CNSA
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Rapport APA

Compréhension de la disparité

Décembre 2014

Version actualisée en mars 2015

EY
Building a better working world

Sommaire

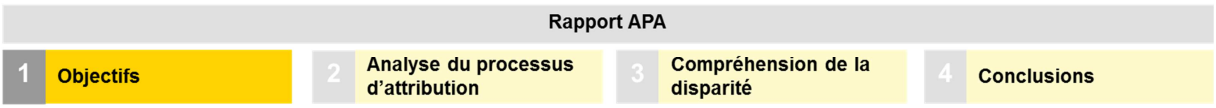
Sommaire 1

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) 2

1. Objectifs 2
2. Analyse du processus d'attribution 4
3. Compréhension de la disparité 35

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

1. Objectifs



La loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a créé l'APA, aujourd'hui principale prestation en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie, qu'elles résident à domicile ou en établissement.

Entrée en vigueur le 1er janvier 2002 en remplacement de la prestation spécifique dépendance (PSD), l'APA s'appuie sur la définition de la dépendance introduite par la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997, à savoir *« l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière »*[1]. Dédiée au financement des dépenses de toute nature (techniques et humaines) définies dans un plan d'aide concourant à l'autonomie du bénéficiaire, elle vient donc compléter les prestations de soins dispensées par des intervenants médicaux et paramédicaux – prises en charge par l'assurance maladie – et élargit ainsi la couverture du risque dépendance pour les personnes âgées.

Comme son nom l'indique, l'APA est une aide personnalisée qui répond aux besoins particuliers de chaque bénéficiaire, qu'il réside à domicile (APA à domicile, qui fera l'objet de notre étude) ou qu'il soit hébergé en établissement (APA en établissement). Elle repose sur une évaluation de la perte d'autonomie du demandeur à partir d'un référentiel commun, la grille AGGIR[2], et sur l'appréciation de sa situation médico-sociale réalisée sur son lieu de vie. Le demandeur se voit alors attribuer un niveau de dépendance, de GIR 1 (très élevé) à GIR 6 (la personne est autonome). Seul un classement dans les groupes GIR 1 à 4 permet l'attribution de l'APA, dont le montant est limité par des plafonds d'aide croissant avec le niveau de dépendance. Enfin, si l'accès à l'APA n'est pas soumis à condition de ressources, les revenus du bénéficiaire sont pris en compte pour le calcul de la part des dépenses restant à charge[3].

Si le cadre juridique national du dispositif est posé par un corpus législatif et réglementaire, sa mise en œuvre relève des départements, chefs de file de la politique sociale à destination des personnes âgées depuis les lois de décentralisation. Ainsi, les conseils départementaux sont notamment responsables des différentes étapes constitutives du processus d'attribution de l'APA : information et accueil du demandeur, instruction administrative du dossier de demande, évaluation et formalisation du plan d'aide, et décision.

[1] Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, Art. 2.

[2] Voir *Glossaire.*

[3] Voir *Glossaire.*

Près de douze ans après la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie, les pratiques départementales sont désormais matures, mais non moins variées d'un territoire à l'autre. Il semble en outre que les acteurs locaux aient investi des marges de manœuvre non négligeables dans l'application des textes. Or, si ces interprétations permettent une adaptation indispensable du cadre national aux spécificités territoriales, elles viennent questionner l'exigence d'équité prévue par l'article L. 116-2 du CASF[4].

Il s'agit dès lors de s'interroger sur la conciliation, tout au long du processus d'attribution de l'APA, entre personnalisation de la prestation, adaptation au contexte local et respect des principes d'égalité et d'équité de traitement des demandeurs devant la loi.

À cette fin, la CNSA a souhaité la réalisation d'une étude quantitative et qualitative des conditions d'attribution de l'APA à domicile, afin de décrire et d'analyser d'une part l'ensemble des étapes du processus d'attribution de l'APA à domicile, et, d'autre part, les caractéristiques et spécificités territoriales (sanitaires, sociales et économiques) dans lesquelles s'inscrivent ces pratiques.

Deux principaux objectifs sont visés à travers cette étude :

1. Observer les principales pratiques organisationnelles et les choix opérés par les différents conseils départementaux dans la mise en œuvre du processus d'attribution de l'APA ;
2. Comprendre les liens entre les modalités organisationnelles, la disparité observée sur les territoires en termes d'attribution de l'APA à domicile et les caractéristiques sociales, sanitaires et économiques des départements.

Ce rapport présente, séparément, les éléments de réponse à ces deux objectifs en mobilisant les résultats de l'analyse des questionnaires et des visites sur site.

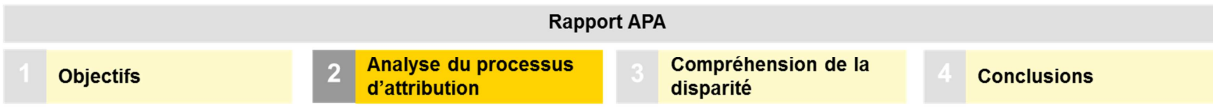
Le détail de la méthodologie de collecte et de traitement de données ainsi que le choix qui a été opéré en termes d'outils statistiques ne sont pas présentés dans ce document et apparaissent en annexe du présent rapport.

Pour rappel, s'agissant du questionnaire d'enquête à l'attention des conseils départementaux :

Nombre de répondants	Nombre de questionnaires considérés comme exploitables
85 % (sur 100 conseils départementaux contactés)	79 soit 93 %

"[4] CASF, Article L. 116-2 : *« L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire. »*

2. Analyse du processus d'attribution



La compréhension des disparités territoriales repose sur une vision claire et précise des conditions d'attribution de l'APA à domicile dans les différents départements. Le croisement des impératifs réglementaires et des marges de manœuvre potentielles autorisées par les textes de loi avec les réalités du terrain permet de réaliser une étude comparée. Cette étude, qui mobilise les résultats du questionnaire administré à l'ensemble des conseils départementaux du territoire, les retours des visites de terrain et le point de vue des usagers, permet donc de cartographier, de manière quantitative et qualitative :

- Les pratiques organisationnelles adoptées par les départements à chaque étape du processus d'attribution de l'APA ;
- Le niveau de variation de ces pratiques entre les départements, afin de distinguer les pratiques partagées des pratiques particulières ;
- Les écarts éventuels entre ces pratiques et la réglementation, en particulier l'existence de pratiques non réglementaires[5].

L'étude comparée concerne l'ensemble du dispositif d'attribution de l'APA à domicile (excluant ainsi les éléments relatifs à l'APA en établissement, mais aussi les étapes ultérieures à la décision – déploiement et suivi du plan d'aide et contrôle d'effectivité notamment) depuis l'émergence de la demande jusqu'à l'ouverture des droits. Ce dispositif peut être scindé en quatre étapes principales :

- Étape 1 : l'accueil et l'information du demandeur ;
- Étape 2 : l'instruction administrative du dossier ;
- Étape 3 : l'évaluation de la demande et la formalisation du plan d'aide ;
- Étape 4 : la décision et la notification de la décision.

Le tableau ci-après[6] précise le cadre réglementaire relatif à l'attribution de l'APA à domicile[7]. Il rappelle, pour chacune des étapes du processus, les articles réglementaires et législatifs relatifs au traitement d'une demande d'APA, et détaille les pratiques organisationnelles afférentes. Il précise le niveau de variation de ces pratiques entre les départements, et met en évidence l'existence de pratiques non réglementées et/ou non réglementaires.

[5] Voir *Glossaire*.

[6] Sauf indication contraire, les articles mentionnés font référence aux parties législative et réglementaire du Code de l'action sociale et des familles (CASF), dans sa version en vigueur au 1er janvier 2012.

Tableau de synthèse

<u>À noter</u> que le tableau se limite exclusivement au cadre réglementaire lié à l'attribution de l'APA à domicile. Ne sont donc pas recensés les articles notamment liés à l'éligibilité du demandeur, aux obligations du bénéficiaire ou au contrôle d'effectivité ou encore à la procédure d'attribution de l'APA en établissement.

Etape	Textes règlementaires et législatifs	Pratiques organisationnelles mises en place	Diversité des pratiques	Modalités d'application de la réglementation	
				Existence de pratiques non-réglementées	Existence de pratiques non-règlementaires
	Dispositions du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)	*Description des différentes pratiques mises en place au sein des CG pour l'organisation de l'attribution de l'APA*	*Variation, entre les départements, des pratiques déclarées dans le questionnaire APA*	*Observation de pratiques qui s'inscrivent dans la latitude laissée par la réglementation*	*Observation de pratiques qui sont en contradiction avec la réglementation*
Accueil et information des demandeurs et des partenaires	• Le CG coordonne les actions menées par les acteurs de l'action sociale en faveur des PA, définit les secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public. *(loi du 13 août 2004, art. 56)* • Pour ce faire, le CG peut s'appuyer sur les CLIC *(loi du 13 août 2004, art. 56)* • Les CLIC sont des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mettant en œuvre des actions de d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services *(CASF, L312-1 I, 11°)* • Parce que leurs interventions relèvent d'une compétence dévolue par la loi au département, les CLIC sont autorisés par le président du CG (CASF, L313-3) • Le CG peut conventionner avec des institutions et organismes publics sociaux et médico-sociaux pour l'accueil et l'information des demandeurs d'APA *(CASF L232-13)* • Les services du Conseil général et les organismes signataires de conventions délivrent les dossiers de demande d'APA *(CASF R323-13)* *<u>A noter</u> que d'autres dispositions concernant les CLIC sont présentées dans la circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001. Cependant, ce texte n'est pas assimilable à une réglementation. Il n'est donc pas repris dans ce schéma.*	Existence et niveau de labellisation des CLIC			
		Réseau de partenaires conventionnés sur l'accueil			
		Niveau de territorialisation			
		Modalités d'accueil généraliste			
		Modalités d'accueil spécialisé et approfondi			
		Actions de communication et fréquence de diffusion des publications			
Instruction administrative du dossier	• Le dossier de demande d'APA comprend un formulaire complété, un RIB ainsi que les pièces justifiant l'identité, les revenus, et le patrimoine du demandeur *(CASF R232-24 et annexe 2-3)* • La PA adresse sa demande au PCG, qui dispose d'un délai de 10 jours pour en accuser réception ou en signifier l'incomplétude au demandeur et informer le maire de la commune de résidence du demandeur du dépôt de sa demande. *(CASF R232-23)* • En cas d'urgence attestée, le PCG peut attribuer une APA forfaitaire à titre provisoire, avec un délai de 2 mois pour régularisation *(CASF L232-12 et R232-29)* • Le CG peut conventionner avec des institutions et organismes publics sociaux et médico-sociaux et de sécurité sociale pour l'instruction de l'APA *(CASF L232-13)* • L 'APA n'est pas cumulable avec la PCH, la MTP, la PCRTP, l'allocation représentative des services ménagers et les aides en nature du CG versés sous forme d'heures d'aide ménagère *(CASF, L232-23)*	Définition de la complétude du dossier			X
		Organisation des équipes d'instruction			
		Modalités de transmission et de réception de la demande			
		Modalités de traitement du dossier (pré-tri, circuits courts...)			
		Informatisation du processus d'instruction			
		Numérisation des dossiers de demande d'APA			
		Conditions et modalités de recours à la procédure d'urgence			X

