé. Depuis la loi ASV de 2015, l'APA est également versée directement aux établissements en fonction du GMP.

Les adhérents réinterrogent le calendrier du système actuel :

- Si la réévaluation du GMP a lieu au premier semestre, cela impacte l'année N+1
- Si la réévaluation du GMP a lieu au deuxième semestre, cela impacte l'année N+2

Remarque sur le GMP :

L'EHPAD est un lieu de vie accueillant des résidents dont la situation évolue régulièrement ainsi que leurs besoins en accompagnement de la dépendance (exemple suite à une chute, suite à un syndrome dépressif). Ainsi, durant le séjour d'un résident, son GIR évolue constamment. Or les évaluations du GMP se font en moyenne tous les 4 ans. La durée moyenne de séjour des résidents était jusqu'à récemment de 3 ans, avec une forte tendance à la baisse, les GIR et PATHOS changent très régulièrement et impactent la vie de la structure : Un décalage est constaté **entre le GMP calculé & l'évolution réelle de l'état des résidents**.

⇒ La prise en compte plus régulière des GMP permettrait d'ajuster les moyens en fonction des besoins d'accompagnement des résidents.

Remarque sur la valeur du point :

La valeur du point est identique sur l'ensemble du Département mais n'est pas la même sur le territoire national, posant un problème d'équité entre les territoires : à GMP égal, la dotation n'est pas la même.

Remarque globale sur l'équation tarifaire et ses limites :

Ce système de calcul et la grille AGIRR comportent des limites dans la définition des besoins réels en masse salariale qualifiée, pour assurer un accompagnement de qualité (effectifs en personnels d'accompagnement et en encadrement). De plus, la grille AGIRR n'évalue pas **les capacités du résident en termes de reprise d'autonomie et de prévention**. Les revalorisations salariales (exemples : CTI, prime grand âge, changement de cadre d'emploi et d'indice pour les aides-soignantes de la fonction publique) des personnels ne sont pas comptabilisées dans cette équation. Ces modalités d'affectation des moyens ont eu un impact sur l'attractivité des métiers et sur les conditions de travail des professionnels en EHPAD. Une structure évolue sans cesse et vouloir garantir un budget avec un EPRD est compliqué dans ce contexte.

⇒ **Un dialogue de gestion plus régulier, ainsi qu'une communication plus efficiente entre les différents financeurs, permettraient une adéquation plus fine entre les besoins et les moyens affectés à la structure.**

B. L'évaluation médico-sociale des résidents en établissement

L'évaluation médico-sociale des résidents en établissement peut différer dans ses modalités, d'un établissement à un autre.

En général, cette évaluation est réalisée de la sorte :

- ➔ Avant l'entrée du résident en EHPAD, une évaluation a déjà été réalisée par le médecin traitant du résident et/ou les éléments ont été transmis au médecin coordonnateur de l'établissement qui, lors de la visite de pré-admission du résident, peut en apprécier les contours.
- ➔ A l'arrivée du résident en EHPAD, le médecin coordonnateur et/ou le cadre de santé présente aux équipes pluridisciplinaire le profil du résident. Un plan d'évaluation peut être alors mis en place (ex : toilette évaluative, accompagnement repas, etc.). Ces éléments permettent au médecin coordonnateur de réaliser son évaluation de la façon la plus fine possible. Les professionnels impliqués dans cette démarche sont : Les Aides-Soignants, les IDE, les ASH et les professionnels de rééducation (kiné/ergo).
- ➔ C'est le médecin coordonnateur qui valide l'analyse de l'autonomie et les besoins de soins médico-techniques des résidents de l'EHPAD.

Dans le cadre de la réforme de la tarification en EHPAD, le GMP (GIR moyen pondéré) est inclus dans l'équation tarifaire de la section soins. La coupe GMP est préparée par le médecin coordonnateur et les équipes de l'EHPAD, puis validée par un médecin du Conseil Départemental.

La CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) compile l'ensemble de ces données.

C. La grille AGGIR : ses limites dans l'évaluation du résident en établissement ?

La grille AGGIR est partiellement adaptée à l'évaluation du résident en établissement. Elle n'a pas été revue depuis sa mise en place. C'est un bon outil sur le plan de l'autonomie, mais **il manque l'évaluation des capacités du résident en termes de reprise d'autonomie et de prévention**. Elle est également imparfaite pour rendre compte de la prise en charge nécessaire pour les personnes présentant des troubles psychiatriques, psychiques.

Elle permet d'avoir un verdict/constat à un instant T pour un calcul de dotations, mais ne donne pas d'objectifs pour l'accompagnement à mettre en place.

En termes d'accompagnement, le travail repose sur les projets d'accompagnement personnalisés (PAP) et les besoins réels de la personne.

⇒ La grille AGGIR devrait aussi pouvoir **évaluer l'environnement de la personne** lui permettant de préserver son autonomie (accompagnement/soin relationnel, activités de vie sociale) et les **moyens en accompagnement social** s'y affèrent. Les personnes accueillies dans les EHPAD n'ont pas toujours d'entourage familial, se trouvent dans des situations précaires et présentent parfois des pathologies d'ordre psychologique ou psychiatriques nécessitant un accompagnement important.

D. D'après les chiffres du Département, 24% des résidents en EHPAD sont en GIR4 : explications

Tout d'abord, comme évoqué précédemment, l'une des principales raisons réside en une sous-évaluation du GIR en raison d'un manque de finesse de la grille. Ainsi :

- Les personnes évaluées dans un GIR 4, en établissement, ont besoin de sécurité (accumulation de chutes au domicile, mise en danger au domicile), de présence (isolement social et familial, épuisement des aidants) et de supervision des problématiques médicales qui ne sont pas valorisées dans la grille AGGIR. Une proportion des GIR 4 concerne des résidents entrant en unité de vie Alzheimer. Pour autant, il est à noter que les établissements accueillent une majorité de GIR 1 et 2.

- Il faut bien prendre en compte les usagers/ résidents ayant des troubles psychiques, pour lesquels, le PATHOS est important mais le girage moindre car ils sont moins dépendants et plus jeunes. Les établissements accueillant des personnes en situation de handicap (UVPHA) sont à ce jour pénalisés dans leur GMP. **L'outil PATHOS pourrait prendre en compte la notion de prévention de l'autonomie.** En effet, l'EHPAD permet une mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire sur l'aspect prévention, d'avoir plus d'impact sur l'autonomie et de ralentir le déclin cognitif, car le résident est plus stimulé qu'à domicile.

Enfin, il faut noter que la tendance à accueillir des résidents GIR 4 est à la baisse, tendance qui devrait se poursuivre.

E. Le système de tarification actuel en EHPAD et ses limites

1. Un financement organisé en 3 sections

Le système de tarification organisé en 3 sections (**hébergement, dépendance, soins**) en termes de charges RH est complexe (cf. poste d'aide-soignant 70% section soin et 30% section dépendance, cf. poste auxiliaire de vie 30% section dépendance, 70% section hébergement), implique une gestion de 3 comptabilités analytiques et ne facilite pas la négociation des gestionnaires dans le cadre des CPOM.

Ce système rend également **difficile la lisibilité et l'accessibilité** de l'offre pour les résidents et leur famille, notamment en terme **d'identification du reste à charge**.

Un contrôle de gestion et une comptabilité spécialisée sont nécessaires pour suivre ces répartitions de %. Les petites structures peuvent se retrouver en difficultés pour allouer des moyens humains à ces missions.

⇒ Une fongibilité entre section soin et dépendance apporterait de la souplesse dans la mesure où serait donné la possibilité aux établissements d'expliquer les dépenses et leur répartition lors d'**un dialogue de gestion régulier**.

⇒ La fusion dans l'équation tarifaire des sections soins et dépendance apporterait de la simplification. **A noter que, pour les établissements sous CPOM, il existe une liberté de répartition entre les pourcentages soins/dépendance, en revanche, il existe moins de marge de manœuvre pour la négociation.**

2. Une tarification indexée au GMP

De plus, le système de tarification actuel valorise les actes curatifs plutôt que les actes préventifs. **Ainsi, le financement des ressources humaines indexé uniquement sur le GMPS exclut toute l'évaluation de la qualité de l'accompagnement pour maintenir l'autonomie, nécessitant pourtant des moyens. (Soins relationnel, activités pour préserver la vie sociale des résidents).**

Des projets d'établissement évoquent le maintien dans l'autonomie (stimulation) et retour à l'autonomie, par le biais, par exemple, de formations Montessori ou Humanitude. **Cela a un impact direct sur la baisse du GMP donc des suppressions de moyens et de postes** (accompagnement à la marche et autre).

De même alors que la liberté d'aller et venir est encouragée dans les établissements, cette dimension n'est pas prise en compte parce qu'**il faut que le résident se dégrade pour équilibrer le résultat de l'établissement. L'effet pervers produit** est que certains établissements effectuent un système de « remplacement par girage » (remplacement à dépendance égale) pour éviter une perte de financement probable.

Ainsi les GMP et PMP ne sont pas dynamiques et ne prennent pas compte la préservation de l'autonomie. Il est compliqué d'obtenir une cotation fiable car il faut prendre le temps pour réaliser un codage correct, en effectuant des recherches d'optimisation et de gains pour les personnes qui ont un « bon » médecin coordonnateur. **Ces indicateurs GMP et PMP sont injustes dans la mesure où certaines structures sont en mesure de les optimiser et d'autres non.**

De plus, certains établissements pilotent un GMP avec l'apparition de biais de concurrence. Les secteurs associatifs et publics accueillent des personnes en situations complexes, tant sur le plan de leur situation sociale que médicale nécessitant un accompagnement soutenu. Exemples : troubles de comportement / dépendances cognitives qui génèrent beaucoup de difficultés, etc.

La population évolue vite alors que le financement est figé sur plusieurs années. Une des problématiques des coupes dépend de leur temporalité : si l'équipe arrive à un moment où il y a plusieurs décès ou plusieurs nouveaux arrivants qui vont vite se dégrader, les financements sont figés pour 5 ans.

⇒ L'introduction dans le PMP et le GMP d'une **enveloppe « qualité », financée lorsque la préservation de l'autonomie est constatée**, incluant des critères restant à définir, permettrait d'intégrer les moyens RH pour assurer un accompagnement préventif de qualité.

⇒ Les financements pourraient ainsi intégrer :

- Des critères liés à la qualité (en fonction du nombre de résidents ayant amélioré leur Autonomie)
- Des critères pour l'accueil et l'accompagnement de profils spécifiques (exemple PHV qui nécessite plus de personnels et des formations spécifiques)

⇒ Il existe un système déclaratif des PMP dans le sanitaire. N'y aurait-il pas une possibilité de transposer ce système dans le domaine médico-social ?

⇒ Il faut cependant veiller à maintenir une pluri annualité.

⇒ Les coupes intermédiaires étant rarement effectuées, une possibilité de se faire financer par les GMP/PMP estimés serait bienvenue.

F. Les modalités de prise en charge financières des résidents et les éventuelles difficultés spécifiques de reste à charge

Les modalités de prise en charge financière des résidents n'entraînent pas de difficultés particulières **sur le ticket modérateur relatif à la dépendance**, car le public accueilli dans les EHPAD publics et associatifs a rarement des ressources impliquant le versement du ticket modérateur autre que celui correspondant au GIR5 et 6.

Le tarif hébergement ou la nécessité de recourir à l'aide sociale a un impact beaucoup plus important sur les restes à charges. Ce qui conduit parfois les familles à renoncer ou à se diriger vers les établissements de Belgique. Il est très difficile, pour les résidents, d'accepter que leurs enfants deviennent des obligés alimentaires. L'établissement doit s'assurer du paiement. Il y a moins de garantie qu'auparavant sur les impayés, qui ne sont pas assurés systématiquement et totalement par les familles.

G. Les échanges avec les services du Département concernant la gestion de l'APA (évaluations médico-sociales du résident, tarification de la dépendance, paiement de l'APA ...) ?

Les échanges sont considérés comme fluides, efficaces et rapides et les équipes du Département sont réactives dans la gestion des dossiers.

