



## L'AIDE À DOMICILE AUPRÈS DES PUBLICS FRAGILES : UN SYSTÈME À BOUT DE SOUFFLE À RÉFORMER D'URGENCE

*Commission des affaires sociales*

**Rapport d'information**  
**de MM. Jean-Marie Vanlerenberghe et Dominique Watrin, rapporteurs**  
Rapport n° 575 (2013-2014)

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

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

structurelles liées au mode de tarification des services ainsi qu'à leur organisation propre.

Après une vingtaine d'auditions et deux déplacements, les rapporteurs dressent un constat sans appel : il est urgent d'engager rapidement une réforme en profondeur d'un système aujourd'hui à bout de souffle.

Les rapporteurs formulent trois séries de recommandations relatives à l'environnement juridique et tarifaire des services, à la situation des personnels ainsi qu'au soutien financier qui doit être apporté par la puissance publique.

### ***I. – Refonder l'environnement juridique et tarifaire des services d'aide à domicile***

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

- Depuis 2005, coexistent deux modalités de création des services d'aide à domicile. Ils peuvent être **autorisés** pour une durée de quinze ans par le président du conseil général ou se voir délivrer un **agrément**, pour cinq ans, par les services du ministère du travail dans le département.

Ces deux procédures correspondent à des logiques différentes : soutien à l'emploi pour l'agrément ; construction d'une offre de services médico-sociaux adaptée aux besoins identifiés sur les territoires départementaux pour l'autorisation.

Complexe et peu lisible, non seulement pour les services mais également pour les usagers, ce mécanisme de droit d'option est jugé très largement insatisfaisant.

- Le droit d'option entre autorisation et agrément emporte des conséquences en termes de **tarification**. Lorsqu'une structure est agréée, elle fixe librement le tarif horaire de la prestation avec l'utilisateur au moment de la signature du contrat. Son évolution est ensuite encadrée dans une limite fixée chaque année par arrêté ministériel. Si l'intervention s'effectue au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH), son coût est en partie pris en charge par le conseil général sur la base d'un tarif de référence. La délivrance de l'autorisation conduit, quant à elle, à la mise en place d'une tarification administrée, définie dans le cadre d'une négociation budgétaire annuelle entre le conseil général et chaque structure concernée.

Outre qu'ils sont **extrêmement variables selon les départements**, les tarifs sont **globalement insuffisants** pour couvrir l'ensemble des coûts supportés par les structures. Il en est de même s'agissant des heures d'aide-ménagère auprès des personnes retraitées les moins dépendantes financées par les caisses de retraite.

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

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

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

### Propositions

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Or les contrôles réalisés par l'inspection du travail demeurent peu nombreux. De plus, ni les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte), dans le cadre de l'agrément, ni les conseils généraux, dans le cadre de l'autorisation, n'assurent un suivi du

respect de la réglementation sociale dans la mesure où cette exigence ne figure pas dans les cahiers des charges.

• Enfin, les personnels de l'aide à domicile souffrent du **manque de reconnaissance sociale** de leurs métiers.

Intervenir auprès de personnes souvent atteintes de pathologies de plus en plus lourdes et complexes nécessite de disposer d'un savoir-faire et d'un savoir-être suffisants. En particulier, les intervenants à domicile apportent une contribution essentielle à la prévention de la perte d'autonomie et à la détection des premiers signes de fragilité chez les personnes qu'ils accompagnent.

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

### Propositions

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

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

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

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

## **II. – Renforcer le soutien financier de l'Etat et accélérer les efforts de mutualisation et de modernisation**

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

De ce point de vue, les **fonds de restructuration** mis en place en 2012 puis 2013 pour venir en aide aux structures les plus en difficulté n'ont apporté qu'une réponse ponctuelle, qui doit être confortée par des

mesures plus durables. Les efforts engagés par le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, s'ils peuvent avoir un effet indirect sur l'activité des services grâce à l'augmentation des plafonds des plans d'aide et à la diminution des certains restes à charge, ne permettent pas de rééquilibrer le financement de l'APA entre l'Etat et les départements.

• L'exigence de professionnalisation du secteur et d'amélioration de la qualité des interventions ne peut également s'envisager que si les services d'aide à domicile disposent des moyens financiers suffisants pour assurer à leurs salariés des progressions de carrière satisfaisantes.

Très nombreuses sont les structures qui ont engagé au cours des dernières années des politiques de formation ambitieuses. Bénéfiques pour les personnels, la professionnalisation et l'accès aux diplômes du secteur médico-social s'avèrent également indispensables à la qualité de la prise en charge de personnes dont les niveaux de dépendance sont de plus en plus élevés.

Cependant, mises en œuvre isolément, ces mesures conduisent mécaniquement à une augmentation du coût horaire de l'intervention, parfois difficile à intégrer pour les conseils généraux. S'engage alors un cercle vicieux : le service est mis en difficulté si le coût de la professionnalisation n'est pas intégré dans le

tarif horaire ; lorsque celui-ci est pris en compte mais qu'en résulte un reste à charge plus élevé pour le bénéficiaire, le nombre d'heures consommées peut alors diminuer et contribuer à dégrader la situation financière du service.

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

### Propositions

- Renforcer durablement la participation de l'Etat dans le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) afin d'assurer la solvabilisation et la qualité des interventions des structures d'aide à domicile.
- Sur la base de l'étude nationale de coûts engagée dans le secteur, définir un tarif national de référence de l'APA, modulable suivant les caractéristiques des départements.
- Approfondir et accompagner les efforts de mutualisation et de modernisation engagés par les services d'aide à domicile dans une optique d'amélioration de leur situation financière et de la qualité du service rendu.



COMMISSION  
DES AFFAIRES  
SOCIALES



Rapporteur : Jean-Marie Vanlerenberghe  
Sénateur du Pas-de-Calais



Rapporteur : Dominique Watrin  
Sénateur du Pas-de-Calais

Le présent document et le rapport complet n° 575 (2013-2014) sont disponibles sur Internet :  
<http://www.senat.fr/commission>