Etape	Textes règlementaires et législatifs	Pratiques organisationnelles mises en place	Diversité des pratiques	Modalités d'application de la réglementation	
				Existence de pratiques non-réglementées	Existence de pratiques non-règlementaires
	Dispositions du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)	*Description des différentes pratiques mises en place au sein des CG pour l'organisation de l'attribution de l'APA*	*Variation, entre les départements, des pratiques déclarées dans le questionnaire APA*	*Observation de pratiques qui s'inscrivent dans la latitude laissée par la réglementation*	*Observation de pratiques qui sont en contradiction avec la réglementation*
Evaluation de la perte d'autonomie et formalisation du plan d'aide	• **L'évaluation est réalisée par une équipe médico-sociale (EMS) composée au moins d'un médecin et d'un TMS** *(CASF R232-7)* • **La visite au domicile du demandeur est réalisée par au moins un membre de l'EMS** *(CASF R 232-7)* • **Le demandeur et, le cas échéant, son tuteur ou ses proches, reçoivent tous conseils et informations en rapport avec le besoin d'aide.** *(CASF, R232-7)* • **L'évaluation du degré de perte d'autonomie se fait sur la base de la grille nationale AGGIR** *(CASF L232-2)* • **Le médecin désigné par la PA est consulté par l'EMS lors de l'évaluation et assiste, si l'intéressé le souhaite, à la visite à domicile.** *(CASF 232-7)* • **Un plan d'aide doit être élaboré pour les personnes relevant d'un GIR 1 à 4** *(CASF L232-14, R232-7)* • **Un compte-rendu de visite dot être élaboré pour les personnes relevant d'un GIR 5 ou 6** *(CASF L232-14)* • **Le plan d'aide mentionne des dépenses de toute nature pouvant concourir à l'autonomie du demandeur, la recommandation par l'EMS des modalités d'intervention qui lui paraissent les plus appropriées et est assorti du taux de participation du bénéficiaire** *(CASF L232-3,L232-6, R232-7 et R232-8)* • **Le montant maximum du plan d'aide est fixé, pour chaque GIR, par un tarif national** *(CASF L232-3)* • **L'EMS transmet la proposition de plan d'aide assortie du taux de participation financière dans un délai de 30 jours à compter de la date de dépôt du dossier de demande complet** *(CASF R232-7)* • **Le demandeur dispose d'un délai de 10 jours pour accepter la proposition de plan d'aide, présenter des observations ou demander des modifications** *(CASF R232-7)* • **Si le demandeur demande une modification de sa proposition de plan d'aide, une proposition définitive lui est adressée dans les 8 jours** *(CASF R232-7)* • **Le CG peut conventionner avec des institutions et organismes publics sociaux et médico-sociaux et de sécurité sociale pour l'évaluation** *(CASF L232-13)*	**Externalisation de l'évaluation**	Faible Moyenne Forte		
		Taille et composition de l'équipe médico-sociale (EMS)	Faible Moyenne Forte		X
		Place du médecin de ville	Faible Moyenne Forte		X
		Existence d'une étape de pré-évaluation et modalités	Faible Moyenne Forte		
		Modalités, outils et durée de l'évaluation du degré d'autonomie	Faible Moyenne Forte		X
		Elaboration et envoi du compte-rendu de visite pour les GIR 5 et 6	Faible Moyenne Forte		X
		Modalités d'élaboration et de valorisation du plan d'aide	Faible Moyenne Forte		
		Contenu du plan d'aide	Faible Moyenne Forte		
		Modalités de présentation du plan d'aide au demandeur et de suivi de son retour	Faible Moyenne Forte		
		Echanges et harmonisation des pratiques	Faible Moyenne Forte		
Décision et notification de la décision	• **Le PCG prend la décision d'attribution sur la base de la proposition d'une commission** *(CASF L232-12)* • **La composition de la commission est donnée par les textes** *(CASF D232-25)* • **La commission est réunie en tant que de besoin par son président** *CASF D232-25)* • **La commission propose le montant d'APA correspondant aux besoins évalués par l'EMS et aux ressources du demandeur** *(CASF D232-25)* • **La décision mentionne le délai de révision périodique , le montant mensuel de l'APA, la participation financière du bénéficiaire et le montant du 1er versement** *(CASF R232-7)* • **Le PCG dispose d'un délai de 2 mois à compter de la date de dépôt légal du dossier complet pour notifier sa décision au demandeur . Au-delà de ce délai, l'APA est considérée comme étant accordée** *(CASF L232-14)* • **Les droits sont ouverts à compter de la date de notification** *(CASF L232-14)* • **L'APA n'est pas service lorsque son montant est inférieur ou égal à 3 fois la valeur du SMIC horaire** *(CASF L232-25 et R232-31)* • **Le demandeur dispose d'un délai de 2 mois à compter de la date de notification pour déposer un recours amiable devant la commission de proposition et de conciliation (***CASF L232-18, et D232-26)* • **Les recours contentieux sont formés devant la commission départementale d'aide sociale** *(CASF L.232.20)* • **La décision d'APA peut être révisée périodiquement et à tout moment en cas de changement dans la situation du demandeur** *(CASF L232-14, R232-28)*	**Organisation et fréquence de réunion de la commission de proposition**	Faible Moyenne Forte		X
		Modalités d'examen des dossiers en commission	Faible Moyenne Forte		
		Modalités de notification au demandeur	Faible Moyenne Forte		
		Contenu de la décision de notification	Faible Moyenne Forte	X	X
		Date d'ouverture des droits	Faible Moyenne Forte		X
		Délai de révision périodique de l'APA	Faible Moyenne Forte		
		Modalités de suivi et d'information sur la période de révision	Faible Moyenne Forte	X	
		Existence d'un système d'alerte des demandeurs	Faible Moyenne Forte	X	
		Mise en oeuvre de la majoration de la contribution du demandeur	Faible Moyenne Forte		X

Compris comme une synthèse, ce tableau permet d'introduire une vision globale des pratiques organisationnelles mises en œuvre sur les territoires, qui seront détaillées de manière approfondie par étape du processus d'attribution dans la suite de ce document.

Accueil et information du demandeur

Un cadre législatif qui confie aux départements, chef de file de l'action gérontologique, la responsabilité de déterminer les modalités d'accueil et d'information du public, en s'appuyant notamment sur les CLIC.

Une organisation de l'accueil et de l'information des demandeurs laissée à la discrétion des conseils départementaux

La loi du 13 août 2004[1] positionne le conseil départemental comme **chef de file de l'action sociale en faveur des personnes** âgées : il « coordonne (…) les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public ».

Pour ce faire, le département peut notamment s'appuyer sur les CLIC et **conventionner** avec des institutions et organismes publics sociaux et médico-sociaux (CCAS, CIAS ou organismes régis par le code de la mutualité ou SAD agrées)[2] sur toute ou partie de la mise en œuvre de l'APA – et donc *a fortiori* sur l'étape d'accueil et d'information du demandeur – dans le respect du principe du non-cumul des fonctions de prescripteur et de prestataire. Cependant, la réglementation nationale ne donne aucune indication quant au détail des missions relevant des organismes signataires de conventions s'agissant de la phase amont du processus d'instruction de la demande. Seule l'obligation de **mise à disposition de dossiers de demandes d'APA**, qui revient également aux services du département, est clairement édictée par les textes[3].

Il s'agit dès lors pour le département d'**organiser les modalités de coopération** entre tous les intervenants, et de **veiller à la cohérence** et à la coordination des actions entreprises en matière d'accueil et d'information du public. D'importantes marges de manœuvre sont donc laissées à la discrétion des conseils départementaux s'agissant du choix et de la coordination entre les partenaires intervenant lors de cette phase, de la définition des modalités d'accueil, du niveau de territorialisation de cette fonction, ou encore des actions et supports de communication déployés.

Seul le CLIC voit ses missions d'accueil, d'information et d'orientation des personnes âgées clairement explicitées au niveau national

Dès le lancement de son expérimentation en 2000, le centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC) est défini comme une instance de coordination de proximité assurant, *a minima*, les **missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux personnes âgées et à leurs familles.**

[1] Loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, article 56
[2] CASF, article L232-13
[3] CASF, article R232-23

Pour ce faire, la circulaire de 2001 exige, pour une labellisation de niveau 1 (c.-à-d. niveau le plus bas, « porte d'entrée » dans le dispositif CLIC), plusieurs conditions telles que « l'existence d'un local de permanence facilement repérable, d'un accueil téléphonique au-delà des heures ouvrables, d'une base de données compilant les demandes, les attentes, les besoins et les confrontant aux offres disponibles »[1]. Le CLIC doit être en mesure de proposer une information exhaustive sur les aides et prestations pouvant s'adresser à la personne âgée, de lui fournir – si possible – les dossiers de demandes nécessaires à leur obtention et de l'orienter vers le dispositif d'offre de services approprié. Les niveaux de labellisation supérieurs donnent aux CLIC des missions complémentaires en termes d'évaluation des besoins, d'élaboration du plan d'aide, d'information et de prévention (label niveau 2), mais également de suivi et d'évaluation des situations complexes et d'**accompagnement à la constitution des dossiers** de prise en charge pour toutes les aides et services utiles aux personnes (label niveau 3).

Si le cahier des charges des CLIC a perdu sa portée juridique depuis le transfert aux départements de la compétence d'autorisation et de financement des CLIC, la description qu'il fait du rôle des CLIC demeure une référence. Ainsi, si la mise en place des CLIC ne constitue pas une obligation pour les départements, l'exigence d'information du public clairement édictée par la loi du 13 août 2004 fait des quelque 600 CLIC existants sur le territoire en 2013/2014 des **relais d'information naturels** auprès des personnes âgées et de leur entourage.

En pratique, des marges de manœuvre qui jouent davantage sur l'implication des acteurs locaux dans l'accueil des demandeurs que sur ses modalités de mise en œuvre

Une reconnaissance fluctuante du CLIC comme lieu-ressource pour les demandeurs d'APA

En généralisant la création et la labellisation des CLIC à raison d'un au moins par département, avec l'ambition d'en créer 1000 en cinq ans et de les faire évoluer rapidement vers un label niveau 3[2], l'État souhaitait instituer le CLIC comme lieu-ressource pour toutes les personnes âgées, *a fortiori* pour les demandeurs d'APA. Si 79 % des départements interrogés s'appuient effectivement sur les CLIC pour assurer l'information et l'orientation des personnes âgées – missions relevant d'un CLIC labélisé niveau 1 – seuls 43 % ont conventionné avec les CLIC s'agissant spécifiquement de l'information et de l'orientation sur l'APA. Ces derniers assurent également l'accueil spécialisé et approfondi des demandeurs d'APA – missions relevant d'un CLIC labélisé niveau 3 dans 41 % des départements interrogés. C'est que, malgré les orientations nationales, les CLIC disposent d'un rôle variable au sein de chaque département, notamment lié à leur existence ou pas sur le territoire, à leur niveau de labellisation (à ce jour, sur les 545 CLIC existants, 23 % sont de niveau 1, 17 % de niveau 2 et 60 % de niveau 3[3]) et aux missions qui leur sont confiées par les conseils départementaux ou encore à l'existence ou non d'autres acteurs identités et qualifiés – et donc pertinents pour intervenir auprès des personnes âgées. Ces derniers peuvent notamment être sollicités pour assurer, à l'échelle départementale, l'information du grand public.

[1] Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux CLIC – modalités de la campagne de labellisation pour 2001.

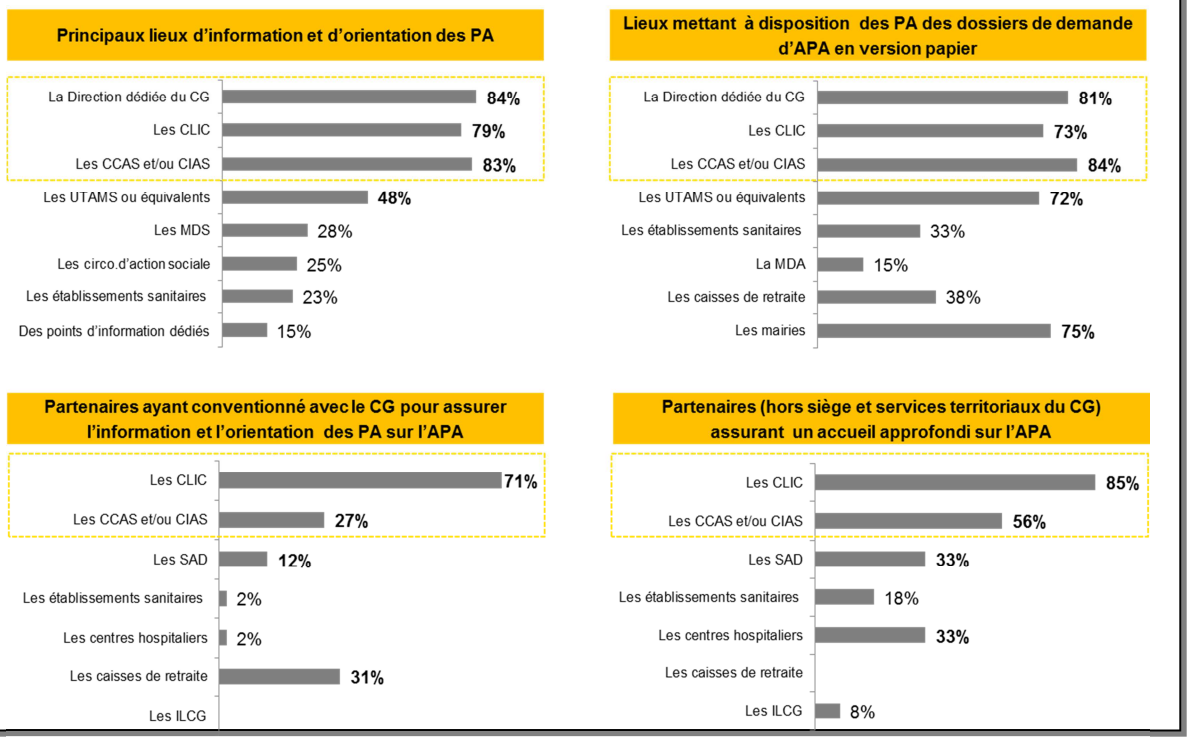
[2] Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux CLIC – modalités de la campagne de labellisation pour 2001.