En revanche, le Conseil Départemental fait le choix d'appliquer les mêmes taux d'évolution à tous : en 2022, +1% sur la dépendance (+1% sur l'hébergement). Ce mode de fonctionnement **ne lui permet pas d'individualiser son accompagnement, de connaître les projets et les besoins de chaque établissement, et a minima de couvrir leurs dépenses.**

⇒ Un **dialogue de gestion individualisé, plus régulier**, permettrait des ajustements facilités, des moyens mis à disposition.

H. Versement direct de l'APA aux Accueils de jour

Nous plébiscitons le versement direct de l'APA, dédiée à la prise en charge de journée en accueil de jour, aux structures comme cela se fait avec les SAAD (tiers payant) pour plusieurs raisons :

- Les familles ne devraient ainsi **pas faire l'avance de frais** et les factures leur sembleraient moins élevées
- **L'accueil pourrait démarrer plus vite** dès réception de la notification d'APA adressée à la structure
- **Simplification** pour la famille et prévention des indus pour les jours forfaits non utilisés.

II. Tarification APA & modèle économique des établissements

A. Prospective de l'évolution des coûts sur les 5 ans à venir compte tenu des perspectives d'inflation à venir, du GVT ...

Pour certains établissements, une projection sur 6 ans (PGFP) a été réalisée dans les EPRD. Le taux d'évolution imputé est de 1%, alors que de nombreux effets exogènes entraîneront, dans les 5 ans à venir, des évolutions de coûts :

- L'inflation
- Le GVT
- L'évolution des coûts de remplacements liés à la pénurie de personnel
- L'évolution de l'absentéisme
- La loi EGALIM
- Le décret tertiaire
- Le virage numérique en santé
- L'inflation exponentielle des enquêtes qui demandent un temps administratif de plus en plus élevé
- La politique de maintien à domicile augmentant les GMP et PMP, sans que cela soit revalorisé de manière dynamique (il faudra attendre une coupe donc 2,5 ans en théorie et 5 ans minimum en pratique pour voir ces moyens revalorisés)
- Recherche de financements complémentaires par des prestations de services tels « room services », « conciergerie » ... mais aussi par des investisseurs extérieurs dans le cadre d'une démarche sociale défiscalisée
- Évolution des métiers vers plus de qualification, donc une revalorisation des salaires, pour reconnaître la complexité de nos métiers et les rendre plus attractifs.
- Derrière l'évolution des salaires, il y a également des budgets dédiés à la communication pour être proactifs auprès des écoles...

⇒ Il est souhaitable que les financeurs puissent **suivre les évolutions légales (exemple GVT) et octroyer des financements supplémentaires** pour limiter les impacts financiers et absorber ces surcoûts.

⇒ Il serait également intéressant que le Conseil Départemental puisse **réaliser une étude sur le vieillissement** : quels seront les aînés de demain ? Car la précarité augmente, y compris chez les personnes âgées, qui ont connu des périodes d'inactivité plus longues.

B. Sur les 5 dernières années : évolution des moyens en soins, en dépendance en hébergement compte tenu des réformes intervenues dans le cadre de la loi ASV ?

Globalement, il est difficile d'avoir une année comptable de référence compte tenu des surcoûts liés à la crise sanitaire et au secteur (Ségur, covid19, sous-activités, EHPAD Bashing, etc.).

Il existe une certaine évolution des moyens en soins et dépendance, liés à la réforme (évolution départementale du point GIR) mais les effets ont été atténués par la convergence qui a dilué les moyens les 7 premières années.

La création du point GIR s'est concrétisée par la mise en place d'une convergence, nivelant les moyens par le bas, puisque l'enveloppe globale allouée à la dépendance n'a progressé que de 1% par an. Cette évolution reste **insuffisante au regard de la population accueillie nécessitant un accompagnement plus important**, notamment **par rapport aux ratios d'encadrement** qui n'ont pas évolué favorablement.

Proportionnellement à l'augmentation de la dépendance physique et psychique des personnes accueillies nécessitant un ratio de personnel équivalent à celui du secteur handicap, des établissements ont perdu des moyens qui étaient déjà très limités.

En hébergement, les établissements sont forcés de sortir de l'aide sociale en raison de tarifs ne permettant pas d'offrir des prestations d'hébergement correctes.

Sur l'hébergement, le tarif a augmenté **entre 2019 et 2020** mais sinon, la variation **annuelle est toujours inférieure à 1 %**. **Le tarif fixé est très éloigné du coût de services.**

Sur la dépendance, on constate que la dotation baisse d'année en année alors que le degré de dépendance des résidents est de plus en plus élevé. Exemple : pour un établissement, la variation de la dotation entre 2017 et 2021 est de : **- 5,83%**

Sur le soin (hors CNR et subvention d'équipement), on constatait également une baisse entre 2017 et 2019 mais au total une variation légèrement à la hausse entre 2017 et 2021 (Exemple **+ 2,05% pour un établissement**).

Néanmoins, cela dépend aussi de l'option tarifaire choisie. Ainsi, le tarif global (versement d'une dotation globale de soins, au lieu de passer la carte vitale des résidents), système de financement qui permet de gagner en adaptabilité et en fidélisation des professionnels de santé, n'a pas été revalorisé depuis plus de 10 ans.

Les EHPAD avec une PUI sont quant à eux pénalisés face à l'explosion du coût de certaines molécules onéreuses. Cela en devient incompatible avec le mode de financement.

C. Part du coût d'une réhabilitation totale d'un EHPAD dans le prix de journée hébergement : leviers pour limiter le coût et donc le reste à charge de la personne

Selon la convention de location, le montant des PGR (provisions pour grosses réparations) est variable. Pour autant, cette enveloppe ne suffit pas à financer une réhabilitation : il est nécessaire de lever des fonds par le biais d'**investisseurs extérieurs** qui nous accompagnent dans des démarches innovantes, mais aussi des **partenaires publics, semi-publics et privés français et européens (CNSA, caisse de retraite)**.

Les établissements peu ou pas éligibles à l'aide sociale, ne peuvent prétendre au PAI (Plan d'aide à l'investissement) et à d'autres subventions. Il existe donc, pour eux, peu de marges de manœuvre pour limiter le coût.

A l'inverse, **les établissements financés à 100% à l'aide sociale (comme c'est le cas de la majorité des établissements de la fonction publique territoriale ou hospitalière) n'ont pas de leviers au niveau du tarif hébergement car il est fixé par le Département.** Ils ne peuvent non plus s'appuyer sur une hausse d'activité pour dégager des marges de manœuvre d'investissement, puisque celle-ci est déjà quasi optimale, bien qu'ayant souffert de la crise COVID.

Exemples de différentes réhabilitations réalisées :

- Ils correspondraient à 3% des charges d'hébergement.
- Une association a réussi à limiter le coût journalier de la redevance à 14€. Aujourd'hui, cela ne paraît plus envisageable à ce jour malgré l'utilisation des subventions, du fait de l'inflation.

Malgré des réhabilitations qui peuvent être réalisées, les bâtiments restent non adaptés et monovalents.

D. Evolution des postures sur les propositions d'habilitation partielle au titre de l'aide sociale, pour retrouver des marges de manœuvre sur la section hébergement.

Les réticences sur les propositions d'habilitation partielle à l'aide sociale existent toujours mais les tarifs pratiqués par les Départements et leur non évolution empêchent la viabilité des résidences. **Nous parlons d'atténuation du déficit plutôt que de marge de manœuvre.**

La majorité des EHPAD publics ne l'envisage pas compte tenu du contexte économique (niveau faible de retraite, pouvoir d'achat, arrivée de personnes retraités ayant perçu le RSA) et d'une volonté politique de proposer une offre de service accessible aux personnes ayant des revenus modestes.

Certains EHPAD retrouvent pour autant des marges de manœuvre financières en intégrant des personnes non habilitées à l'aide sociale (hors crise des entrées en EHPAD...). L'apport est surtout en termes de souplesse de gestion, si tant est que l'établissement ait un taux d'occupation optimal et propose des prestations annexes largement utilisées. Il existe également un problème de rupture de l'égalité de traitement des résidents (tarifs différents, prestations annexes comme le linge, etc.).

L'habilitation partielle à l'aide sociale n'est pertinente que sur des bassins de populations mixtes payants/aide sociale. Des territoires « sinistrés » n'ont aucun intérêt à le faire.

Les marges de manœuvres prises par les établissements afin de ne pas être en cessation d'activité se font au détriment des bénéficiaires qui disposent de moins en moins de places disponibles et dans des conditions parfois peu agréables. Mais que deviennent les personnes à l'aide sociale ? Où vont-elles ? Comment sont-elles prises en charge ? Certaines ne trouvent même plus de place.

Il faut garder quelques places libres pour les résidents déjà présents et qui passeraient eux à l'aide sociale, sous peine de ne pas recevoir le financement si nous dépassons notre quota de place à l'aide sociale.

E. Modèle économique des EHPAD aujourd'hui : quelles évolutions

Le modèle économique des EHPAD d'aujourd'hui est obsolète :

- L'évaluation GMP évolue sans cesse et ne prend pas en compte le travail réalisé en amont, qui améliore l'état de santé des résidents mais juste des pathologies à un instant T.
- La coupe PATHOS étant réalisée à un instant T, et est réalisée une fois tous les 3ans. Elle est le reflet de la charge en soins à ce moment-là et tous les établissements veillent à maintenir le niveau de cette coupe et non celui de tout le cheminement de prévention dans l'accompagnement du public : Les financeurs, lors du contrôle, n'en tiennent pas compte.
- La prévention à ce jour n'est pas valorisée ou récompensée : Le financement relève du GMPS : pour obtenir un maximum de dotation, il faut coter des pathologies : si celles-ci sont anticipées et soignées, elles ne sont plus comptabilisées (exemples : prévention des escarres ; prévention de la dénutrition ; prévention des chutes...).
- Suite à une coupe PATHOS, certains EHPAD préfèrent prendre des résidents plus légers pour les prochaines entrées de résidents. Ceux-ci seront de moins en moins autonomes pour la prochaine coupe.
- L'autonomie ou les soins prodigués pour que les résidents restent le plus longtemps autonomes ou un résident qui gagne en autonomie après son entrée en EHPAD ne sont pas valorisés
- Les pathologies de type Alzheimer requièrent beaucoup de surveillance, non financée.

⇒ Le modèle économique nécessite **d'être revisité à la lumière :**

Des besoins évolutifs des populations accueillies,

- Plus de **présence humaine relationnelle** permettant un accompagnement personnalisé
- **Une diversification des métiers, sans focaliser uniquement sur les soignants : il faut apporter une vraie valeur ajoutée par rapport au fait de rester chez soi et donner une vision plus attractive lorsque l'entrée en l'EHPAD devient nécessaire (lien social, divertissement). Il faut ainsi davantage s'inspirer du secteur du handicap que de l'hôpital, même si les personnes sont plus dépendantes.**
- **Un seuil minimal d'encadrement : 1 pour 1**
- Un recentrage des soins vers le « Care »,
- Des prestations de services à la carte,

Et du besoin de reconnaissance des salariés avec **des perspectives d'évolutions internes** pour les fidéliser, et **de la spécialisation** des accueils en fonction des profils de personnes accueillies (cancers du grand âge, gériatrie-psychiatrie, déficiences visuelles évolutives, fins de vie).

⇒ **Il nécessite également une simplification et davantage de souplesse**

- La répartition des postes saillants au sein des EHPAD : à savoir les aides-soignants ou les AMP entre les deux financeurs complexifie la gestion quotidienne. Un double financement ARS/CD n'est plus pertinent. L'unicité du financement permettrait la clarté et la transparence de gestion.
- Il faut également donner une liberté d'affectation de résultat et compensation de charges aux établissements.
- Avoir un interlocuteur pour évoquer les dépenses avec des rencontres régulièrement (événement)
- Actuellement dans le CPOM : tout est déjà figé : il n'existe pas de marge de négociation ni de marge de manœuvre
- Il faudrait analyser les ratios ERRD. Or l'analyse ne porte que sur l'EPRD qui évolue régulièrement avec les décisions modificatives : il faudrait analyser les ratios ERRD (intérimaires, vacataire, maintenance). Or quand les gestionnaires les transmettent leur ERRD et EPRD ils reçoivent des messages automatiques.
- Le budget des EHPAD est calqué sur le budget du Département, les besoins et stratégies qui en découlent sont trop éloignés pour répondre correctement aux besoins des usagers finaux, les résidents d'EHPAD.

F. Rôle des EHPAD dans les 5, 10 ou 15 ans à venir compte tenu notamment du vieillissement de la population et des attentes des nouvelles populations qui sont en train de vieillir

⇒ Il sera nécessaire de **moderniser, médicaliser et ouvrir vers l'extérieur** les 7 000 EHPAD de France. Actuellement plus de 600 000 personnes âgées fragiles à très fragiles, et en perte d'autonomie physique voire psychique, y sont hébergées et 50% y sont entrés pour des causes liées à la maladie d'Alzheimer. Cette évolution pose des enjeux de deux ordres :

- Médicaliser encore davantage les établissements pour améliorer/renforcer la présence en personnel soignant, et faire évoluer le forfait dédié au soin afin d'intégrer de nouveaux métiers permettant de mieux accompagner les pathologies des résidents.
- Ouvrir les EHPAD vers l'extérieur afin de faire de ces établissements des centres de ressources et des plateformes permettant de développer plusieurs types de services (consultations gériatriques, animations culturelles, activité physique adaptée, portage de repas, etc.) y compris à l'intention de personnes vivant chez elles.

○ **Lien EHPAD/DOMICILE**

La complémentarité avec les services à domicile est à définir pour ne pas entrer en concurrence.

Un point d'alerte est de mise quant aux :

- Délaissement des personnes à domicile avec des passages de 3 ou 4 intervenants mais une solitude telle que l'état de santé se dégrade beaucoup plus que si elle était entrée en établissement. La question de l'isolement des séniors est ici prépondérante.
- Devenir des plateformes de compétences en « Care » qui accueillent sur sites mais accompagnent aussi à domicile toutes les personnes fragilisées par l'âge, la dépendance, la maladie, l'isolement social et/ou le handicap vieillissant, dans le cadre d'une filière de services à la personne.

Les EHPAD auront toujours un rôle à jouer face à la vulnérabilité d'une personne isolée socialement et aussi face aux personnes qui présentent des troubles cognitifs.

○ **EHPAD hors les murs**

Aujourd'hui la réflexion est portée sur l'EHPAD hors les murs, sur les interventions à domicile. Ce scénario est complexe à mettre en place compte-tenu des difficultés actuelles de recrutement des soignants, infirmiers, médecin, ergothérapeute, psychomotriciens, psychologue

L'individualisation, la personnalisation sont de plus en plus sollicitées, mais cela implique plus de personnel, plus de personnel formé, et questionne les moyens alloués.

○ **Besoins des personnes & formations**

Les attentes des nouvelles populations semblent être dans le "à la carte", ce qui suppose un modèle souple et agile : aujourd'hui seuls les fonctionnements en collectif sont permis, ce que refusent les futures générations (cf. la restauration, les activités).

Le secteur manque aujourd'hui d'ouverture, de fonctionnement en mode projet : quels sont les profils à recruter pour développer des projets : des professionnels du monde du Handicap, type éducateur spécialisé ? Nos professions doivent se spécialiser dans l'accompagnement du public âgé et sortir des formations

classiques généralistes : quid d'un animateur en EHPAD ? Quid d'un aide-soignant en EHPAD qui, dans sa formation, n'a pas appris l'accompagnement global mais l'exécution d'un soin (succession de tâches).

- **La création d'une véritable « filière des métiers du Grand Âge »**

En dehors du fait que les crédits d'Assurance Maladie et d'APA sont trop faibles aujourd'hui en EHPAD, le second problème majeur de notre secteur tient dans la **pénurie de sa main d'œuvre**. Tous les crédits pourront être attribués aux EHPAD et aux SAAD : ils seront vains si, en face, les salariés formés à nos métiers ne sont pas là. Pour valoriser les carrières du Grand Âge, les travaux se sont succédés : mission El Khomri en 2019, mission Laforcade en 2021, mission Viquant-Ferras en 2022, etc.

Il convient désormais de concevoir un plan d'envergure en créant, aux côtés d'une filière sanitaire, une véritable filière des métiers du Grand Âge qui ne repose pas uniquement sur le triptyque « médecin/infirmier/aide-soignant ».

- **La création d'un poste d'Accompagnant en gérontologie.**

Il faut en finir avec les « faisant fonction » d'aides-soignants et créer enfin une fonction de première ligne qui permette d'assister les aides-soignants dans leur travail quotidien. L'accompagnant en gérontologie, dont le titre a été inscrit au Répertoire National des Certifications Professionnelles, prévoyant 300 heures de formation, contribuerait à la réalisation des actes de la vie quotidienne, quelle que soit l'évolution du niveau de dépendance de la personne, pour contribuer à sa santé, son bien-être et au maintien de sa vie sociale. Et il doit être bien évidemment pleinement intégré dans le bloc « soins-dépendance ».

- **Expertise EHPAD & Financements**

Le rôle de l'EHPAD restera celui de l'expertise et l'idée de « l'EHPAD pôle de ressources » est satisfaisante à bien des égards. Cependant, les ratios actuels de professionnels ne permettent pas d'envisager de sortir de la structure pour aller vers la ville sans pénaliser les personnes accueillies en hébergement elles-mêmes.

L'EHPAD tend vers une spécialisation dans l'accueil de personnes en fin de vie, atteintes de poly pathologies ou de maladies dégénératives.

Il tend également vers une médicalisation plus importantes avec des financements sanitaires tout en devenant un EHPAD centre de ressources pour son territoire.

Les EHPAD deviendront peut-être des hôpitaux gériatriques de proximité : il y sera de plus en plus complexe de maintenir la dimension lieux de vie et d'y faire cohabiter différents publics dans des situations de santé différentes (dépendance physique, maladie cognitives, en recherche de prestations hôtelières). Pour éviter la maltraitance et adapter l'accompagnement et l'offre de service aux attentes des uns et des autres, une réflexion sur la création de différents secteurs au sein d'un même établissement et les financements nécessaires, pourrait s'avérer pertinente.

CONCLUSION

Ce travail met en exergue la difficulté actuelle des établissements de répondre aux nouveaux besoins des résidents accueillis en établissement, en lien avec l'évolution de la géronto-croissance et les caractéristiques sociales des publics accueillis dans les établissements publics et associatifs : alors que les personnes âgées entrent en établissement en situation de dépendance de plus en plus élevée, leur dotation dépendance ne fait que diminuer et les ressources allouées ne tiennent pas compte de l'évolution réels des coûts supportés pour délivrer un accompagnement de qualité.

A ces difficultés liées au système de tarification s'ajoute une pénurie de personnel, nécessitant d'agir de façon urgente sur l'attractivité des métiers du grand âge.

Cette situation ne permet pas aux établissements de développer des actions ou pédagogies d'accompagnement innovantes, de s'ouvrir vers l'extérieur ni de proposer une réelle qualité de vie au travail pour les professionnels.

Pour relever le défi du grand âge et pouvoir répondre au besoin de recrutement, l'Ehpad du futur devra nécessairement faire l'objet d'une volonté politique forte prévoyant :

- Davantage de souplesse, de simplification et d'agilité au niveau de son modèle de tarification
- Un dialogue régulier avec une gouvernance simplifiée
- Les moyens nécessaires pour répondre aux nouveaux besoins en soins et en compétences spécifiques afin de proposer un accompagnement de qualité auprès des personnes accueillies
- La reconnaissance des personnels dévoués qui accompagnent au quotidien des personnes fragilisées

Les fédérations ont été sollicitées sur cette mission d'information et d'évaluation de l'APA et remercient le Département du Nord de les avoir mobilisées et concertées sur le sujet. L'ensemble des fédérations souhaite poursuivre cette dynamique d'échanges et de concertation et continuer à se réunir sur les avancées des propositions formulées par le biais d'un comité de suivi.

ANNEXE - I - PRESENTATION DE L'URIOPSS

Depuis 1947, le réseau UNIOPSS-URIOPSS rassemble et valorise le secteur privé non lucratif de solidarité qui œuvre en faveur des personnes vulnérables ou fragilisées. Le réseau se veut **un pont entre le monde associatif et les pouvoirs publics**, européens, nationaux et locaux ainsi que les autres acteurs de l'économie sociale et solidaire.

Les valeurs défendues par le réseau sont :

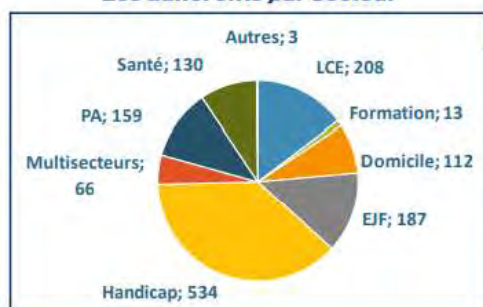
- La primauté de la personne
- La non-lucrativité
- La solidarité
- L'égalité dans l'accès aux droits
- La participation de tous dans la vie en société



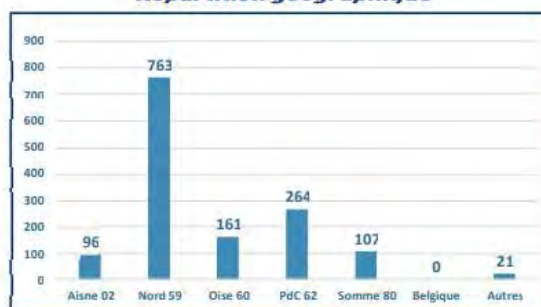
Fondée en 2019 suite à la fusion de l'URIOPSS Nord-Pas-De-Calais et de l'URIOPSS Picardie, l'URIOPSS Hauts-de-France assure à l'échelle régionale, cette fonction de lieu de réflexion et de coordination. Sa présence sur tout le territoire par le biais de ses différentes implantations assure un contact de proximité avec les adhérents du réseau et contribue à renforcer son ancrage territorial, élément fondateur de son action.

En 2020, l'URIOPSS Hauts de France compte 1412 associations, établissements et services adhérents, dont 763 sur le Département du Nord.

Les adhérents par secteur



Répartition géographique



URIOPSS Hauts-de-France

199/201, rue Colbert – Bâtiment Douai, 5^{ème} étage - 59000 Lille

03 20 12 83 43 - www.uriopss-hdf.fr

ANNEXE - II - PRESENTATION DE L'UDCCAS DU NORD



Créée en 2002, l'Union Départementale des CCAS du Nord, présidée par Martial Beyaert, Maire de Grande-Synthe, compte 204 CCAS/CIAS adhérents et couvre 80% de la population du Nord. Près de la moitié des adhérents représentent des villes de moins de 5 000 habitants et 97% des villes du Nord de plus de 10 000 habitants adhèrent à l'association.

Une équipe de 4 salariés œuvrent au sein de l'association pour animer le réseau et accompagner les adhérents.

Les missions générales de l'association consistent à faire vivre un réseau de 204 adhérents, et notamment à :

- **(In)Former les CCAS/CIAS**, les élus, les techniciens, pour assurer un accueil, un accompagnement, une coordination de qualité pour tous les nordistes.
- **Représenter les CCAS/CIAS** auprès des institutions et des partenaires.
- **Sensibiliser les CCAS/CIAS aux enjeux actuels et futurs.**
- **Accompagner les CCAS/CIAS** à une meilleure appropriation des politiques sociales.
- **Conseiller les CCAS/CIAS** lors de la mise en place de projets innovants.
- **Favoriser le partage d'expériences** et les valoriser pour que chacun puisse s'inspirer de l'autre.
- **Déployer des partenariats structurés et actualisés.**

Les CCAS/CIAS adhérents, qu'ils soient situés en milieu rural ou urbain, **mettent en place une politique sociale à destination des séniors**, notamment par **des actions de lutte contre l'isolement et de promotion du lien social**. Certains gèrent également des ESSMS :

- 36 CCAS/CIAS adhérents gèrent une ou plusieurs résidences autonomie
- **19 CCAS/CIAS adhérents gèrent un ou plusieurs EHPAD**
- 20 CCAS/CIAS adhérents gèrent un SSIAD
- **29 CCAS/CIAS adhérents gèrent un SAAD**

UDCCAS du Nord

Immeuble « les Caryatides », 24 Bd Carnot, Lille

09.81.75.80.30 - www.udccas59.fr



LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE HAUTS-DE-FRANCE EST ENGAGÉE AU QUOTIDIEN DANS LA DÉFENSE ET L'ACCOMPAGNEMENT DES ÉVOLUTIONS DU SERVICE PUBLIC DE SANTÉ DE LA RÉGION.