[3] Source : Portail officiel des CLIC : *clic-info.personnes-agees.gouv.fr/clic/statistiques/construireStatistiques.do*

Conseils départementaux, CCAS et CLIC sont, dans une majorité de départements, les acteurs a minima impliqués dans l'information, l'accueil et l'orientation des demandeurs

Les lieux et partenaires du conseil départemental pour l'information, l'accueil (généraliste ou approfondi), et l'orientation des demandeurs (source : questionnaire EY)

Lecture : dans 84 % des départements, la Direction dédiée du CD assure l'information et l'orientation des personnes âgées



Malgré l'assez large éventail des lieux pouvant assurer l'accueil – généraliste ou approfondi – l'information et l'orientation des demandeurs d'APA, le questionnaire met en évidence un appui récurrent du conseil départemental sur trois d'entre eux, à savoir les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS et CIAS), les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) et le conseil départemental lui-même, via la direction compétente et/ou ses unités territoriales.

Cette observation traduit l'existence de réseaux partenariaux forts permettant d'assurer la territorialisation de l'accueil et de l'information des personnes âgées dans les départements. Le choix du conventionnement, réalisé par 60 % des conseils départementaux, leur permet de fixer très précisément les missions et modalités d'intervention des différents partenaires signataires, notamment en amont du dépôt de dossier de demande d'APA.

Les conseils départementaux assurent, en propre, la mission d'accessibilité physique auprès des demandeurs d'APA

Par accessibilité, on entend l'accessibilité physique via la mise en place d'un ou plusieurs lieux d'accueil des personnes âgées, ainsi que l'accessibilité téléphonique via une permanence ou un numéro de téléphone dédié. Ces différents éléments doivent permettre d'assurer un accueil généraliste du grand public, aussi appelé accueil de premier niveau.

Le questionnaire fait apparaître un fort engagement des conseils départementaux du territoire pour accomplir, en propre, cette mission, via les directions dédiées (direction des solidarités, direction de l'autonomie…) et/ou les services et unités déconcentrés (unités territoriales, circonscriptions…). En effet, 84 % des départements proposent un accueil des personnes âgées au sein même de la direction dédiée, laquelle met à disposition des dossiers de demande d'APA en version papier dans 81 % des départements. Les unités territoriales jouent le rôle de lieux d'information et d'orientation des personnes âgées dans 48 % des départements, et proposent des dossiers vierges dans 72 % des cas. Ces points d'accueil décentralisés ont une amplitude horaire d'ouverture médiane de 7 h du lundi au vendredi – voire au samedi pour 3 départements.
S'agissant de l'accessibilité téléphonique, elle est garantie par la mise en place, dans 31 % des départements, d'un numéro unique d'information dont l'amplitude horaire est pour la quasi-totalité (96 %) supérieure ou égale à celle de l'accueil physique. 20 % de départements proposent un accueil téléphonique au-delà des heures ouvrables.

Un accueil de premier niveau au conseil départemental organisé selon des modalités proches
Qu'il se fasse au siège du conseil départemental ou au sein de ses antennes territoriales, l'accueil de premier niveau est, dans presque tous les départements (94 %), assuré par un agent instructeur. D'autres agents peuvent également assurer ce rôle, soit en lieu et place de l'agent instructeur, soit à ses côtés : agents d'accueil (71 %), membres de l'équipe médico-sociale du conseil départemental (66 %) ou encore travailleurs sociaux (58 %). Les tâches allouées à ce personnel sont sensiblement identiques d'un département à l'autre, et se concentrent principalement sur 7 aspects :

- L'accueil et le renseignement du public (100 %) ;
- La délivrance de formulaires ou de plaquettes d'information (99 %) ;
- L'information sur le suivi du dossier (99 %) ;
- La vérification des droits ouverts de la personne (99 %) ;
- La réception des demandes déposées (95 %) – à différencier de l'établissement des accusés de réception qui n'est effectué par le personnel d'accueil que dans 61 % des départements ;
- La vérification de la complétude du dossier (93 %) ;
- L'aide au remplissage du dossier de demande d'APA (88 %).

À noter que la vérification de la complétude du dossier est une étape préalable et indispensable pour enregistrer les demandes et délivrer les accusés de réception, tâches effectuées par le personnel d'accueil du conseil départemental dans respectivement 83 % et 76 % des départements.

Un accueil spécialisé et approfondi non systématique, mais sensiblement homogène entre les départements
La moitié (48 %) des conseils départementaux proposent un accueil spécialisé et approfondi aux demandeurs d'APA, portant notamment sur l'aide au renseignement du dossier. Dans les départements où une telle mission n'est pas assurée par le conseil départemental, des partenaires se tiennent à la disposition des demandeurs, en particulier les CLIC (85 %), les CCAS et CIAS (56 %) et les services d'aide à domicile (33 %). À noter que ces institutions et organismes publics sociaux et médico-sociaux ont la possibilité de conventionner avec le conseil départemental sur tout ou partie du processus d'attribution et de mise en œuvre de l'APA. S'ils choisissent de conventionner, la loi exige qu'ils mettent à la disposition des dossiers de demandes d'allocation, ce qui est effectivement le cas pour 73 % des CLIC, 84 % des CCAS et 38 % des SAD.

Quand il est effectué par le conseil départemental (siège et/ou services territoriaux), l'accueil spécialisé prend majoritairement la forme d'entretiens physiques ou téléphoniques sans rendez-vous (respectivement 87 % et 85 %) assurés par un agent instructeur (74 %). D'autres agents peuvent également apporter une aide approfondie au demandeur, tels que des travailleurs sociaux (dans 54 % des départements), des agents d'accueil (54 %) ou encore des membres de l'équipe médico-sociale du conseil départemental (49 %).

Un appui ponctuel de la part de tous les agents dans le cadre de l'accueil spécifique

Les visites terrain permettent cependant de relativiser ce résultat : en effet, les agents précités (TS, agents d'accueil et membres de l'EMS) interviennent de **manière ponctuelle** sur l'accueil spécifique, en renfort des agents d'instruction. Il s'agit pour eux de répondre à une demande complexe, de renseigner le demandeur sur l'état d'avancement de son dossier ou encore de pallier un manque de personnel à un instant t. La mission d'accueil approfondie ne constitue donc pas, pour ces agents, leur cœur d'activité.

Plus globalement, et quel que soit le profil des agents impliqués, l'accueil spécifique proposé par les partenaires du conseil départemental répond à deux objectifs majeurs : apporter une aide à la formulation d'une demande (97 %), contribuer au suivi d'une demande en cours (90 %). Ces éléments viennent bien compléter les tâches revenant au personnel assurant l'accueil généraliste des demandeurs d'APA du département.

Bonne pratique : la mise en place d'un guichet intégré sur le territoire couvert par une MAIA, soit 5 pôles gérontologiques

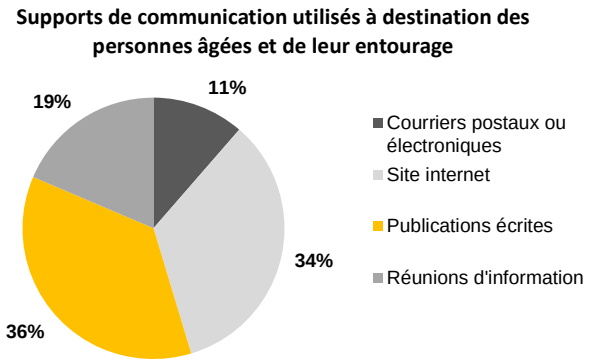
Le guichet intégré a été développé dans le cadre du dispositif MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie). Plus qu'un simple point d'information, il constitue dans ce département un lieu d'accueil, d'écoute et d'orientation des personnes âgées sur le territoire. Ces dernières sont reçues par les secrétaires du pôle qui, si elles identifient un besoin relatif à la dépendance, renseignent un script permettant une analyse multidimensionnelle rapide : santé, autonomie fonctionnelle, aspects familiaux et sociaux, aspects économiques et administratifs, environnement et sécurité individuelle. Sensibilisée à l'offre de soins et de services du territoire, la secrétaire peut alors procéder à l'orientation du demandeur vers le professionnel ou l'établissement adéquat. Si l'APA apparaît comme l'une des réponses au besoin exprimé par la personne accueillie, la secrétaire transmet le script à l'assistante sociale du pôle et envoie un dossier de demande d'allocation à la personne âgée.

Des pratiques de communication et d'information sur l'APA variables

Si les circulaires prévoyant la création et le déploiement des CLIC donnent à ces derniers une mission d'information auprès des personnes âgées et des professionnels, elles ne mentionnent ni les outils ni les pratiques de communication à mettre en œuvre s'agissant spécifiquement de l'APA. En outre, le Code de l'action sociale et des familles ne fixe aux conseils départementaux aucun impératif ayant trait à l'information et à la communication sur l'allocation personnalisée d'autonomie.

Dès lors, les départements ont toute latitude pour mettre en place des campagnes de communication, comme ce fut le cas au cours des 3 dernières années dans 49 % des départements interrogés. Les publics cibles (personnes âgées et leur entourage, associations représentatives, partenaires institutionnels, professionnels) tout comme les supports utilisés (site internet, publications écrites, courriers, réunions d'information, bornes interactives) sont très variables d'un territoire à l'autre. Le site internet fait figure de support d'information principal, quel que soit le public ciblé, en particulier à destination des professionnels et des partenaires (dans 2/3 des départements effectuant des communications). Les publications écrites, généralement ponctuelles (pour 46 % d'entre elles) ou annuelles (38 %) sont quant à elles privilégiées pour assurer l'information des personnes âgées et de leur entourage dans 36 % des départements ayant lancé une campagne auprès du grand public au cours des 3 dernières années.

Une communication à destination des personnes âgées qui reste peu personnalisée, autour de la diffusion d'informations sur le site web et via des publications écrites (plaquettes) :



Instruction administrative du dossier

Un cadre réglementaire strict à l'entrée du processus d'instruction administrative, qui laisse ensuite l'initiative aux conseils départementaux pour élaborer leurs circuits de traitement des demandes

Le Code de l'action sociale et des familles définit précisément les **éléments constitutifs du dossier** de demande d'APA ainsi que les **pièces qu'il est obligatoire** de joindre lors du dépôt afin d'assurer la complétude[1] du dossier.
En effet, si le département garde la possibilité de personnaliser la présentation du dossier de demande, il ne peut faire figurer des rubriques autres que celles détaillées dans les textes, relatives au demandeur lui-même, à ses revenus et à son patrimoine[2]. Le règlement fixe également la liste des **pièces justificatives à joindre impérativement**[3] au dossier de demande, à savoir :

- la photocopie d'une pièce d'identité (livret de famille, carte nationale d'identité, passeport de la Communauté européenne ou extrait d'acte de naissance) ou, s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour ;
- la photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu ;
- la photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties ;
- un relevé d'identité bancaire ou postal.

Au regard de la réglementation, le dossier ainsi constitué – renseignement exhaustif du formulaire de demande et adjonction des pièces justificatives obligatoires – satisfait aux critères de **complétude**. Il doit être adressé au président du conseil départemental[4].
Compte tenu de l'enjeu attaché à la date d'enregistrement du dossier complet, qui fait courir un délai de deux mois à l'issue duquel une décision doit être notifiée au demandeur[5] par le président du conseil départemental, la **procédure de réception** des dossiers de demande d'APA est encadrée par des délais définis réglementairement. Ainsi, le président du conseil départemental dispose d'un délai de dix jours à compter de sa réception pour **accuser réception** d'un dossier de demande complet et pour **informer de son dépôt le maire** de la commune de résidence du demandeur. L'accusé de réception adressé au demandeur mentionne la date d'enregistrement du dossier complet, qui constitue la date légale de dépôt du dossier déclaré complet et symbolise l'entrée de la demande dans le processus d'instruction administrative. En **cas d'incomplétude**, le résident du conseil fait connaître au demandeur le nombre et la nature des pièces justificatives manquantes dans les dix jours suivant la réception du dossier incomplet[6].
En dehors de l'étape de réception des dossiers complets, le cadre législatif et réglementaire laisse aux conseils départementaux le soin de définir et d'organiser les circuits d'instruction administrative à leur gré, en s'appuyant, s'ils le souhaitent, et dans le respect du principe de non-cumul des fonctions de prescripteur et de prestataire, sur des **partenaires conventionnés**[7].