L'association assure une triple mission :

PROMOTION DE L'HÔPITAL ET DES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX PUBLICS

REPRÉSENTATION DE CES ÉTABLISSEMENTS AUPRÈS DES POUVOIRS PUBLICS

INFORMATION DES PROFESSIONNELS

Elle défend l'autonomie des établissements hospitaliers et médico-sociaux, gage d'une adaptation intelligente aux réalités du terrain.

Elle travaille au maillage d'un véritable service public de santé réunissant dans chaque territoire les professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux, afin d'améliorer la cohérence des parcours de soins et de vie.

LA DIVERSITÉ, FORCE DE LA FHF

Véritable « maison commune des hospitaliers », la FHF réunit en son sein des hôpitaux de toutes tailles - centres hospitaliers locaux, centres hospitaliers généraux, centres hospitaliers universitaires, établissements spécialisés en santé mentale - ainsi que des EHPAD et des établissements assurant la prise en charge du handicap et de l'enfance.



soit
171 établissements
adhérents dans la région
Hauts-de-France

DES VALEURS FORTES AU CŒUR DE L'ENGAGEMENT DE CHAQUE HOSPITALIER PUBLIC

Les établissements adhérents de la FHF sont unis dans leur diversité par des valeurs partagées, qui fondent toute son action :



L'ÉGAL ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ POUR TOUS

LA VOLONTÉ D'INNOVATION ET D'EXCELLENCE DANS LES SOINS MAIS AUSSI DANS L'ACCOMPAGNEMENT, L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE

LA CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

UNE PRISE EN CHARGE DE TOUS 24H/24 ET 7 JOURS/7



Notre système de santé reste marqué par de fortes inégalités, tant en matière d'accès aux soins et aux actions de prévention, que concernant l'état de santé des populations des différents territoires. La prise en charge de tous, sans discontinuité et sans discrimination d'aucune sorte, est une mission essentielle à l'hôpital public, pour laquelle les hospitaliers œuvrent chaque jour avec humanité, conviction et détermination.

Dans les Hauts-de-France, dont les indicateurs sanitaires sont très dégradés, les besoins de santé des 6 millions d'habitants sont plus élevés que dans le reste du pays. La population de notre région doit, peut-être plus qu'ailleurs, pouvoir compter sur des établissements publics forts.

Aujourd'hui, et plus que jamais, ces établissements restent les seuls à porter l'urgence médicale, sociale et médico-sociale, et ce quels que soient la situation sociale, l'âge, l'origine et bien sûr, la pathologie des patients : ils sont au cœur de notre modèle de solidarité nationale, et c'est une fierté pour la FHF Hauts-de-France de pouvoir contribuer chaque jour à la réussite de leur action.



LA FEHAP HAUTS-DE-FRANCE EN CHIFFRES

317

ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SANITAIRES,
SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

- 61 établissements sanitaires
- 113 établissements pour personnes âgées
- 47 établissements pour adultes handicapés
- 57 établissements pour enfants handicapés

99

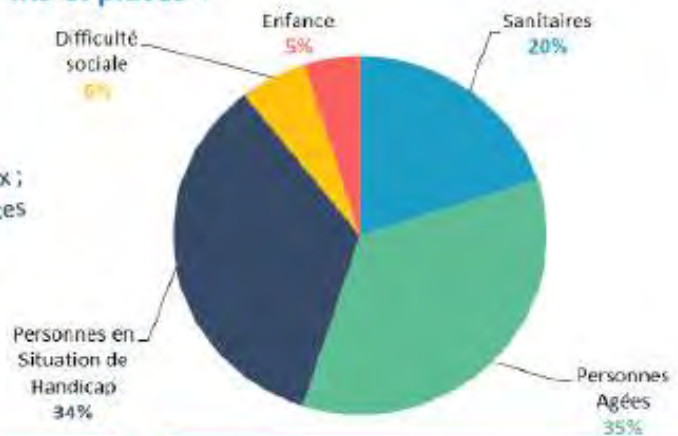
ORGANISMES GESTIONNAIRES

(associations, fondations, congrégations, mutuelles et organismes de retraite)

- 18 établissements pour personnes en difficulté sociale
- 6 établissements de protection de l'enfance
- 9 établissements d'accueil de jeunes enfants
- 6 formations et divers

Soit 22 126 lits et places =

La FEHAP dans le Nord
120 établissements et services
30 sanitaires ; 90 sociaux et médico-sociaux ;
soit une capacité d'accueil de + 9 000 places



NOS MISSIONS

- Représenter et plaider**
 - Représenter les intérêts de nos usagers au PNY et ailleurs
 - Représenter les intérêts de nos clients, locaux et régionaux
 - Faire les propositions des établissements et services de notre Fédération nationale et régionale
- Informier et conseiller**
 - Établir des liens avec les pouvoirs publics, les associations, les médias, les partenaires du système de soins
 - Faciliter les liens entre les différents acteurs professionnels
 - Faciliter l'accès à l'information, l'éducation, l'orientation, l'accompagnement, l'accompagnement, l'accompagnement
 - Faciliter la qualité de nos services
- Accompagner et former**
 - Appuyer nos établissements en difficulté ou en phase de transition
 - Appuyer nos établissements sur les compétences de nos équipes
 - Appuyer nos établissements sur les compétences
 - Appuyer nos établissements sur les compétences
- Anticiper et innover**
 - Anticiper l'évolution de nos établissements et de nos services
 - Appuyer nos établissements sur les compétences de nos équipes
 - Appuyer nos établissements sur les compétences de nos équipes
 - Appuyer nos établissements sur les compétences de nos équipes

NOS VALEURS

- Des valeurs humanistes**
- Une volonté de partage**
- Un engagement social**
- Un esprit d'ouverture**
- La confirmation de nos responsabilités**

La FEPEM a participé à l'ensemble des auditions, au côté des autres fédérations invitées.

- 18 mars 2022 : Le parcours de l'utilisateur ;
- 24 mars 2022 : Les modalités d'attribution ;
- 1^{er} avril 2022 : L'évaluation des bénéficiaires ;
- 25 avril 2022 : L'impact sur les finances départementales.

Voici les différents enjeux relevés par la FEPEM et sur lesquels nous vous proposons nos contributions.

1. PRESENTATION DU SECTEUR DES PARTICULIERS EMPLOYEURS ET DE L'EMPLOI A DOMICILE

La FEPEM est l'organisation socioprofessionnelle représentative à 100% des particuliers employeurs qui contribue à structurer le secteur de l'emploi à domicile entre particuliers depuis 70 ans.

Elle représente les **3,3 millions de particuliers qui emploient à domicile plus d'1,3 million de salariés** – plus de 5 millions de personnes qui constituent une véritable société civile organisée au service de l'intérêt général. Le secteur de l'emploi à domicile constitue la réponse aux besoins de vie du quotidien (garde des enfants, entretien de la maison, assistance auprès de personnes âgées ou en situation de handicap, ...), et organise l'emploi de proximité qualifié et solidaire.

Depuis le 1er janvier 2022, la nouvelle convention collective nationale de la branche des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile est en vigueur.

Cela concerne **deux modes d'intervention : emploi direct et mandataire.**

Chiffres clés en Hauts-de-France.

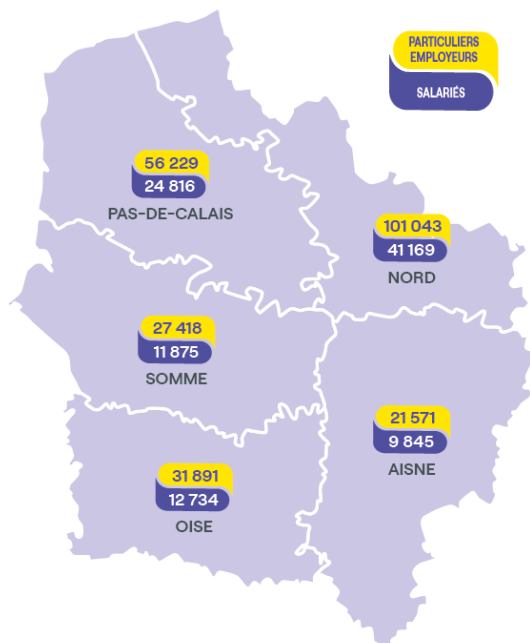
L'EMPLOI À DOMICILE EN HAUTS-DE-FRANCE



238 152
PARTICULIERS EMPLOYEURS



100 439
SALARIÉS



9,7%
DES MÉNAGES
de la région recourent
à l'emploi à domicile



5%
DES SALARIÉS
de la région travaillent dans le
secteur de l'emploi à domicile

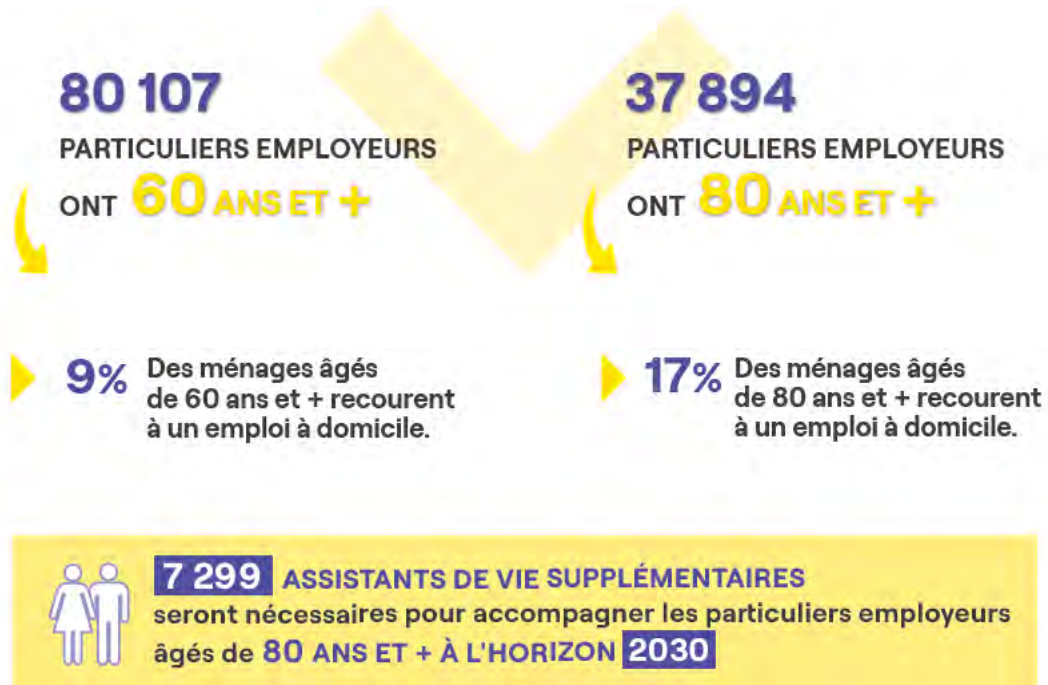
120 177 273
heures déclarées par
les particuliers employeurs



578,2 MILLIONS D'€
Masse salariale nette versée
(hors cotisations sociales)

**58 596 EMPLOIS
À POURVOIR**
dans le secteur
de l'emploi à domicile
d'ici à 2030

**L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE
D'AUTONOMIE EN HAUTS-DE-FRANCE**



Sources : Acoiss 2020, Ircem 2020, Insee Filosofi 2019, projections Omphale 2040, Drees 2019.
Traitement par l'Observatoire de l'emploi à domicile.

FOCUS. Les particuliers employeurs âgés dans le Nord

Données Acoiss-Ircem 2019, Traitement par l'Observatoire de l'emploi à domicile.

- Le taux de recours à ce modèle d'emploi est de 10,1% des ménages pour près de 264 millions d'€ de masse salariale nette.
- Près des 2/3 des personnes sont particuliers employeurs, hors garde d'enfants. Parmi eux, près de 55% ont 60 ans et plus.
- Plus de 5 500 bénéficiaires de l'APA sont particuliers employeurs, soit 1 300 ETP et plus de 2 millions d'heures annuelles rémunérées pour presque 20 millions d'euros.
- Plus de 20 000 particuliers employeurs bénéficient de l'exonération de charges « 70 ans et plus », ce qui équivaut à 1 700 ETP et 30 millions d'euros de masse salariale nette.
- Plus de 156 000 personnes âgées de 80 ans et plus en 2030 et portant 61% des assistants de vie partiront à la retraite la même année.

L'emploi à domicile, un écosystème structuré



COMPRENDRE les évolutions de la société

Observatoire de l'emploi à domicile

Il est un pôle d'expertise du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile. Il produit des statistiques, des études et des recherches afin de mieux connaître et faire reconnaître le modèle de l'emploi à domicile en France. Il mène des travaux prospectifs visant à anticiper les évolutions du secteur et à répondre à ses besoins.

Fondation du domicile

Elle exerce une veille sur les évolutions et transformations du domicile. Elle développe et partage son expertise en organisant l'échange et le débat sur ces questions auprès des décideurs publics et acteurs sociétaux. Elle soutient financièrement des recherches, des actions et des expérimentations pour identifier et accompagner ces transformations, dans une logique de prévention, d'éthique et de contribution à leur essaimage.

www.fondationdomicile.fr



STRUCTURER le secteur avec les partenaires sociaux

CNPDS

Le Conseil National Paritaire du Dialogue Social est l'instance qui impulse la politique nationale et territoriale et définit les grandes orientations de la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile.

CPT

Les Commissions Paritaires Territoriales sont les instances de dialogue social à l'échelle régionale.



REPRÉSENTER et PROMOUVOIR le secteur

Fepem

La Fédération des Particuliers Employeurs de France accompagne et représente depuis plus de 70 ans les particuliers employeurs à chaque étape de la relation singulière qu'ils construisent avec leur salarié, sans but lucratif et au sein d'un domicile privé. La Fepem est membre du CESE.
www.fepem.fr

Fédération mandataires

Elle structure un réseau de professionnels qui exercent une activité mandataire et promeut ce modèle comme l'une des solutions optimales pour le maintien au domicile des personnes en perte d'autonomie, la garde d'enfants ou encore la conciliation entre vie privée et vie professionnelle. Elle est engagée avec la Fepem et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) dans la mise en œuvre du label Qualimandat, à destination de l'accompagnement des personnes âgées et en

situation de handicap. Ce label vise à accompagner la professionnalisation des structures mandataires et à rendre visibles leurs bonnes pratiques.
www.federation-mandataires.fr

EFFE

La Fédération Européenne des Emplois de la Famille est l'un des principaux acteurs du secteur des services aux personnes et aux ménages (PHS) à l'échelle européenne. Implantée à Bruxelles, elle défend la reconnaissance et le soutien du modèle d'emploi à domicile en soulignant son utilité sociale et son apport économique, principalement autour des axes suivants : les conditions de travail et les droits sociaux, l'évolution démographique et la migration, ainsi que l'égalité entre les hommes et les femmes.
www.effe-homecare.eu



PROTÉGER et ACCOMPAGNER les particuliers employeurs et les salariés du secteur

APNI

L'Association Paritaire Nationale est un outil paritaire – créé en 2018 par la Fepem et les organisations syndicales représentatives – qui facilite les démarches des particuliers employeurs grâce à un mandat qu'ils lui confient, pour garantir et mieux servir les droits collectifs des salariés du secteur en matière de professionnalisation, d'accès aux activités sociales et culturelles, de prévoyance, d'indemnité de départ volontaire à la retraite et de santé au travail.

IPERIA

IPERIA est la plateforme nationale de professionnalisation du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile. Depuis 1994, les partenaires sociaux font confiance à son expertise basée sur l'observation, la certification, la labellisation, la promotion, l'innovation, l'accompagnement et l'orientation.
www.iperia.eu

Université du domicile

Le domicile n'a jamais été aussi important et aussi réinvesti. Au cœur des transitions démographique, numérique et écologique, il évolue et se transforme. Grâce à son département recherche, à son learning lab,

à son centre de formation, à son campus et à son CFA, l'Université du domicile analyse, anticipe et accompagne ces mutations pour donner aux citoyens du pouvoir d'agir à domicile.
www.udd.eu

IRCEM

Le Groupe IRCEM est le groupe de protection sociale, à gestion paritaire et à but non lucratif, dédié au secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile. Créé en 1973, il protège ses publics, salariés et retraités, des risques de la vie et soutient les plus fragiles en inscrivant sa raison d'être : « optimiser l'espérance de vie sans incapacité » au cœur de ses institutions.
www.ircem.com



INFORMER le grand public

Particulier Emploi

Particulier Emploi est un réseau d'experts et d'espaces d'information répartis sur l'ensemble du territoire. Les experts Particulier Emploi informent les particuliers employeurs, les salariés et futurs salariés, les aidants. Ils les accompagnent afin de faciliter leurs démarches, à toutes les étapes de la relation d'emploi à domicile : de l'embauche à la rupture du contrat de travail.
www.particulieremploi.fr

2. LES DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT DES PARTICULIERS EMPLOYEURS ET DES SALAIRES A DOMICILE DANS LE CADRE DES POLITIQUES LIEES A L'AVANCEE EN AGE :

Dans le cadre de son ambition pour 2030, le secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile s'est engagé dans le débat national à l'occasion des échéances électorales du printemps 2022 à travers la « contribution démocratique et responsable à la société française » portée par la FEPEM.

Notre secteur citoyen entend être partie prenante du pacte intergénérationnel et acteur d'une politique familiale ambitieuse et responsable. En ce qui concerne l'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap, nous souhaitons agir en :

- Définissant un tarif national de référence pour une application homogène de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) dans tous les territoires, en emploi direct ou mandataire ;
- Soutenant l'universalité des relais assistants de vie (RAVie) ;
- Favorisant le développement de l'accueil familial ;
- Revalorisant la Prestation de Compensation du Handicap à hauteur de 150% (PCH¹) du salaire horaire brut d'un assistant de vie ;
- Inscrivant notre secteur dans la 5^e branche de la Sécurité sociale en lien avec la CNSA ;
- Travaillant en synergie avec les Conseils départementaux dans la mise en œuvre des politiques sociales² ;
- Enfin, en déployant sur les territoires des dispositifs de proximité.

Afin de répondre aux besoins des particuliers employeurs et des salariés du secteur dans les territoires, il est nécessaire de renforcer le déploiement des dispositifs d'accompagnement à destination des conseils départementaux et de professionnalisation des salariés.

Les particuliers employeurs âgés et en situation de handicap

1. Les besoins couverts par le secteur de l'emploi à domicile

Le secteur de l'emploi à domicile est fortement concerné par les politiques sociales : 60% des particuliers employeurs sont concernés par les enjeux de l'avancée en âge ou de la petite enfance.

Parmi les 3,3 millions de particuliers employeurs qui emploient un ou plusieurs salariés³ :

- 1 million ont plus de 60 ans et sont donc concernés par le sujet de l'avancée en âge
- 85 000 sont en situation de handicap,
- 1,2 million recourent à une assistante maternelle ou à une garde d'enfants,

¹ Révisée à hauteur de 140% du salaire horaire brut d'un assistant de vie par l'arrêté ministériel du 28 mars 2022.

² Dans la perspective des services « autonomie » (décloisonnement SAAD/SIAD), du développement des Centres ressources territoriaux, et du Service public territorial Autonomie.

³ Rapport de Branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile, [cf.lien](#)

- 1,1 million emploient un salarié dans le cadre d'une conciliation vie privée/ professionnelle

2. Les particuliers employeurs concernés par l'avancée en âge : constats et perspectives

Parmi le million de particuliers employeurs de 60 ans et plus, on observe :

- **En termes d'âge**, que 656 000 ont plus de 70 ans et 550 000 ont plus de 80 ans⁴,
- **En lien avec la prestation sociale**, 147 000 particuliers employeurs perçoivent l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Ils représentent 20% des bénéficiaires de cette prestation. Au sein du secteur, ces particuliers employeurs concernaient par l'avancée en âge représentent 14% des particuliers employeurs de plus de 60 ans.

En 2019, l'âge moyen des salarié(e)s des particuliers employeurs s'établit à 48 ans contre 41 ans pour l'ensemble des salarié(e)s du secteur privé⁵. D'ici 2030, un(e) salarié(e) sur deux en activité dans le secteur en 2019, sera en âge de liquider ses droits à la retraite⁶.

Ainsi, ce sont **plus de 660 000 recrutements qui devront être réalisés à l'horizon 2030 pour compenser les départs à la retraite**. Parmi eux, six assistant(e)s de vie en activité sur dix seront parti(e)s à la retraite en 2030. Pour maintenir le niveau actuel d'accompagnement des personnes âgées, handicapées ou en perte d'autonomie, plus de 310 000 assistant(e)s de vie devront être recruté(e)s.

En outre, à taux de recours à l'emploi à domicile constant et en tenant compte des projections de populations Omphale de l'Insee, **près de 800 000 particuliers employeurs seront âgés de 80 ans et plus en 2030. Pour répondre à leurs besoins, 131 670 postes d'assistants de vie devront être recruté(e)s d'ici là.**

Au total, en prenant en compte les besoins de renouvellement de la population salariée et les besoins de créations d'emplois liés au vieillissement démographique, le secteur de l'emploi à domicile devra recruter près de **800 000 salariés à l'horizon 2030.**

⁴ Rapport de Branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile, [cf.lien](#)

⁵ Insee - RP 2017.

⁶ Les projections de départs à la retraite reposent sur l'hypothèse d'un âge légal de départ égal à 62 ans.

Les dispositifs d'accompagnement à destination des particuliers employeurs et des salariés

1. Un enjeu fort autour de l'accompagnement de proximité, sur les territoires

Il s'agit de renforcer, sur les territoires, la visibilité des acteurs dont la mission est d'informer, d'orienter et d'accompagner les particuliers et salariés du secteur. Deux acteurs majeurs sont identifiés.

- **Le Réseau Particulier Emploi : l'acteur de référence pour le grand public**

L'information et l'orientation des ressortissants sur les territoires est réalisé par Le Réseau Particulier Emploi, installé – en 2016 – à l'initiative du groupe IRCÉM, d'IPERIA l'Institut et de la FEPEM. Ce réseau est engagé dans une démarche d'animation visant à décliner, sur les territoires, des actions permettant d'accompagner les particuliers employeurs âgés et en situation de handicap ainsi que leur entourage proche.

Ce réseau compte actuellement 23 Relais Particulier Emploi installés en région. Ils ont pour mission d'accueillir le grand public et d'accompagner les partenaires du secteur. Ils assurent chaque année plus de 200 permanences régulières et participent à environ 800 événements ponctuels sur tous les territoires <http://particulieremploi.fr/>

- **Les structures mandataires et le déploiement du Label Qualimandat**

Afin de permettre un accompagnement de proximité des particuliers employeurs et des salariés, le secteur a inscrit, dans le préambule de la nouvelle convention collective, un label spécifique dédié à l'activité mandataire : le Label Qualimandat.

Ce label vise à identifier les bonnes pratiques des structures dans le cadre de l'accompagnement du binôme particulier-employeur / salarié et à devenir le Label de référence pour le grand public et les prescripteurs.