[1] Voir *Glossaire.*
[2] CASF, Article R. 232-24 et Annexe 2-3.
[3] CASF, Article R. 232-24 et Annexe 2-3.
[4] CASF, Article R. 232-23.
[5] CASF, Article L. 232-14.
[6] CASF, Article R. 232-23.
[7] CASF, Article L. 232-13.

Enfin, le Code de l'action sociale et des familles définit les conditions, la durée d'attribution ainsi que le montant alloué dans le cadre d'une **APA d'urgence**[1]. En effet, seules les personnes en situation « d'urgence attestée, d'ordre médical ou social »[2], peuvent se voir attribuer l'allocation à titre provisoire, pour une somme forfaitaire équivalente à la moitié du montant maximum du plan d'aide prévu pour le GIR 1[3]. Cette avance s'impute sur les montants de l'APA versée ultérieurement. La décision relative à l'APA d'urgence, qui revient alors au président du conseil départemental, prend effet à la date d'enregistrement de la demande et court jusqu'à l'expiration du délai de deux mois prévu pour l'instruction administrative. À l'issue de ce délai de deux mois, soit le dossier a pu suivre la procédure ordinaire et est considéré comme étant régularisé, soit il ne l'est pas encore auquel cas la prestation forfaitaire est maintenue jusqu'à la prise de décision.

En pratique, l'instruction administrative revêt des réalités diverses une fois passée l'étape de réception du dossier complet

Une interprétation hétérogène de la notion de complétude du dossier

Selon les textes, un dossier de demande d'APA est considéré comme étant complet lorsque sont joints au formulaire de demande dûment renseigné les 4 pièces justificatives suivantes : une photocopie de pièce d'identité, une photocopie du dernier avis d'imposition, une photocopie du justificatif des taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties, ainsi qu'un RIB.

Or, et malgré ce cadre réglementaire précis, une majorité de départements rendent obligatoires d'autres documents dès le dépôt de la demande, en particulier : une copie du jugement de tutelle (73 % des départements), un certificat médical rempli par le médecin traitant (31 %) ou encore les justificatifs des ressources perçues (24 %). Une liste reprenant l'intégralité des documents à fournir lors de la remise de la demande d'APA est mise à disposition des demandeurs dans 96 % des départements. Si toutes les pièces indiquées sont bien déposées, le dossier est alors considéré comme étant complet dans 94 % des cas.

Des procédures de réception des dossiers sensiblement alignées sur les prescriptions nationales

Les modalités de dépôt traditionnelles (dépôt physique/courrier postal au conseil départemental) restent le vecteur privilégié de transmission des dossiers de demande d'APA. À réception par les services compétents, les dossiers sont systématiquement enregistrés via un système d'information dédié ou un registre physique ou électronique (dans 95 % des cas). Un accusé de réception, papier ou électronique, est alors envoyé au demandeur dans 95 % des départements, dans le respect du délai de 10 jours imposé par les textes. Le document mentionne la date légale de dépôt du dossier déclaré complet qui correspond à la date d'enregistrement du dossier complet et fait courir le délai de 2 mois pour notifier une décision au demandeur. Seule l'information du maire de la commune de résidence, réglementairement prévue dans les 10 jours suivant la réception du dossier de demande, ne semble pas systématique puisqu'opérée par 60 % des départements seulement.

Les visites terrain apportent un éclairage complémentaire sur le devenir des dossiers incomplets – sujet non abordé dans le questionnaire. En effet, si les conseils départementaux ont 10 jours pour informer le demandeur de la nature et des pièces manquantes, ils n'ont aucune obligation s'agissant du traitement des dossiers concernés une fois le délai passé. Dès lors, les conseils départementaux disposent d'une totale liberté pour gérer ces demandes incomplètes et mettent en œuvre des pratiques variables dont certaines ont pu être observées lors des visites de terrain.

[1] CASF Art. L. 232-12.
[2] CASF Art. L. 232-12.
[3] CASF Art. R. 232-29.

Des modalités de traitement des dossiers incomplets hétérogènes

Si la grande majorité des demandes d'APA transmises aux conseils départementaux sont enregistrées dans un outil informatique dédié, toutes n'entrent pas systématiquement dans le processus d'instruction. En effet, les dossiers jugés incomplets peuvent suivre des parcours différents d'un département à l'autre. Comme prévu dans les textes, un courrier précisant la nature et le nombre de pièces manquantes est envoyé au demandeur, lequel dispose de 10 jours pour faire parvenir les éléments indiqués. Dans l'attente du retour du demandeur, certains conseils départementaux initient l'instruction voire l'évaluation médicale, afin de ne pas allonger le délai de traitement total de la demande. D'autres bloquent l'instruction et relancent le demandeur, par courrier et/ou par téléphone, jusqu'à réception des pièces. Le contrôleur ou le membre de l'EMS en charge de la visite à domicile peut parfois intervenir en appui technique afin de récupérer ces éléments. Sans réponse de la part du demandeur dans le délai imparti, certains conseils départementaux sortent les dossiers incomplets de l'outil informatique et les détruisent. Il s'agit ainsi d'ôter les demandes inactives susceptibles d'encombrer les systèmes voire de ralentir le traitement des demandes complètes. Enfin, les dossiers incomplets peuvent faire l'objet d'un rejet administratif par la commission APA de certains départements.

Un recours limité au prétri[1] au profit d'une priorisation quasi généralisée de certaines demandes

Le **prétri** consiste en une analyse rapide des dossiers entrants dans le processus d'instruction. Il s'agit de qualifier puis d'orienter la demande, à partir de critères préalablement définis.

Seuls 17 % des départements ont instauré une phase de prétri systématique en amont de l'étape d'évaluation, avec pour principaux objectifs d'identifier les caractéristiques de la demande (57 %) et de déterminer le mode d'évaluation le plus adapté (50 %). L'identification des situations d'urgence, qui constitue le 3e objectif (36 %) des systèmes de prétri existants, relève davantage des dispositifs de priorisation des dossiers déployés dans 85 % des départements. Il s'agit, sur ces territoires, de traiter en priorité certains types de demandes, en particulier :

- les demandes émanant de personnes dont la situation présente un caractère d'urgence d'ordre médical ou social (90 %) ;
- les sorties d'hospitalisation (69 %) ;
- les procédures d'urgence (62 %).

Les visites de terrain ont montré que ce travail de priorisation permet, en particulier dans les départements qui n'utilisent pas la procédure d'urgence (soit 54 % des départements), d'identifier et d'organiser l'instruction accélérée des dossiers répondant aux critères nationaux de l'APA d'urgence. On constate sur ces territoires une diversité de pratiques pouvant se substituer à la procédure d'urgence définie par les textes, en particulier l'attribution de l'APA sur dossier à titre provisoire (17 %), l'attribution de l'APA au terme d'une instruction accélérée, avec une dimension rétroactive (14 %), ou encore l'attribution de l'APA sur la base de l'évaluation de partenaires à titre provisoire (7 %).

[1] Voir *Glossaire*

Verbatim issus du questionnaire : quelques pratiques se substituant à la procédure d'urgence prévue par la réglementation

La mise en place d'une procédure « accélérée » *: « En cas d'urgence attestée, l'évaluation au domicile du demandeur est organisée dans les plus brefs délais. Le service instructeur mandate auprès de la personne âgée un service d'aide à domicile autorisé pour une intervention en mode prestataire pris en charge par le département le temps d'instruire la demande d'APA. Ainsi, il n'y a pas d'indu constaté. En effet, en cas de rejet de la demande d'APA, l'intervention reste à la charge du département. »*

L'attribution de l'APA sur dossier et sous conditions : *« Nous utilisons un mode d'ouverture de droits à compter de la date de la demande selon la situation de l'usager, qui doit remplir au minimum 2 critères cumulatifs parmi lesquels : grande dépendance (GIR 1 ou 2), isolement, faibles ressources (taux de participation entre 0 et 10 %), fin de vie, pathologies spécifiques, suite d'hospitalisation avec un plan d'aide comme condition au retour à domicile, dépendance d'installation brutale, vulnérabilité. »*

Le traitement de la demande par une cellule dédiée *: « Les situations d'urgence sont traitées par une cellule spéciale capable d'intervenir à domicile dans les 48 h. »*

Une informatisation générale du processus d'instruction qui masque de fortes disparités en termes de maturité numérique[1]

Le questionnaire a permis de mettre en évidence l'utilisation généralisée de logiciels de gestion permettant aux conseils départementaux de suivre l'intégralité du processus d'instruction des demandes d'APA, avec des fonctionnalités souvent similaires d'un département à l'autre : enregistrement du montant du plan d'aide (93 %) et des participations respectives du bénéficiaire (98 %) et du conseil départemental (96 %), édition de documents types (90 %), interfaçage avec les logiciels financiers en vue de l'émission de mandats (71 %)…

Cependant, si l'intégralité des départements use de systèmes informatisés afin de gérer leurs dossiers d'APA, tous ne disposent pas du même niveau de maturité s'agissant de la dématérialisation et de la numérisation. En effet, les pratiques varient fortement entre :

- Les départements qui ont mis en place une plateforme permettant au demandeur de suivre en ligne l'état d'avancement de sa demande (6 %) ;
- Les départements qui ont développé un module permettant la saisie à distance des informations collectées lors de la visite à domicile (17 %) ;
- Les départements qui disposent d'un système d'information générant automatiquement la prise de rendez-vous pour une visite à domicile (17 %), une proposition de plan d'aide suite à l'évaluation par un membre de l'EMS (65 %), ou encore l'inscription du dossier à l'ordre du jour de la commission APA (84 %) ;
- Les départements qui ont numérisé leurs dossiers (14 %) ou projettent de le faire (35 %).

[1] Comme l'ensemble des éléments de processus décrits dans le questionnaire, les données demandées sont datées de 2012. Concernant le numérique, certaines expérimentations qui étaient alors en cours ont pu être généralisées depuis lors.

Une organisation homogène des équipes d'instruction administrative

Enfin, malgré l'absence de prescription de la loi, le questionnaire met en évidence une organisation de l'équipe d'instruction administrative relativement constante d'un territoire à l'autre. En effet, dans l'ensemble des départements ayant répondu, l'équipe est structurée autour d'un ou plusieurs agent(s) instructeur(s). Elle peut notamment comprendre des agents d'accueil (9 %), des membres de l'EMS (9 %), des travailleurs sociaux (TS) ou encore, plus rarement, des agents contrôleurs, des secrétaires médicales et des coordonnateurs. En outre, 84 % des départements ont choisi de structurer leur équipe par zone géographique.

Evaluation de la demande et formalisation du plan d'aide

Une étape scindée en deux phases successives, dont les jalons sont posés au niveau national

Le Code de l'action sociale et des familles distingue deux phases[1] successives et constitutives de l'étape d'évaluation médico-sociale, à savoir :

- L'évaluation du degré de perte d'autonomie, comprenant systématiquement une visite au domicile du demandeur ;
- L'élaboration d'un plan d'aide ou, lorsqu'il n'y a pas lieu, d'un compte-rendu de visite.

Ces deux phases sont opérées dans un délai de trente jours à compter de la date légale de dépôt du dossier de demande complet par une **équipe médico-sociale (EMS**) composée au moins d'un médecin et d'un travailleur social[2],

L'évaluation du degré d'autonomie, une démarche personnalisée reposant sur un référentiel unique
Si le législateur pose le principe d'une aide personnalisée répondant aux besoins particuliers de chaque bénéficiaire, il définit pour cadrer l'évaluation de la perte d'autonomie un **cadre national unique** reposant sur le guide et la grille « Autonomie gérontologie groupes iso-ressources » (AGGIR)[3]. Constituée de dix variables discriminantes (relatives à des activités corporelles et mentales) et de sept variables illustratives (relatives à des activités domestiques et sociales), la grille AGGIR permet aux évaluateurs de **coter le degré de perte d'autonomie** selon trois modalités détaillées dans un guide de remplissage diffusé au niveau national, puis de **déterminer le GIR[4]** du demandeur selon un mode de calcul unique[5].
Cette évaluation est réalisée au domicile du demandeur, par l'un au moins des membres de l'équipe médico-sociale[6]. Peuvent y assister le tuteur et les proches ainsi que, si elle le souhaite, le médecin désigné par la personne âgée – *a priori* son **médecin traitant**. Ce dernier est consulté par l'EMS lors de l'étape d'évaluation, puis à l'occasion de la révision de l'APA[7]. Enfin, la loi donne à la visite à domicile une vocation pédagogique : il s'agit de donner au demandeur et à ses proches « tous conseils et informations en rapport avec le besoin d'aide du postulant à l'allocation personnalisée d'autonomie »[8], comme la nécessité de faire connaître à l'EMS tout changement dans la situation du bénéficiaire.

La consécration légale du plan d'aide comme fondement de l'allocation personnalisée d'autonomie
Le plan d'aide ne revêt un caractère obligatoire que « s'il y a lieu »[9], c'est-à-dire si le demandeur est classé dans l'un des GIR 1 à 4 suite à l'évaluation de son degré de perte d'autonomie lors de la visite à domicile. En effet, lorsque le demandeur relève d'un GIR 5 ou 6, son degré de perte d'autonomie ne le rend pas éligible[10] à l'APA. Un « compte-rendu de visite comportant des conseils »[1] doit alors être établi et transmis au demandeur, en lieu et place du plan d'aide.

---

[1] CASF, Article L. 232-14.
[2] CASF, Article R. 232-7.
[3] CASF, Article L. 232-2.
[4] Voir *Glossaire.*
[5] CASF, Article R. 232-3 et Annexe 2-1.
[6] CASF, Article R. 232-7.
[7] CASF, Article R. 232-7.
[8] CASF, Article R. 232-7.
[9] CASF, Article L. 232-14.
[10] CASF, Article L. 232-2.

Élément pivot de l'allocation personnalisée d'autonomie, le plan d'aide est encadré par plusieurs articles du Code de l'action sociale et des familles :

- s'agissant de son **périmètre** : le plan d'aide vise à couvrir les dépenses de toute nature, dès lors qu'elles concourent à l'autonomie du demandeur[2]. Peuvent notamment être financés la rémunération d'un intervenant à domicile, le règlement des frais d'accueil temporaire (avec ou sans hébergement) ou des services rendus par les accueillants familiaux, ainsi que les dépenses de transport, d'aides techniques, d'adaptation du logement ou encore de portage de repas ;

- s'agissant de son **contenu** : outre le détail des dépenses pouvant être couvertes par l'allocation, le plan d'aide doit mentionner les **modalités d'intervention** les plus appropriées, « compte tenu du besoin d'aide et de l'état de perte d'autonomie du bénéficiaire »[3]. En particulier, et sauf refus exprès du bénéficiaire formulé par écrit[4], le recours à un service prestataire agréé est recommandé pour les personnes nécessitant une surveillance régulière et les personnes relevant d'un GIR 1 ou 2[5]. Enfin, la proposition adressée au demandeur doit comporter « l'indication du taux de sa participation financière »[6], calculée en fonction de ses ressources et selon un barème national revalorisé au 1er janvier de chaque année[7] ;

- s'agissant des **délais**[8] impartis à l'EMS pour le formaliser : l'équipe médico-sociale dispose d'un délai de trente jours à compter de la date légale de dépôt du dossier de demande complet (c.-à-d. date d'enregistrement du dossier de demande complet) pour adresser une proposition de plan d'aide au demandeur. Le cas échéant, ce dernier doit faire connaître par écrit ses observations ou son éventuel refus de tout ou partie du plan d'aide dans les dix jours suivant la réception de la proposition. Il reçoit alors une nouvelle proposition définitive dans les huit jours. Le refus exprès ou l'absence de réponse de l'intéressé dans un délai de dix jours sont alors considérés comme un abandon de sa demande.

Un processus complexe de détermination du montant de l'APA versé

Le corpus législatif laisse de véritables marges de manœuvre aux départements s'agissant du montant du plan d'aide. En effet, bien que réglementairement plafonné[9] dans la limite des tarifs fixés par GIR[10] au niveau national, le montant du plan d'aide est notamment fonction :

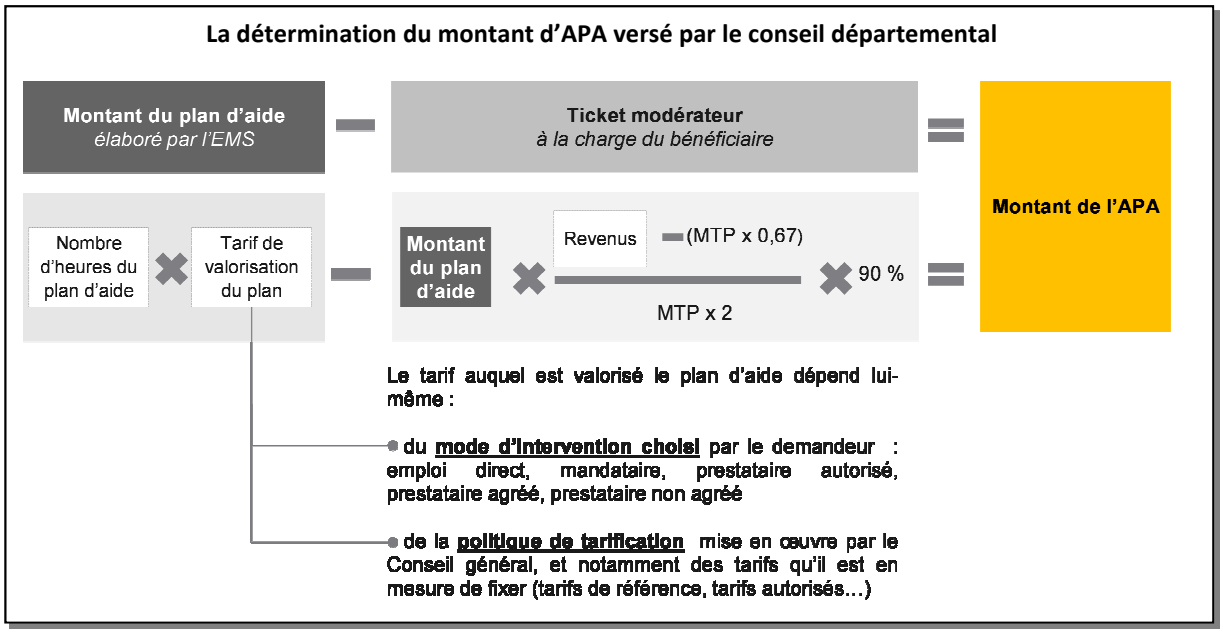
- du **nombre d'heures** d'aide à domicile prescrit par l'équipe médico-sociale, et des autres aides prévues le cas échéant ;

- des **modalités de valorisation** des différentes aides prévues et en particulier de l'aide humaine : en fonction du **mode d'intervention** choisi par le bénéficiaire, et du **tarif** correspondant, la **valorisation** se fera à partir du tarif facturé par le service choisi (recours à une structure autorisée notamment) à partir d'un tarif de référence arrêté par le Président du conseil départemental (recours à une structure agréée ou à un emploi direct notamment).

---

[1] CASF, Article L. 232-14.
[2] CASF, Article L. 232-3 et R. 232-8.
[3] CASF, Article L. 232-6.
[4] CASF, Article R. 232-13.
[5] CASF, Article R. 232-12.
[6] CASF, Article R. 232-7.
[7] CASF, Articles L. 232-4, L. 132-1 et L. 132-2.
[8] CASF, Article R. 232-7.
[9] CASF, Articles L. 232-2 et L. 232-3.
[10] CASF, Article R. 232-10.

Une fois le montant du plan d'aide calculé, le conseil départemental pourra déterminer le montant de l'APA, égal *« au montant de la fraction du plan d'aide que le bénéficiaire utilise, diminué d'une participation à la charge de celui-ci »*[1]. Cette participation correspond au **ticket modérateur**, dont le calcul est strictement encadré par les textes[2]. Il est notamment prévu une majoration de 10 % du ticket modérateur lorsque le bénéficiaire fait appel à un service prestataire non agréé ou à une tierce personne qu'il emploie directement et qui ne justifie pas d'une expérience acquise ou d'un niveau de qualification défini par arrêté ministériel[3].
À noter que certains services ne facturent pas le tarif arrêté par le président du conseil départemental dans le cadre de la procédure d'autorisation et de tarification, mais un tarif supérieur. Si ces services sont des structures autorisées, le conseil départemental prend totalement en charge le différentiel ou une franchise est quand même appliquée au bénéficiaire. En revanche, en cas de structures agréées ou d'emploi direct, le bénéficiaire supporte entièrement le poids financier du différentiel et cela même s'il est exonéré du ticket modérateur dans le cadre de l'APA en raison de ses ressources. On peut dès lors parler de **reste à charge « caché »** – c'est-à-dire hors barème pour le bénéficiaire.



En pratique, les conseils départementaux utilisent plus ou moins les possibilités offertes par la loi et adaptent voire s'écartent parfois de ses dispositions.

[1] CASF, Article L. 232-3.
[2] CASF, Articles L. 232-4, R. 232-5 et R. 232-11.
[3] CASF, Article R. 232-14 ; l'arrêté n'a jamais été pris.

Un recours très limité à l'externalisation pour assurer l'évaluation de la perte d'autonomie des demandeurs d'APA

Malgré la possibilité qui leur est donnée par la loi de faire appel à des **partenaires conventionnés**[1] pour assurer l'évaluation du degré de dépendance des personnes âgées sollicitant l'allocation personnalisée d'autonomie, seuls 15 % des départements affirment confier cette étape à des prestataires, partenaires et expertises extérieures aux services du conseil départemental. Le cas échéant, et mis à part le cas des demandes de révision, les CLIC sont les partenaires les plus sollicités puisqu'ils prennent en charge la moitié des demandes de renouvellement ou émanant de personnes dont la situation présente un caractère d'urgence, et 38 % des premières demandes dont l'évaluation n'est pas opérée par les services du conseil départemental. Les conventions qui régissent ces partenariats sont pour la plupart anciennes, datant de la création de l'APA (entre 9 et 11 ans en moyenne), et répondent à une pluralité d'objectifs qualitatifs (renforcer les liens partenariaux, contribuer à la diffusion de bonnes pratiques en matière d'évaluation gérontologique, faciliter la prise en charge du suivi des personnes à domicile, mobiliser des compétences spécifiques), voire quantitatifs, liés à la diminution des délais de traitement et à la mobilisation de personnel supplémentaire pour pallier la pénurie de ressources humaines au conseil départemental.

Les visites de terrain et les échanges avec les équipes d'évaluation ont confirmé ce faible recours à des partenaires extérieurs pour assurer l'évaluation de la perte d'autonomie des demandeurs d'APA, souvent pleinement assumée par le conseil départemental qui préfère internaliser cette étape jugée décisive.

Les territoires ont adopté des compositions et modalités d'organisation de leurs équipes médico-sociales diverses, mais respectant pour la plupart les prescriptions législatives

Si le Code de l'action sociale et des familles prévoit la présence, *a minima*, d'un médecin et d'un travailleur social[2] (TS) au sein de l'équipe médico-sociale (EMS) en charge de l'évaluation et de la formalisation du plan d'aide, il ne donne aucune autre indication la concernant. Dès lors, les conseils départementaux ont opté pour des formations variables autour du médecin et du TS, ces professions étant toutes deux systématiquement représentées dans 86 % des équipes. En effet, seul un département n'inclut aucun médecin dans son EMS – cette dernière n'étant composée que d'infirmiers, de TS et d'administratifs dont l'un est le coordonnateur de l'équipe –, mais le questionnaire ne permet pas d'apporter d'élément de compréhension quant à cette organisation particulière. En outre, 8 départements disposent d'une EMS dépourvue de travailleurs sociaux. Ce sont donc au total 9 départements qui ne respectent pas la prescription législative.

En termes d'équivalents temps plein (ETP), les professionnels les plus largement représentés sont les travailleurs sociaux (hors assistants sociaux et CESF, en moyenne 9 ETP), les assistants sociaux (8 ETP), les administratifs (7 ETP) et les infirmiers (6 ETP). À noter la présence d'un coordonnateur dans 72 % des départements, ayant une formation médicale ou paramédicale (48 %), managériale (18 %), sociale (18 %) ou administrative (11 %). Le coordonnateur a alors pour missions principales d'apporter un conseil technique aux membres de l'équipe (96 %) et d'assurer l'homogénéité des pratiques d'évaluation des membres de l'équipe (96 %). Ce dernier objectif fait directement écho à la territorialisation quasi généralisée (81 % des départements) des EMS, ce mode d'organisation pouvant favoriser le développement de procédures et modalités d'évaluation hétérogènes entre les différents lieux d'intervention.

[1] CASF, Article L. 232-13.

[2] Le travailleur social (TS) est un professionnel qui œuvre dans le domaine de l'action sociale au sens large. La famille des travailleurs sociaux regroupe ainsi plusieurs corps professionnels et métiers, parmi lesquels l'assistant de service social et le conseiller en économie sociale et solidaire (CESF).