2. L'accompagnement des particuliers employeurs dans le cadre des politiques sociales

Le secteur de l'emploi à domicile est investi auprès des conseils départementaux afin de les accompagner dans la mise en œuvre des politiques sociales à travers différents dispositifs – inscrits dans des conventions avec la CNSA :

a) **La convention entre la FEPEM et la CNSA**

Cette convention signée, en 2019, permet d'accompagner les conseils départementaux et leurs équipes, les particuliers employeurs qui bénéficient de prestations sociales et les mandataires via :

- **Une information et un accompagnement des particuliers employeurs**, bénéficiant d'une prestation, à la fonction employeur afin d'encadrer leur(s) relation de travail avec leur(s) salarié(s) dès le début de la relation. Ce dispositif permet aux particuliers employeurs de bénéficier d'outils et, si besoin, de consultations juridiques

> 12 000 personnes accompagnées, 1800 consultations juridiques

- **Une information et un accompagnement des équipes médico-social** des conseils départementaux afin de leur permettre de mieux connaître les dispositions conventionnelles. Pour se faire, des réunions sont organisées sur les territoires et une ligne téléphonique dédiée leur permet de contacter des juristes de la FEPEM.
> **145 réunions à destination des professionnels**
- **La professionnalisation des structures mandataires** qui accompagnent les particuliers employeurs et leurs salariés : pour se faire, des réunions sont organisées, sur les territoires, à destination des structures mandataires afin de les informer juridiquement sur la relation d'emploi entre particuliers employeurs et salariés.
> **65 réunions mandataires/ environ 30 conseils départementaux engagés**

En 2022, la FEPEM est engagée via une convention avec **55 Conseils départementaux**, afin de proposer cet accompagnement aux particuliers employeurs et d'appuyer leurs équipes médicosociales.

b) La convention entre la CNSA et IPERIA⁷

Afin de répondre spécifiquement aux besoins des assistants de vie intervenant au domicile des particuliers employeurs en perte d'autonomie, **le dispositif des « relais assistants de vie »** est déployé sur les territoires avec le concours de la Caisse de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et des départements depuis près de 10 ans.

Ces « Relais Assistant de vie » développés auprès des Conseils départementaux ouvrent la possibilité aux salariés, travaillant directement auprès de particuliers employeurs ou par l'intermédiaire d'une structure mandataire, d'échanger sur leurs pratiques, d'acquérir de nouvelles compétences et de se constituer un réseau professionnel.

29 conventions sont actives à ce jour sur le territoire (y compris outre-mer, à la Réunion). Les Relais Assistant de Vie, ce sont : 2712 participants depuis 2012 dont plus de 70% poursuivent un parcours de formation après un RADV.

Les relais assistants de vie constituent une démarche de formation au service des salariés engagés auprès des particuliers employeurs âgés en perte d'autonomie. Il est positionné comme un outil d'intégration et de fidélisation du secteur : la formation flash, proposée au sein du secteur dans le cadre du plan Métiers du Grand Age et Autonomie, intègre ce dispositif.

⁷ Plateforme nationale de professionnalisation du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile. Depuis 1994, les professionnels font confiance à son expertise fondée sur l'observation, la certification, la labellisation, la promotion, l'innovation, l'accompagnement et l'orientation.

3. L'engagement du secteur dans la professionnalisation des salariés

Dès la création des premières certifications, une offre de formation adaptée a été conçue et structurée en blocs de compétences pour permettre de donner à chacun la liberté de faire valider en priorité un ensemble de compétences – qui permet, à terme, l'obtention d'un titre ou d'un diplôme.

Le secteur propose une offre :

- **Qualifiante composée de trois titres de niveau I**, dont un titre Assistants de vie dépendance, est inscrite au Répertoire Nationale des Certifications Nationales (RNCP) depuis 2009. Chacune de ces certifications est découpée en blocs de compétences, pour s'inscrire dans une offre modulaire (7 blocs par titre). En 2017, elle s'est enrichie de deux spécialisations dédiées au handicap.
- **Une offre de formation prioritaire innovante** ouverte au plan de formation est composée de 105 modules courts à destination des salariés. Plus spécifiquement, pour les assistants de vie 48 modules métiers sont structurés en 7 thématiques (Accompagner les personnes en perte d'autonomie, Accompagner les personnes en situation de handicap, Prévenir les situations difficiles, Assurer la sécurité au domicile, Prendre en charge le domicile, Gérer son activité professionnelle).

Ces deux offres sont dispensées par un réseau d'organismes de formations présents sur tous les territoires (y compris DROM) labellisés par les branches du secteur dans le cadre d'une démarche qualité.

3. Les engagements du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile pour répondre aux enjeux liés à l'accompagnement des personnes âgées.

→ La contribution du secteur au Plan Métiers Grand Age et Autonomie

Le secteur s'est engagé dans le plan métiers Grand Age via la mise en œuvre de formation « flash » : dans un premier temps, la personne suit 100 heures de formation, puis une fois en emploi, suit un dispositif RAV.

En termes de bilan, 2 régions ont mis en œuvre cette formation à titre expérimental en lien avec Pôle Emploi :

- Normandie : 3 formations (Alençon, Caen, Forges-les-Eaux)
- Nouvelle-Aquitaine : 2 formations (Poitiers, Niort)

Ces formations perdurent avec une mise en œuvre étendue à d'autres territoires.

→ **Les plateformes autonomie mises en œuvre par la CNSA**

Le secteur via la FEPEM et IPERIA fait partie de 6 plateformes portées essentiellement par des conseils départementaux : Loire-Atlantique, Orne, Calvados, Deux Sèvres, GIP Meuse et Meurthe-Moselle, Pas-de-Calais.

→ **A moyen terme : l'engagement de la Branche dans le cadre de l'EDEC Autonomie**

La Branche professionnelle des salariés du particulier employeur est signataire de l'EDEC (Engagement Développement Et Compétences) et déploiera jusqu'en 2023, 4 actions concrètes visant à :

- Créer une filière métier autour de la coordination/de la gouvernance via un référentiel de certification (niveau IV) pour offrir des perspectives d'évolution de carrière dans le secteur ;
- Expérimenter la VAE par bloc pour faciliter l'accès à la certification et reconnaître « la professionnalité » des personnels du secteur ;
- Expérimenter l'alternance pour attirer d'autres publics, notamment les jeunes, dans le secteur,
- Outiller les parcours certifiants pour favoriser les mobilités horizontales (reconversions, multi-activité) et verticales (évolution), intra et intersectorielles : étude des trajectoires professionnelles, identification des compétences transférables, et à la lumière de ces éléments, construction d'équivalences et de passerelles entre les certifications.

La Fepem Hauts-de-France, contributrice de la politique autonomie à l'échelle du Nord

Un partenariat de 3 ans (2019-2021) a permis à la FEPEM d'être identifiée comme partie prenante des professionnels du département, des relais autonomie et des structures mandataires qui accompagnent en proximité et au quotidien les citoyens en perte d'autonomie du Nord.

En 2022, la FEPEM souhaite s'engager davantage auprès du département, afin de s'inscrire dans la politique autonomie du département.

→ **Garantir la prise en compte des spécificités du secteur de l'emploi à domicile dans la politique autonomie à l'échelle départementale.**

- Représentation et contribution de la Fepem dans les instances territoriales stratégiques, et plus particulièrement les Conseils Départementaux de la Citoyenneté et de l'autonomie.
- Contribuer à la réflexion et à la construction des schémas autonomie
- Poursuivre son action au sein de la Commission Départementale d'Aide à Domicile

→ **S'assurer que l'emploi direct et le mandataire sont pleinement intégrés dans les solutions proposées aux bénéficiaires APA (libre choix)**

- Être partie prenante des lieux ressources ou des plateformes de l'autonomie actuellement en expérimentation.
- Informer et outiller les équipes médicosociales des Conseils Départementaux en charge du suivi des plans d'aide des bénéficiaires APA
- Mettre en œuvre avec les acteurs locaux les actions permettant aux personnes âgées en perte d'autonomie d'être informées (choix éclairé) et accompagnées dans leur rôle d'employeur
- Développer les Points Relais Particulier Emploi pour faciliter l'accès à l'information, en amont de la perte d'autonomie, au sein des relais autonomie du Nord.

→ **Structurer et animer un réseau territorial mandataire labellisé**

- Déployer le label Qualimandat : référentiel qualité du secteur de l'emploi à domicile et des particuliers employeurs
- Accompagner une dynamique de réseau mandataire du Nord
- Accompagner les structures mandataires dans leur mission d'information et d'orientation des particuliers employeurs et de leurs salariés

→ **Construire un plan de recrutement territorial pour le métier d'assistant de vie pour répondre aux enjeux majeurs d'emploi d'ici 2030, associant les acteurs des politiques sociales et ceux de l'emploi.**

- 132 000 assistant(e)s de vie à recruter à l'horizon 2030 au niveau national ; cela représente presque 30 000 emplois à l'échelle de la région Hauts-de-France (Plus de 22 000 départs en retraite d'assistants de vie à remplacer + 7 300 emploi d'assistant de vie à créer pour couvrir les nouveaux besoins).
- Partenariat pôle emploi, service insertion Conseil Départemental, etc... pour faire connaître le métier d'assistant de vie et accompagner les parcours vers l'emploi.

→ **Renforcer la professionnalisation des assistants de vie**

- Développer les Relais Assistants de Vie (RAVIE) : convention CD/IPERIA
- Œuvrer à la reconnaissance et à la valorisation des métiers par la certification
- Développer les possibilités de professionnalisation via l'alternance (en expérimentation en 2022)



Contribution à la Mission d'information et d'évaluation relative à l'APA – Section Etablissement

PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION

Né en 2001, le SYNERPA est devenu au fil des années une des principales fédérations du secteur du Grand Âge, avec la FHF pour le secteur public et la FEHAP pour le secteur privé à but non lucratif.

Le SYNERPA fédère près de 3 000 acteurs privés du Grand Âge :

- **1 900 EHPAD**
- **200 Résidences Services Seniors**
- **800 agences d'aide et de soins à domicile**
- **110 établissements thermaux**

Soit plus de 270 000 personnes âgées hébergées, accompagnées et aidées au quotidien par plus de 142 000 salariés.

En tant qu'organisation représentative, **le SYNERPA est signataire de deux conventions collectives :**

- La Convention Collective Unique (CCU) et son annexe médico-sociale
- La Convention Collective des Services à la Personne (CCN SAP).

Depuis 2015, le SYNERPA c'est aussi : **SYNERPA Domicile** pour les Services à Domicile et **SYNERPA RSS** pour les Résidences services Seniors. En 2019, le CNETH, Conseil National des Cures Thermales, fait son entrée au SYNERPA.

Zoom sur les adhérents SYNERPA en Hauts-de-France et le Nord

Dans les Hauts de France

121 EHPAD
63 Domicile
23 RSS

Dans le Nord

48 EHPAD
23 Domicile
11 RSS



Mission spéciale d'information et d'évaluation relative à l'APA Etablissement

Si le quinquennat qui s'achève a marqué des avancées significatives pour le secteur du Grand Âge, le Président de la République nouvellement élu devra se saisir immédiatement de grands chantiers pour répondre aux immenses défis liés au vieillissement de la population. En effet, entre 2030 et 2040, les personnes âgées de « 85 ans et plus » augmenteront de +58% passant de 2,2 à 3,6 millions. Un boom démographique qui doit s'anticiper dès maintenant alors même que le secteur doit déjà faire face à des difficultés structurelles exacerbées par la crise sanitaire et à une profonde crise de confiance. Le SYNERPA a présenté ses propositions pour faire du Grand Âge une des priorités du quinquennat 2022-2027, retrouvez-les dans le document "2022-2027 un quinquennat face aux défis du Grand Age" joint à ce mail et remis en main propre à Madame LETARD.

Séance du 11 mars 2022

Organisation de l'APA

Quel point de vue avez-vous sur la réforme de l'APA en établissement instituée par la loi ASV de 2015 ?