Une place fluctuante pour le médecin de ville

Bien que non obligatoire, le certificat médical fait partie des pièces exigées lors du dépôt du dossier de demande d'APA dans 31 % des départements. C'est que ce document est utilisé systématiquement ou fréquemment, dans 2/3 des départements, afin d'établir le GIR du demandeur. 87 % des conseils départementaux qui l'exigent ont mis en place un certificat standardisé élaboré conjointement avec les médecins libéraux, dans la droite ligne de la loi du 24 janvier 1997[1].

Cependant, si les informations fournies par le certificat médical du médecin traitant peuvent être mobilisées lors de l'évaluation – elles peuvent parfois n'être utilisées qu'à la marge, voire à peine prises en compte, comme c'est le cas dans 19 % des cas. Le certificat médical peut être mobilisé par ailleurs dans le cadre de pratiques de « pré-girage »[2] observées dans respectivement 25 départements.

Et, plus que le certificat médical, c'est la place du médecin au cours du processus d'attribution de l'APA qui est questionnée. En effet, malgré l'obligation pour l'EMS d'associer à la visite le médecin désigné par le demandeur si ce dernier le souhaite, le médecin n'est effectivement présent lors de l'évaluation à domicile que dans 27 % des départements.

Des pratiques de « pré-girage » peu répandues

Le pré-girage, une étape peu systématisée et aux modalités variables

Le **pré-girage**, c'est-à-dire l'attribution prévisionnelle d'un classement dans les groupes GIR 1 à 4 en amont de la visite au domicile du demandeur, est une étape non obligatoire, qui revêt des modalités variables quand elle a lieu. Les visites de terrain ont permis de préciser les modes d'organisation du pré-girage cités dans le questionnaire, et d'identifier les différents intervenants :

- Un **pré-girage effectué par le médecin de ville** à partir d'un certificat médical type élaboré par les services du conseil départemental, souvent listé comme pièce constitutive du dossier de demande sans laquelle ce dernier ne peut être instruit. L'EMS dispose alors d'une première estimation du GIR qu'elle va, suite à la visite à domicile, comparer à sa propre évaluation. À noter un niveau de formation des médecins généralistes à la grille AGGIR hétérogène d'un département à l'autre, ce qui peut limiter la sollicitation du médecin de ville dans le cadre du pré-girage.

- Un **pré-girage effectué par un médecin de l'EMS**, sur la base du certificat médical rempli par le médecin de ville et transmis sous pli cacheté. S'il ne dispose pas de certificat médical, le médecin peut effectuer une visite à domicile uniquement dédiée à l'évaluation du niveau de dépendance du demandeur, qui sera suivie d'une visite dédiée à l'évaluation de ses besoins. Le GIR « médical » peut ensuite être confronté au GIR « social » par l'EMS en charge de l'élaboration du plan d'aide.

- Un **pré-girage effectué par une cellule dédiée** (secrétariat médical, binôme médecin-membre de l'EMS…), sur la base du dossier de demande d'APA comportant généralement le certificat médical du médecin traitant. Si elle est réalisée en amont de la vérification de la complétude du dossier, cette étape permet d'identifier très tôt les demandes non éligibles et de les sortir du processus.

[1] Dans le cadre de la loi du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance (PSD), de nombreux départements ont travaillé avec les médecins libéraux à l'élaboration d'un certificat médical complétant de façon pertinente l'évaluation réalisée par l'équipe médico-sociale sur le lieu de vie de la personne.

[2] Voir encadré suivant *« Le pré-girage, une étape peu systématisée et aux modalités variables ».*

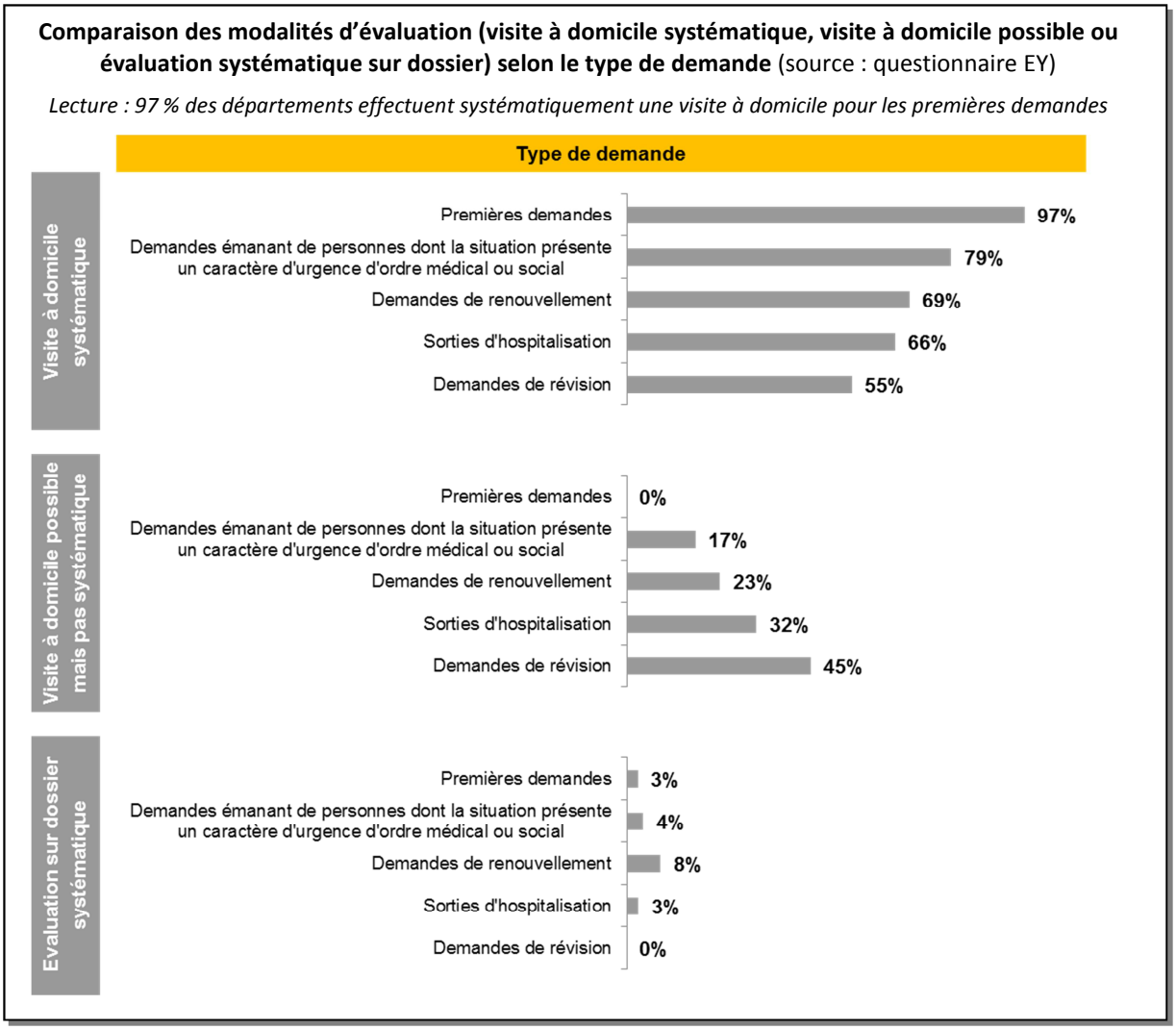
L'évaluation du niveau de dépendance du demandeur se fait au travers de l'attribution d'un GIR[1]. Dans 32 % des départements, une estimation de ce GIR est opérée en amont de la visite à domicile. Cette évaluation se fait par le médecin de ville (50 %), le médecin de l'EMS (29 %) ou un membre de l'EMS (21 %), à partir de la lecture du certificat médical (80 %) et/ou d'une analyse systématique du dossier de demande (32 %).

Une visite à domicile préparée à l'avance dans tous les départements
Que ce soit par téléphone (dans 81 % des départements), et/ou par courrier postal (73 %) ou mail (6 %), le demandeur est informé de la visite de l'EMS *a minima* une semaine à l'avance dans 93 % des départements.

Des modalités d'évaluation globalement homogènes
Bien que mentionnée par la loi dans le cadre de l'évaluation médico-sociale du demandeur d'APA, **la visite à domicile n'est pas toujours réalisée :** pour 19 % des départements, elle n'est pas systématique. Le questionnaire montre que les départements choisissent les modalités d'évaluation (visite systématique, visite possible, mais non systématique, étude sur dossier systématique) en fonction du type de demande, comme le montre le schéma ci-dessous :

Comparaison des modalités d'évaluation (visite à domicile systématique, visite à domicile possible ou évaluation systématique sur dossier) selon le type de demande (source : questionnaire EY)

Lecture : 97 % des départements effectuent systématiquement une visite à domicile pour les premières demandes



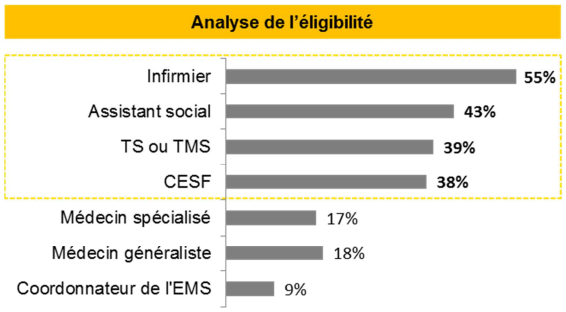
[1] Voir *Glossaire.*

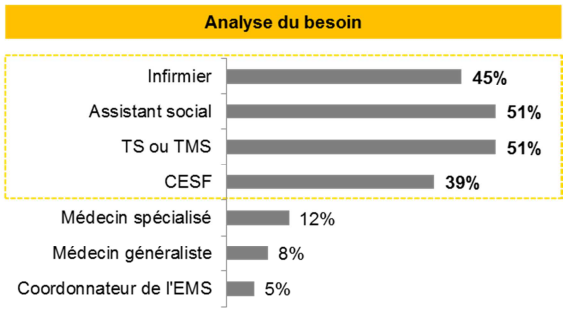
Ainsi les premières demandes font-elles systématiquement l'objet d'une visite à domicile dans 97 % des départements, visite systématique dans seulement 55 % des départements pour les demandes de révision. À noter également le choix d'une évaluation systématique sur dossier pour les demandes de renouvellement dans 8 % des départements. Le cas échéant, des procédures de renouvellement automatiques ou semi-automatiques peuvent être enclenchées afin d'accélérer encore le processus de traitement.

Malgré la formulation du Code de l'action sociale et des familles qui prévoit que l'EMS doit envoyer « l'un au moins [de ses] membres » au domicile du demandeur, seuls 14 % des départements affirment que la visite est systématiquement réalisée par, *a minima*, deux professionnels de l'équipe médico-sociale. Et, quels que soient le nombre de visiteurs à domicile, le type de demande ou encore l'objectif de la visite (analyse de l'éligibilité et/ou analyse du besoin), le panel de profils mobilisés est souvent identique d'un département à l'autre. En effet, les infirmiers, travailleurs sociaux (y compris assistants sociaux et conseillers en économie sociale et familiale (CESF)) interviennent régulièrement au domicile du demandeur, tant sur l'analyse de l'éligibilité que sur l'analyse du besoin, comme le montrent les graphiques ci-après :

Membre(s) de l'EMS effectuant la visite au domicile du demandeur (source : questionnaire EY)

Lecture : Dans 55 % des départements, un infirmier réalise la visite au domicile du demandeur afin d'analyser son éligibilité





Dans un peu plus des 2/3 des départements, les visiteurs passent entre 1 et 2 h au domicile du demandeur. En cohérence avec les prescriptions réglementaires, les membres de l'EMS dépêchés au domicile du demandeur s'appuient systématiquement sur la grille AGGIR, en format standard (96 % des départements) ou adapté. Afin d'évaluer plus globalement la situation et les besoins du demandeur, près de la moitié (47 %) des départements s'appuient sur des outils complémentaires tels que des guides[1] d'évaluation (46 %) incluant des données sociales, environnementales ou médicales, des recueils des besoins (16 %) ou encore des référentiels départementaux (14 %). Tous associent, systématiquement ou ponctuellement, des tiers, généralement l'aidant principal (dans 95 % des cas), souvent la personne en charge de l'aide à domicile du demandeur (64 %) et, plus rarement, le médecin traitant (27 %).

À noter enfin qu'à l'issue de la visite d'évaluation, un échange avec les autres membres de l'EMS est organisé dans 87 % des cas. 1/3 des départements envoient alors, par courrier, le GIR au demandeur.

[1] Parmi les guides d'évaluation utilisés comme outils complémentaires, les répondants ont notamment cité le guide dématérialisé Xtea, le test de l'horloge, le test des 5 mots de Dubois, l'outil SMAF, un outil d'évaluation multidimensionnel lorsque la personne est suivie par un gestionnaire de cas du dispositif MAIA, la grille confinement, le test MMS ou encore l'arbre relationnel.

Une étape d'élaboration du plan d'aide peu différenciée d'un département à l'autre

Le questionnaire met en évidence une certaine régularité dans la formalisation du plan d'aide, systématiquement (99 % des départements) élaboré par un membre de l'équipe médico-sociale comme le prévoit la loi. À l'instar du visiteur à domicile, on distingue quatre profils de professionnels régulièrement sollicités pour rédiger le plan, à savoir les assistants sociaux (62 %), les travailleurs sociaux ou médico-sociaux (56 %), les infirmiers (49 %) et les conseillers en économie sociale et familiale (44 %). Ces derniers utilisent systématiquement des outils d'aide à la décision – non nationaux – en particulier :

- un référentiel tâches/temps permettant de donner le temps de réalisation d'une tâche (65 %) ;
- un référentiel pour la préconisation d'une aide technique (matériel recommandé par type de situation, prix indicatif…) (46 %) ;
- une méthode de conversion des volumes d'heures en euros (prix facturé) permettant de convertir le temps estimé pour la réalisation de l'aide en coût tarifé (39 %).

En outre, 92 % des départements utilisent des référentiels de coûts pour tout ou partie des éléments pouvant composer le plan d'aide, les plus fréquents étant : l'aide humaine (dans 100 % des plans), la fourniture d'hygiène (99 %), l'achat d'une téléalarme (96 %), les frais d'accueil de jour (94 %) et l'aide technique (90 %). Parce qu'ils « concour[ent] à l'autonomie du bénéficiaire », ces éléments entrent bien dans le périmètre défini par le Code de l'action sociale et des familles.

S'agissant plus spécifiquement de la valorisation du plan d'aide, dont le plafond en euros est fixé réglementairement par GIR, les départements s'appuient pour la majorité sur un tarif de référence arrêté par le Président du conseil départemental pour les services agréés (72 %), et sur le tarif arrêté pour les services autorisés (51 %). Seuls 8 % des départements se basent sur un tarif conventionné avec les services agréés. Les visites de terrain ont mis en évidence la variabilité des prix pratiqués par les prestataires de l'aide à domicile au sein d'un même département, cette variabilité ayant un impact direct sur le montant global du plan d'aide.

À noter, en cas de choix du demandeur de recourir à un service prestataire d'aide-ménagère non agréé ou non géré par un CCAS/CIAS, ou à une tierce personne non qualifiée, la faible mise en œuvre de la majoration de la contribution du demandeur de 10 % pourtant prévue par la loi[1]. En effet, seuls 21 % des départements procèdent effectivement au relèvement du ticket modérateur.

Enfin, pour 73 % des départements, la formalisation du plan d'aide se fait en deux temps : il s'agit d'abord de rédiger le plan de manière manuscrite ou informatique puis de le saisir dans le logiciel de gestion APA. 27 % des départements évitent cette double saisie, soit parce qu'ils n'utilisent pas d'outil informatique (9 %), soit au contraire parce que la saisie se fait directement dans le logiciel de gestion (18 %), lequel permet l'édition du plan pour envoi au demandeur.

[1] Art. R. 232-14 du CASF : *« La participation du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie est majorée de 10 % lorsque ce dernier fait appel soit à un service prestataire d'aide-ménagère non agréé dans les conditions fixées à l'article L. 129-1 du Code du travail ou non géré par un centre communal ou intercommunal d'action sociale, soit à une tierce personne qu'il emploie directement et qui ne justifie pas d'une expérience acquise ou d'un niveau de qualification définis par arrêté du ministre chargé des personnes âgées. ».*

Des indications visant à faciliter la mise en œuvre du plan, qui vont au-delà des prescriptions réglementaires

En termes de contenu du plan d'aide, la grande majorité des départements vont au-delà des éléments prévus par la réglementation, qui se limite à mentionner le montant à la charge du bénéficiaire et les modalités d'intervention qui lui paraissent les plus appropriées à la situation de la personne. Ainsi, apparaissent régulièrement dans le plan d'aide :

- le GIR proposé par l'EMS (dans 92 % des départements) ;
- le nombre total d'heures financées (92 %) ;
- le montant global du plan d'aide (90 %) ;
- le montant de la prise en charge du conseil départemental (90 %) ;
- la répartition des heures financées par type d'aide (90 %) ;
- la liste des différentes aides proposées et leur coût (74 %).

58 % des départements accompagnent en outre ces indications de préconisations sur le planning d'intervention, à destination des personnes et services en charge de la mise en œuvre du plan.

Des échanges avec le demandeur pendant et après la formalisation du plan d'aide

Bien que non explicitement mentionnée par la loi, une phase de négociation avec le demandeur et/ou éventuellement avec ses aidants existe au moment de l'élaboration du plan d'aide dans 92 % des départements. Plus de la moitié d'entre eux systématisent cette étape, qui porte généralement sur trois éléments : la nature des prestations (dans 100 % des cas), le volume d'heures attribuées (98 %) et le mode d'intervention (98 %). En revanche, le niveau de dépendance (GIR) est rarement débattu puisqu'il n'est l'objet d'une négociation avec le demandeur que dans ¼ des départements.

Une fois le plan rédigé, et dans le respect du Code de l'action sociale et des familles, 95 % des départements présentent systématiquement la proposition au demandeur pour acceptation, soit dans son intégralité (89 %), soit dans un format simplifié (6 %).

Cependant, les visites de terrain ont fait apparaître des modalités de présentation du plan (au domicile lors de la visite, par courrier…) et de suivi des retours des demandeurs (principe du consentement tacite en l'absence de réponse dans le délai de 10 jours, relance téléphonique systématique…) très différentes d'un département à l'autre, pouvant directement impacter le taux de refus de tout ou partie du plan d'aide proposé par l'EMS, dont la moyenne nationale s'élevait en 2012 à un peu plus de 4 %.

L'organisation de temps d'échanges et d'harmonisation des pratiques au sein des équipes d'évaluation, une pratique généralisée

85 % des départements interrogés affirment avoir mis en place des temps de formation commune destinés à tous les membres de l'équipe, avec pour thématiques principales :

- l'utilisation de la grille AGGIR et la prise en compte de ses évolutions (97 %), en cohérence avec l'obligation d'utiliser systématiquement cette grille pour évaluer le niveau de dépendance de la personne âgée ;
- la sensibilisation à la démarche d'évaluation et à la procédure APA (76 %) ;
- l'élaboration et la formalisation du plan d'aide (67 %) ;
- la sensibilisation aux concepts fondamentaux tels que l'évaluation globale et l'acceptation de la perte d'autonomie (56 %) ;
- l'acquisition de compétences relationnelles telles que l'écoute, le questionnement éthique et la gestion de l'empathie (30 %).

En plus de ces formations communes, 79 % des conseils départementaux ont développé des temps d'harmonisation au sein de leurs équipes, visant à travailler à partir de dossiers communs afin de confronter les pratiques d'évaluation. Ces moments sont organisés de manière périodique, mensuellement (65 %) ou trimestriellement (25 %).

Décision et notification de la décision

Le président du conseil départemental, responsable d'une décision d'attribution précisément encadrée par les textes

Le Code de l'action sociale et des familles désigne le **président du conseil départemental comme responsable de l'attribution** de l'allocation personnalisée d'autonomie. Il prend sa décision sur proposition d'une commission dont il – ou son représentant – assume la présidence[1]. Cette dernière est strictement encadrée par le CASF, lequel définit :

- La **composition de la commission** : outre son président, elle comprend six membres désignés par le président du conseil départemental, à savoir « trois membres représentant le département ; deux membres représentant les organismes de sécurité sociale et un membre désigné au titre d'une institution ou d'un organisme public social et médico-social ayant conclu avec le département [une] convention (…) ou, à défaut, un maire désigné sur proposition de l'assemblée départementale des maires. »[2] ;

- Son **rôle auprès du président du conseil départemental** : la commission propose, pour chaque dossier, le montant d'APA correspondant aux besoins évalués par l'équipe médico-sociale ainsi qu'aux ressources du demandeur. En cas de refus de la proposition par le président du conseil départemental, elle est tenue de formuler une nouvelle proposition présentée lors de la réunion suivante[3];

- Ses modalités de **fonctionnement** : les propositions de la commission sont arrêtées à la majorité des voix. En cas d'égal partage des voix, celle du président est prépondérante. En revanche, le CASF ne définit pas de fréquence de réunion de la commission, laquelle est convoquée en tant que de besoin par son président[4].

La réunion de la commission a donc pour issue la décision qui voit son contenu, son délai de notification, ses conditions et modalités de révision et les voies de recours dont elle peut faire l'objet clairement explicités par la loi. En effet, le Code de l'action sociale et des familles précise :

- Le **contenu** de la décision : elle doit mentionner le délai de révision périodique de l'APA, le montant mensuel de l'allocation, celui de la participation financière (c.-à-d. ticket modérateur) du bénéficiaire ainsi que le montant du premier versement[5] ;

- Le **délai de notification** de la décision : le président du conseil départemental dispose d'un délai de deux mois à compter de la date du dépôt de dossier de demande complet pour prendre et notifier sa décision au bénéficiaire[6]. S'ouvrent alors, à la date de notification, les droits à l'APA[7]. En cas de non-respect du délai, l'allocation est accordée à compter de la date d'ouverture des droits jusqu'à la notification effective au bénéficiaire, pour une somme forfaitaire équivalente à la moitié du montant maximum du plan d'aide prévu pour le GIR 1[8] ;

[1] CASF Art. L. 232-12.
[2] CASF Art. D. 232-25.
[3] CASF Art. D. 232-25.
[4] CASF Art. D. 232-25.
[5] CASF Art. R. 232-27.
[6] CASF Art. L. 232-14.
[7] CASF Art. L. 232-14.
[8] CASF Art. R. 232-29.

- Les **conditions et modalités de révision** de la décision : la décision d'attribution est périodiquement révisée dans un délai déterminé par le président du conseil départemental, en fonction de l'état du bénéficiaire. Elle peut également faire l'objet d'une révision à tout moment à la demande de l'intéressé, ou le cas échéant de son représentant légal, ou à l'initiative du président du conseil départemental si des éléments nouveaux modifient la situation personnelle du bénéficiaire[1]. Si ce changement de situation impacte les ressources du bénéficiaire, le CASF prévoit une réévaluation en tant que de besoin des montants respectifs de l'APA et de la participation financière, à compter du 1er jour du mois qui suit le changement de situation[2] ;

- Les **voies de recours** : qu'il soit amiable ou contentieux, le recours fait l'objet d'une procédure spécifique respectivement mise en œuvre par la commission de proposition et de conciliation en formation élargie et la commission départementale d'aide sociale. Le bénéficiaire de l'APA, son représentant ou toute personne qualifiée disposent d'un délai de deux mois à compter de la date de notification pour effectuer la saisine de l'instance compétente[3].

Enfin, s'il fait référence à un délai de révision périodique de l'APA déterminé en fonction de l'état du demandeur[4], ainsi qu'à une durée de prescription de deux ans au bout de laquelle le bénéficiaire doit apporter la preuve de l'effectivité de l'aide perçue[5], le CASF ne donne aucune indication quant aux modalités de suivi de ces différents délais ni quant à l'information qui est donnée au demandeur – en particulier sur la date de fin du délai de révision de la décision d'attribution.

Dans la pratique, les conseils départementaux s'autorisent des marges de manœuvre plus larges que celles laissées par le cadre réglementaire

Une diversité des modalités organisationnelles relatives à la commission de proposition

Si le législateur laisse au président du conseil départemental toute latitude pour décider de la mise en place de sous-commissions chargées de préparer le travail de la commission de proposition, et pour fixer la fréquence des réunions de ces différentes instances, il encadre précisément la composition, le rôle et les modalités de délibération de la commission de proposition. Or, le questionnaire fait apparaître une diversité de pratiques s'agissant de l'organisation et du rôle de cette commission, cette dernière pouvant ne pas être systématiquement réunie pour l'étude des dossiers.

En effet, les visites terrain ont montré qu'un certain nombre de départements n'ont pas mis en place de commission de proposition, l'ont abandonnée après quelques années de fonctionnement, ou l'ont remplacée par d'autres organes d'aide à la décision – commission médico-technique ou instance de régulation par exemple. On peut dès lors parler de **pratique non réglementaire**[6].