La réforme de l'APA issue de la loi ASV a instauré la fixation d'un forfait global de dépendance basé sur le GMP (ou point GIR) et une valeur de point départementale, ce qui a permis d'unifier le financement de la dépendance entre établissements au sein d'un même département.

Cette évolution nous paraît tout à fait positive, **même si l'on peut regretter** que les valeurs de points départementales soient aussi différentes d'un département à l'autre.

Par ailleurs le fait que ce forfait soit fixé sur la base d'un GMP évalué tous les 3 ans pose des problèmes en cas d'aggravation du niveau de dépendance des résidents, ce qui dans les faits est régulièrement le cas. En effet les résidents accueillis voient leur situation évoluer constamment ainsi que leurs besoins d'accompagnement de la dépendance.

**Comment s'organise l'évaluation médico-sociale des résidents en établissement ?
Quels professionnels se chargent de cette évaluation ?**

En général cette évaluation est réalisée de la sorte :

Avant l'entrée : rencontre de la personne si possible en présence du médecin coordonateur , IDEC et le directeur, écoute de la famille dans le cas où il est difficile pour la personne accueillie de se déplacer. Le dossier médical étant rempli par le médecin traitant ou par un médecin du service . Appel au médecin traitant ou au service afin d'affiner le dossier médical par l'infirmière coordinatrice ou médecin coordonateur suivant la situation.

A l'arrivée : prise en charge de la personne et sa famille par la secrétaire puis par une IDE en poste avec une aide soignante pour le suivi du recueil des données de soin , recueil de vie par l'animatrice pour connaître les habitudes et goûts de la personne afin d'adapter le projet de vie, l'ergothérapeute vient évaluer l'autonomie et les besoins en matériel médical afin d'augmenter l'autonomie de la personne .

Le directeur vient accueillir la personne et rencontre le reste de la famille.

La psychologue si elle est présente ce jour là vient également se présenter et compléter l'histoire de vie.

Le médecin coordonateur rencontre dans l'idéal la personne à son arrivée ou bien peu de temps après.

Au bout de 15 jours l'équipe pluridisciplinaire fait le point sur le résident. L'IDEC et IDE font le point à l'aide des transmissions avec le médecin coordonateur.

Suite à cela il est proposé au résident et à sa famille un entretien avec l'équipe pluridisciplinaire (IDE, ergo,aide soignante,psychologue..) afin d'établir un projet personnalisé.

L'évaluation est réalisée sous la supervision du médecin coordonateur.

Ce projet sera réévalué tous les six mois .

La grille AGGIR est-elle adaptée à l'évaluation du résident en établissement ?

Si la grille AGGIR permet globalement d'évaluer le niveau de perte d'autonomie des personnes âgées, elle est toutefois imparfaite pour rendre compte de la prise en charge nécessaire principalement pour les personnes présentant des troubles psychiques voire psychiatriques.

Globalement, environ 24% des résidents en EHPAD sont en GIR4 ? Comment expliquez-vous cette proportion, ce public étant habituellement plutôt situé à domicile ?

Le Gir 4 regroupe des situations très différentes, certains GIR 4 n'ont plus la capacité de rester à domicile notamment en raison de leur pathologie (pour exemple certaines pathologies psy. En 10 ans le profil des personnes accueillies en EHPAD a bien évolué, il y avait beaucoup plus de Gir 4 que maintenant. La tendance d'accueil en établissement de GIR 4 est à la baisse. Les résidents en EHPAD rentrent de plus en plus tard et de plus en plus dépendants avec une moyenne de séjour qui ne cesse de diminuer.

Le système de tarification actuel en EHPAD est-il adapté ? Pourquoi ?

La plus grande fongibilité des financements soins et dépendance a permis une meilleure adaptation aux besoins. **Pour autant**, on peut déplorer que les financements soins et dépendance ne permettent pas de répondre à l'augmentation des besoins en soins et accompagnement des résidents (polyopathologies, dépendance psychiques etc)

Une nécessaire évolution du modèle financier des EHPAD

- **Nécessité de conserver une tarification ternaire** (pas de fusion des sections soins et dépendance)
- **Avec une co-gouvernance ARS/CD**
- Nécessité d'ouvrir un **véritable droit à l'option tarifaire**, avec une revalorisation du tarif global
- Nécessité d'intégrer un **forfait numérique/nouvelles technologies** (déploiement de la télémédecine, travail sur l'interopérabilité des systèmes d'information, lutte contre l'isolement des résidents...)
- Il faut **poursuivre la convergence tarifaire des EHPAD**
- Nécessité de **revoir l'outil PATHOS** afin d'intégrer le volet « prévention de la perte d'autonomie » pas valorisé à ce jour mais pourtant essentiel dans le rôle des EHPAD.

Les modalités de prise en charge financières des résidents entraînent-elles des difficultés spécifiques de reste à charge ?

Le système d'aide sociale est organisé autour d'une habilitation des places d'hébergement. On se rend compte que les places habilitées sont minoritairement occupées par bénéficiaires. Un système organisé autour de la personne indépendamment de la structure d'accueil, permettrait de garantir une meilleure effectivité du service.

Les échanges avec les services du Département concernant la gestion de l'APA (évaluations médico-sociales du résident, tarification de la dépendance, paiement de l'APA ...) ?

Les relations avec les services du département sont bonnes.
Des services réactifs, des réponses rapides. Une nette amélioration est à noter dans les délais de traitement des dossiers.

Nous regrettons cependant que les précédentes réunions fédérations département ne soient plus proposées, elles permettraient aux fédérations d'être régulièrement informées des projets, de faire des points de situation et de remonter de potentielles difficultés.



Mission spéciale d'information et d'évaluation relative à l'APA Etablissement

Séance du 24 Avril 2022

Tarification APA & Modèle économique des établissements

Avez-vous effectué une prospective de l'évolution de vos coûts sur les 5 ans à venir compte tenu des perspectives d'inflation à venir, du GVT ...

Pas de prospectives chiffrées mais identification de postes qui vont avoir un impact non négligeable sur les coûts :

- GVT
- Loi EGALIM
- Développement des SI
- Inflation
- Décret tertiaire
- Revalorisation des rémunérations (Séjour, attractivité du secteur, convention collective...)
- Qualification accrue des professionnels
- Evolution des profils de résidents accueillis plus dépendants (avec des révisions des coupes non dynamiques)
- Coûts de remplacement (pénurie de personnel)
- (---)

Globalement, sur les 5 dernières années considérez-vous que vos moyens ont globalement augmenté en soins, en dépendance en hébergement compte tenu des réformes intervenues dans le cadre de la loi ASV ?

L'augmentation des temps de présence de personnels soignants, de l'organisation sanitaire des établissements a été importante et constante depuis la création des EHPAD (à noter le décret visant à augmenter le temps de présence du MEDEC dans les EHPAD récemment publié).

La convergence tarifaire, essentiellement convergence positive pour les EHPAD privés commerciaux, a permis une augmentation importante des moyens soins et dépendance,

Quelle est la part du coût d'une réhabilitation totale d'un EHPAD dans le prix de journée hébergement ? Quels leviers pourriez-vous entrevoir pour limiter le coût et donc le reste à charge de la personne ?

En fonction de l'habilitation ou non à l'aide sociale les établissements peuvent bénéficier ou

pas de financements PAI et d'autres subventions, les marges de manoeuvre ne sont donc pas les mêmes d'un établissement à un autre.

De plus, le coût d'une réhabilitation dépend beaucoup de la localisation, de la qualité des matériaux utilisés.

En fonction de ces différents éléments, la part du coût d'une réhabilitation variera.

Après avoir connu de nombreuses réticences sur les propositions d'habilitation partielle au titre de l'aide sociale, l'idée semble maintenant faire son chemin un peu partout pour retrouver des marges de manoeuvre sur la section hébergement. Qu'en pensez-vous ? Ceux qui sont passés à l'habilitation partielle ont-ils retrouvé des marges de manoeuvre ?

Le SYNERPA a toujours été favorable à l'habilitation partielle des acteurs qui le souhaitent.

Certains de nos adhérents associatifs sont passés d'une habilitation totale à une habilitation partielle au regard du nombre de bénéficiaires réellement accueillis et pour retrouver les marges de manoeuvre évoquées.

Certains de nos adhérents commerciaux ont demandé une habilitation totale (rare) ou partielle (beaucoup plus fréquent) afin de répondre aux besoins et aux capacités contributives de la population locale.

Il y a une nécessaire réforme de l'habilitation à l'aide sociale qui doit être menée, notamment pour **passer d'une aide à la personne et non plus à la pierre.**

Que pensez-vous du modèle économique des EHPAD aujourd'hui ? Que proposeriez-vous le cas échéant pour le faire évoluer ?

Le SYNERPA est pour trouver des solutions justes et équitables en termes de financement :

- Quelle évolution en matière de tarification des EHPAD ?
 - o Le SYNERPA revendique l'ouverture **systématique du droit d'option tarifaire** pour les EHPAD. On ne peut en effet assigner aux EHPAD un rôle de prévention et de médicalisation renforcée et lui interdire parallèlement le tarif global de soins. Le PLFSS 2019 annonce une ouverture à 20 millions d'euros au lieu de 10, le double, mais malheureusement bien trop peu...
- Quel financement pour la dépendance demain ? Retrouvez ci-dessous les messages du SYNERPA :
 - ✓ Ne pas limiter la question du risque dépendance à la seule question de la solvabilisation des personnes quand les financements publics auront également à se concentrer sur d'autres objectifs (ratios de personnels, rénovation et construction de lits...).
 - ✓ Rappeler qu'il n'est pas illégitime que les personnes âgées qui en ont les moyens paient.
 - ✓ Nécessité de creuser toute idée alternative à un risque financé par de nouveaux prélèvements obligatoires. Nous souhaitons ainsi que puissent être expertisées les solutions consistant à rendre liquide le patrimoine de ceux qui en possèdent et que les formules tournant autour des logiques de viager soient encouragées.

Le SYNERPA souhaite également expertiser la création d'un véritable étage complémentaire et solidaire. Ce n'est pas parce qu'une solution assurantielle est imaginée qu'elle ne peut pas être solidaire. A un étage de base constitué par l'APA ou par le « nouveau risque » créé par la loi de 2019, nous prôtons un système complémentaire comme il en existe en matière d'assurance maladie ou de retraite.

Comment voyez-vous le rôle des EHPAD dans les 5, 10 ou 15 ans à venir compte tenu notamment du vieillissement de la population et des attentes des nouvelles populations qui sont en train de vieillir ?

L'accompagnement du Grand Âge est un défi immense que le secteur public n'aurait pas pu relever seul jusqu'à présent et ne pourra relever seul à l'avenir. En effet, à compter de 2030, la France va connaître le plus brutal sursaut qu'il aura à connaître en matière de vieillissement : l'arrivée à l'âge de 85 ans de la génération du baby-boom. Ainsi, entre 2030 et 2040, les personnes âgées de « 85 ans et plus » augmenteront de 58 % passant de 2,2 à 3,6 millions.

Moderniser, médicaliser et ouvrir vers l'extérieur les 7 000 EHPAD de France. Plus de 600 000 personnes âgées fragiles à très fragiles, et en perte d'autonomie physique voire psychique, sont hébergées dans les 7 000 EHPAD de France. Plus de 50% des entrées en EHPAD se réalisent aujourd'hui pour des causes liées à la maladie d'Alzheimer. Là, les enjeux y sont de deux ordres :

- Médicaliser encore davantage les établissements pour améliorer/renforcer la présence en personnel soignant, et faire évoluer le forfait dédié au soin afin d'intégrer de nouveaux métiers permettant de mieux accompagner les pathologies des résidents
- Ouvrir les EHPAD vers l'extérieur afin de faire de ces établissements des centres de ressources et des plateformes permettant de développer plusieurs types de services (consultations gériatriques, animations culturelles, activité physique adaptée, portage de repas, etc.) y compris à l'intention de personnes vivant chez elles.
A noter le projet en cours de centre de ressources que le SYNERPA soutient s'il comprend EHPAD et SAD.
- **Transformer l'EHPAD en véritable plateforme de soins et de services** : l'axe central de l'accompagnement des personnes âgées
- L'EHPAD est devenu un lieu d'accueil de la grande perte d'autonomie, et notamment de la perte d'autonomie psychique (40 à 50% de personnes âgées hébergées, atteintes de troubles psychiques)
- D'un côté pleinement intégré dans le réseau sanitaire, médical, social et gérontologique des territoires et de l'autre ouvert sur la ville, l'EHPAD **doit devenir demain l'axe central de l'accompagnement soignant et non soignant**, de la perte d'autonomie mais aussi **un outil de promotion du bien vieillir**, ouvert sur la cité, comme c'est déjà le cas dans de nombreux pays européens.
- L'EHPAD pourrait demain : assumer une mission d'accueil et de services soignants et non soignants aux personnes âgées du quartier ; pourvoir des services d'aide, d'accompagnement et de soins à Domicile dans un rayon autour de l'établissement ;

être un lieu d'information, voire de coordination ; constituer une plateforme d'aide aux aidants ; devenir des centres de prévention et de promotion du bien vieillir

- L'EHPAD doit sortir de son rôle d'hébergement pour devenir une « institution-pivot ».
- Pour cela, une contractualisation avec les organismes qui assurent le suivi longitudinal de personnes âgées, les ARS et les Conseils départementaux évidemment, mais aussi la CARSAT et les CCAS serait nécessaire.

Pour aller plus loin

RH : La création d'une véritable « filière des métiers du Grand Âge »

Pour terminer cette consultation il nous semble essentiel de revenir sur le sujet majeur des RH. En effet, en dehors du fait que les crédits d'Assurance Maladie et d'APA sont trop faibles aujourd'hui en EHPAD, le second problème majeur de notre secteur tient dans la pénurie de sa main d'œuvre. Tous les crédits pourront être attribués aux EHPAD et aux SAAD : ils seront vains si, en face, les salariés formés à nos métiers ne sont pas là. Pour valoriser les carrières du Grand Âge, les travaux se sont succédé : mission El Khomri en 2019, mission Laforcade en 2021, mission Viquant-Ferras en 2022, etc. Des décisions, intéressantes, ont été prises ici ou là notamment sur l'apprentissage. Le «Ségur de la santé» déployé à partir de septembre 2020 dans les EHPAD (160€ net/mois pour tous les salariés) allié aux différentes primes défiscalisées versées après la crise liés au COVID-19, ont permis des augmentations de rémunération significatives dans le secteur des EHPAD privés. Mais il convient désormais de concevoir un plan d'envergure en créant, aux côtés d'une filière sanitaire, une véritable filière des métiers du Grand Âge qui ne repose pas uniquement sur le triptyque «médecin/infirmier/aide-soignant »

Nous proposons donc:

- **La création d'un poste d'Accompagnant en gérontologie.** Il faut en finir avec les « faisant fonction » d'aides-soignants et créer enfin une fonction de première ligne qui permette d'assister les aides-soignants dans leur travail quotidien. L'accompagnant en gérontologie, dont le titre a été inscrit au Répertoire National des Certifications Professionnelles grâce à la mobilisation du SYNERPA et qui met en œuvre 300 heures de formation, contribuerait à la réalisation des actes de la vie quotidienne, quelle que soit l'évolution du niveau de dépendance de la personne, pour contribuer à sa santé, son bien-être et au maintien de sa vie sociale. Et il doit être bien évidemment pleinement intégré dans le bloc « soins-dépendance ».
- **La création de postes d'infirmiers de pratique avancée.** Là encore, il s'agit de doter les établissements d'infirmiers spécialisés en gériatrie, notamment dans les EHPAD les plus médicalisés.
- **L'intégration des psychomotriciens, ergothérapeutes** voire même les kinésithérapeutes, dans la vie et le soin prodigué dans les établissements. Dans notre système français hérité du secteur sanitaire et hospitalier, les fonctions préventives ont toujours été minorées. Il est temps, à l'instar des pays scandinaves, de nous doter de professionnels paramédicaux spécialisés dans la prévention et le bien-être des résidents.

Propositions du SYNERPA pour le Grand âge

- **Continuer à faire évoluer les EHPAD vers leur nouveau rôle, vers une plus grande médicalisation et une plus grande responsabilité sociétale**
 - Penser à un véritable plan pluriannuel de financement
 - Projeter des créations de place en EHPAD pour les 10 prochaines années
 - Médicaliser les établissements pour améliorer les taux d'encadrement en personnel soignant
 - Poursuivre l'ouverture des EHPAD vers l'extérieur (centres de ressources et de plates-formes)
 - Accompagner les EHPAD vers le statut d'entreprise à mission
- **Renforcer les contrôles, la transparence et la qualité**
 - Relancer activement la politique de contrôle inopinés des ARS et CD
 - Mutualiser auprès d'un organisme national chargé d'analyser les données les résultats de l'ensemble des contrôles et événements indésirables
 - Proposer des CPOM au niveau national pour les groupes d'EHPAD afin d'assurer un contrôle des comptes au niveau local et au niveau national
 - Faire aboutir le projet de certification qualité HAS, avec résultats, commentaires et notations rendus publics sur le site HAS
 - Doter la HAS d'un pouvoir d'enquête et de sanction et d'un outil de pilotage des « événements indésirables »
 - Transformer le Conseil de la Vie Sociale en Conseil des parties prenantes, librement accessible aux élus locaux
- **Mettre en place un plan d'urgence durable pour l'emploi et renforcer l'attractivité du secteur**
 - Augmenter le ratio d'encadrement
 - Repenser la formation : développer des formations courtes en gérontologie et pérenniser les dispositifs transitoires de reconversion, intégrer la gériatrie et la gérontologie à la formation initiale des soignants et créer des fonctions intermédiaires, lever les freins à la VAE et promouvoir l'apprentissage, renforcer de nouvelles compétences adaptées aux nouvelles pathologies
 - Redéfinir les missions des professionnels du Grand Âge : revoir le triptyque « médecin – infirmier – aide-soignant »
 - Déployer les dispositifs TransCo (accompagnement à la reconversion)
- **Poursuivre la réforme tarifaire des services à domicile :**
 - Développer une autorisation multi-services permettant de mettre fin au morcellement des prestations (soins, aide et accompagnement, ergothérapie, domotique, portage de repas, animation, adaptation du logement...) : assouplir en profondeur le système actuel d'autorisation et la logique d'appels à projets.
 - Clarifier la gouvernance et notamment les responsabilités entre Etat et Départements »
- **Permettre une meilleure reconnaissance des RSS et faciliter leur développement**
 - Adopter des mesures de simplification nécessaires à la fluidification des autorisations de SAAD en RSS, adapter les règles d'urbanisme
 - Développer les partenariats de prévention en santé au sein des RSS (dépistages ophtalmologiques, auditifs et bucco-dentaires, renforcer les liens étroits avec les acteurs locaux.

Martial Beyaert

Président de l'Union Départementale
des CCAS du Nord
Maire de Grande-Synthe

Madame Valérie Létard

Conseillère départementale du
Nord
51 rue Gustave Delory
59000 Lille

Dossier suivi par : Pauline Durieu

paulinedurieu@udccas59.fr

Nos Réf. : 22.009

Lille, le 22 mai 2022

Objet : Alerte sur la situation des SAAD publics

Madame la Conseillère départementale,

Dans le cadre de la mission d'information APA que vous présidez, vous nous avez conviés à quatre auditions relatives à l'APA à domicile et deux auditions relatives à l'APA en établissement. Je vous remercie bien sincèrement du temps que vous nous avez accordé et de l'intérêt que vous avez porté à ces échanges.

Au-delà des deux contributions co-écrites avec les fédérations représentant des acteurs associatifs, privés et commerciaux émettant des constats conjoints objectifs, ainsi que des propositions concrètes, je souhaite vous confier mes plus vives inquiétudes quant au secteur de l'aide à domicile public.

En effet, l'UDCCAS du Nord représente 28 SAAD gérés par un CCAS dans le Nord. Ces services à domicile sont nés **d'une volonté politique de proposer un service public de proximité, pour apporter un accompagnement de qualité et accessible financièrement aux séniors** de la commune et y offrir une opportunité de création d'emploi. Le SAAD peut également, dans ce cas, s'appuyer sur les autres **services du CCAS pour proposer une prise en charge globale et optimisée aux séniors** (SSIAD, service social, service séniors, service animations, service portage de repas à domicile, aide sociale, réseau de bénévoles, etc.).

Or, depuis 2017, comme ceux des autres secteurs, les SAAD publics génèrent des déficits importants, non repris par le Département, comme nous l'avons expliqué dans la contribution commune. Ces difficultés financières sont exacerbées par les **spécificités du « service public »**, impactant d'autant plus leurs budgets :

- **Le statut des agents titulaires** : pour les contrats \geq à 28h par semaine, c'est le SAAD qui doit prendre en charge les indemnités journalières en cas de maladie et assumer le coût du remplacement. Cela impacte fortement les budgets, compte

tenu du taux important d'arrêt de travail et pour maladie de longue durée dans le secteur (condition de travail, âge des professionnels).

- **Les interventions auprès d'un public en précarité** : les SAAD publics interviennent souvent auprès de personnes aux faibles revenus et/ou vivant dans des environnements complexes (précarité, isolement social, aidant violent ou souffrant d'addiction, syndrome Diogène, etc.), nécessitant parfois des interventions en binôme sans pour autant avoir la possibilité de facturer les 90 € de reste à charge.
- **Les éléments de qualité de vie au travail mis en place, indispensables pour tenter d'agir sur l'attractivité des métiers** : paiement des inters vacation au réel, des indemnités kilométriques au réel, interventions minimums de 30 minutes ou une heure, mensualisation, etc.

Au regard de certaines situations financières extrêmement préoccupantes (déficit annuel parfois supérieur à 100 000 euros), de plus en plus de Maires s'interrogent sur le maintien de leur SAAD compte tenu de l'impact de ces déficits sur le budget des communes. Ces réflexions concernent d'ailleurs, pour les mêmes raisons, les EHPAD gérés par les 19 CCAS adhérents.

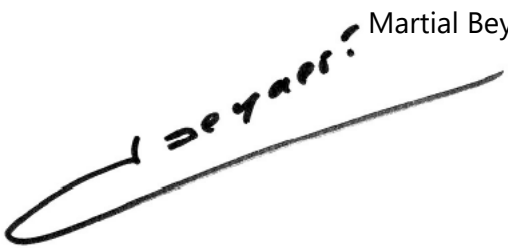
Les élus sont ainsi tiraillés entre la volonté de proposer un service public de proximité de qualité, accessible à toutes les personnes âgées de la commune et le souci d'une gestion de l'argent public équilibrée.

C'est pourquoi je me permets de vous alerter sur la situation des SAAD publics et sur l'enjeu de leur pérennisation, pour accompagner les personnes âgées les plus précaires. Qu'advient-il de leur maintien au domicile, de leur qualité de vie, si, pour des questions financières ou sociales, ils ne pouvaient plus accéder à un service d'aide à domicile ?

Je demeure à votre disposition pour échanger sur ces enjeux majeurs d'inclusion des plus précaires et de prévention du non recours dans le cadre des politiques du maintien au domicile et de l'autonomie des seniors.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à ce courrier.

Je vous prie d'agréer, Madame la Conseillère départementale, mes plus sincères salutations.

 Martial Beyaert

ANNEXE 8 : Liste des abréviations

ARS : Agence régionale de santé
AGGIR (grille) : Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources
APA : Allocation personnalisée d'autonomie
CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCAS : Centre communal d'action sociale
CDCA : Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
CESU : Chèque emploi service universel
CLIC-Relais Autonomie : Centres Locaux d'Information et de Coordination-Relais Autonomie
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DA : Direction de l'Autonomie
DTPAS : Direction territoriale de prévention et d'action sociale
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
PCH : Prestation de compensation du handicap
SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
SPS : Service de Prévention Santé
UTPAS : Unité territoriale de prévention et d'action sociale
VAD : Visite à domicile