Dans ces conditions, l'examen de tous les projets de décision par la commission de proposition, pourtant exigé par la loi, n'est pas une pratique observée dans l'ensemble des départements. Le questionnaire montre en effet que 35 % des départements ne systématisent pas le passage des dossiers en commission de proposition, et ce quelle que soit leur nature.

[1] CASF Art. R. 232-28.

[2] CASF Art. R. 232-6.

[3] CASF Art. L. 232-18, Art. D. 232-26, Art. L. 232-20.

[4] CASF Art. R. 232-28.

[5] CASF Art. 232-25.

[6] Voir *Glossaire.*

S'agissant de la fréquence des réunions de la commission de proposition, qui peut être convoquée par son président « en tant que de besoin » selon les textes, elle est particulièrement variable : 34 % des départements organisent des réunions mensuelles, 34 % préfèrent des réunions bimensuelles tandis que 24 % optent pour des réunions hebdomadaires voire pluri hebdomadaires.
Enfin, seuls 16 % des départements ont mis en place des sous-commissions au niveau infra départemental, chargées d'assister la commission de proposition dans son rôle d'aide à la décision du président du conseil départemental. Le cas échéant, ces instances sont organisées par secteur géographique ou par typologie de demande.

Les commissions APA virtuelles

On parle de commission « virtuelle » quand la commission APA n'a pas de réalité « physique » : la réunion de ses membres à échéances régulières afin d'examiner les dossiers de demande, pourtant prévue par la loi, n'a pas lieu. Les visites sur site ont montré que la proposition de plan est alors signée par un administratif ayant délégation de signature ou par l'élu lui-même qui reçoit le listing des demandes pour émargement.
Dès lors, l'étude de la proposition de plan puis la décision d'attribution se font en amont de la « commission », par une instance organisée en interne (commission médico-technique, équipe médico-sociale élargie, instance de régulation…).

Une tendance à sélectionner le type de dossiers examinés en commission de proposition
Cette souplesse dans l'organisation de la commission APA se reflète également dans le choix des dossiers à étudier en séance plénière. En effet, le questionnaire fait état de la tendance, pour les départements où la commission ne revoit pas toutes les propositions de plan d'aide (soit 35 % des départements) à systématiser l'examen :

- Des situations jugées complexes (75 %) ;
- Des demandes faisant l'objet d'une interrogation sur l'éligibilité (38 %) ;
- Des demandes émanant des personnes dont la situation présente un caractère d'urgence d'ordre médical ou social (21 %) ;
- Des premières demandes (13 %) et des demandes de révision (4 %).

À noter également le passage systématique en commission de proposition, dans 85 % des départements, des dossiers classés GIR 5 et 6, et/ou des demandes de recours amiable.

La prérogative décisionnelle du président du conseil départemental est à nuancer dans la majorité des départements
Bien que légalement désigné comme le responsable de l'attribution de l'APA, le président du conseil départemental ne contredit que très rarement les propositions présentées par la commission dédiée. En effet, en 2012, seuls 10 % des départements ont vu le président refuser au moins une proposition émanant de l'instance de proposition. Dans les départements concernés, au maximum 10 dossiers ont été rejetés sur une année, pour une médiane à 2 refus, soulignant l'aspect marginal de cette pratique.

Des modalités de notification globalement homogènes, mais qui ne répondent pas nécessairement aux impératifs légaux

Une fois la décision d'attribution entérinée, le retour vers le demandeur est quasi-immédiat dans 95 % des départements. En effet, 65 % des départements envoient au demandeur le courrier de notification dans la semaine suivant la prise de décision, et 30 % s'en chargent dans les deux semaines. 91 % d'entre eux doublent le courrier au demandeur par une information à d'autres acteurs, en particulier les services d'aide à domicile/à la personne (85 % des cas) et/ou le maire de la commune de résidence du demandeur (49 %).

On constate également une certaine homogénéité dans le contenu de la notification de décision envoyée au demandeur, qui comprend systématiquement (c'est-à-dire dans 99 à 100 % des départements ayant répondu) :

- le montant mensuel de l'allocation versée par le département ;
- la participation financière laissée à la charge du bénéficiaire ;
- les possibilités de recours ouvertes à l'intéressé.

En revanche, le délai de révision périodique de l'APA et du montant du premier versement, dont l'indication dans le courrier de notification est pourtant rendue obligatoire par la loi, n'y figurent que dans une minorité de départements (respectivement dans 44 % et 40 % des cas).

À noter que la date de notification de la décision au demandeur, qui vaut ouverture des droits pour l'APA versée à domicile selon la réglementation, ne correspond pas systématiquement à la date à laquelle ils sont effectivement ouverts par les départements. En effet, 10 % d'entre eux font courir les droits à partir de la date de réception du dossier complet – à l'instar de ce qui est prévu par le réglementation concernant les demandes d'APA en établissement – et la moitié choisissent d'autres dates effectives d'ouverture des droits, telles que la date de la réunion de la commission de proposition, ou la date de démarrage de l'aide au domicile du bénéficiaire. **En tout, 3/5 des départements s'écartent donc de la réglementation, dans un sens le plus souvent plus favorable à la personne.**

En l'absence d'indications légales, une hétérogénéité des pratiques de suivi et de mise en œuvre des délais qui tend à compromettre leur bonne application

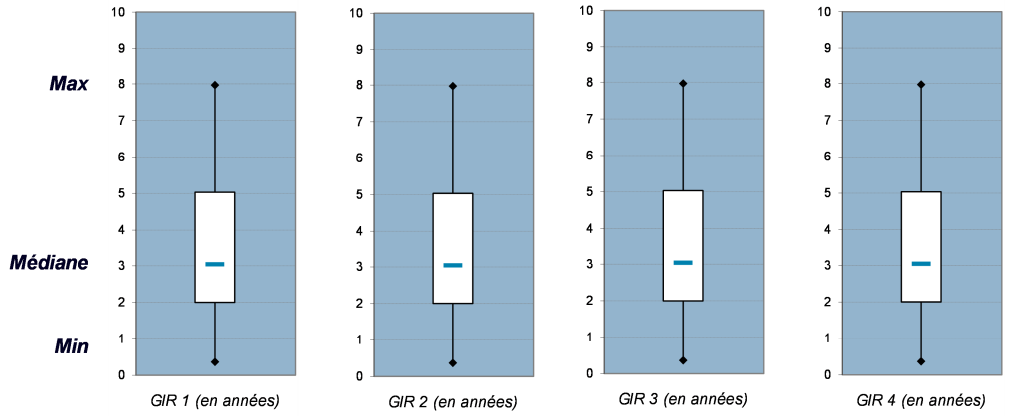
Afin d'encadrer le processus d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie, le législateur a défini un certain nombre de délais à respecter. Cependant, il ne précise pas les modalités de suivi à utiliser. Ainsi les départements ont-ils mis en place une multiplicité de pratiques, allant du suivi entièrement informatisé des délais via un logiciel de gestion (42 %) au suivi intégralement opéré par voie papier (22 %) en passant par des formes partielles de suivi informatique (42 %). Se pose alors la question du respect effectif des délais imposés et, en cas de dépassement, de la mise en œuvre des dispositions prévues.

S'agissant du délai légal d'instruction, entendu comme la durée entre l'enregistrement du dossier complet et la notification de la décision, son dépassement – quand il est avéré – n'enclenche pas systématiquement le paiement d'un montant équivalent à 50 % du plafond du GIR 1. En effet, à peine 6 % des conseils départementaux versent au demandeur cette APA forfaitaire, tandis que 61 % ne la versent pas – les autres départements estiment ne jamais dépasser le délai de deux mois.

Des systèmes d'alerte des demandeurs à l'approche de la date de fin du délai de révision de la décision d'attribution assez répandus, malgré l'absence d'impératif réglementaire

La durée du délai de révision périodique lors d'une première demande
(source : questionnaire EY)

Lecture (pour le GIR 1) : les durées des délais de révision périodique s'échelonnent entre moins de 0,25 et 8 années, autour d'une médiane de 3 ans (barre bleue sur le graphique). 50 % des départements (quartiles 2 et 3) se situent dans une fourchette entre 2 et 5 ans. À noter qu'un grand nombre de valeurs aberrantes ont été sorties du panel.



Malgré la référence à un délai de révision périodique, la réglementation ne fixe pas de durée d'attribution de l'APA. En effet, si la décision – et donc le montant du plan d'aide – peut être révisée, les droits sont ouverts à vie. Il revient au président du conseil départemental d'arrêter la durée de la période au bout de laquelle la décision d'attribution doit être révisée, laquelle peut être fonction du degré de perte d'autonomie du bénéficiaire. En pratique, la durée moyenne de révision s'établit à 3 ans. Cependant, des résultats qui pouvaient paraître aberrants à la lecture du questionnaire ont pu être vérifiés sur site :

Résultat surprenant : l'absence de délai de révision périodique

Plusieurs répondants avaient indiqué, lors du renseignement du questionnaire, une période d'attribution de l'APA de 99 ans. Ce choix de ne pas prévoir de révision systématique au terme d'un délai fixé au moment de la décision d'attribution a pu être vérifié lors des visites sur site. La révision de l'APA intervient alors de manière impromptue à la demande de l'allocataire, du président du conseil départemental ou de ses services.

Afin d'être en mesure d'informer le demandeur de l'imminence de la date de révision de la décision d'attribution, 71 % des départements ont développé des systèmes d'alerte. Il s'agit, dans la très grande majorité des cas (95 %), de courriers postaux ou mails envoyés au demandeur, pouvant être doublés ou remplacés par des appels téléphoniques des services du département voire de procédures de renouvellement toutes ou partie informatisées. Le cas échéant, le demandeur est généralement (94 % des cas) averti dans les 6 mois précédant la date de révision.

****

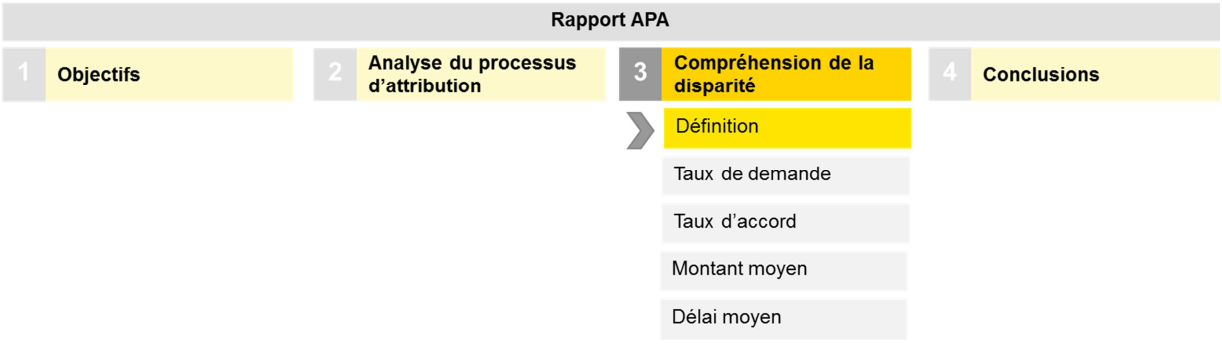
Cette première partie a permis de mettre en évidence **le champ large d'interprétation offert par le cadre réglementaire**, qui autorise, à chaque étape du processus d'attribution, une hétérogénéité des pratiques au sein des départements. Les visites sur site ont permis d'observer des pratiques – parfois en décalage avec la réglementation[1] – mises en œuvre sur le terrain, et d'enrichir les constats obtenus à partir du questionnaire.

Cette diversité organisationnelle nous ramène donc à la question centrale de notre étude : le **processus d'attribution mis en place au sein de chaque département a-t-il un impact sur les disparités observées entre les territoires en termes de taux de demande d'APA,** de taux d'accord, de délais de traitement de la demande ou encore de montant moyen attribué ? Et, au-delà de ces enjeux organisationnels, le contexte socio-économique du département joue-t-il également un rôle ?

La partie suivante propose ainsi une analyse « compréhensive » de la disparité, croisant pour chaque élément de disparité mentionné les résultats des analyses quantitatives et qualitatives.

[1] Voir *Glossaire.*

3. Compréhension de la disparité



La « disparité », concept qui sert de fil directeur à cette étude, se définit comme l'observation de variations importantes entre les territoires des indicateurs de suivi de l'attribution de l'APA (présentés ci-après) en termes de demande, d'accord, de délai de traitement et de montant moyen versé par le conseil départemental.

La première partie du rapport a permis de dresser une cartographie des régularités et des marges de manœuvre dans le traitement des demandes d'APA. Cette vision, au-delà de l'intérêt en termes d'analyse des pratiques, permet de faire un premier pas vers la compréhension de la disparité, qui constitue le cœur de l'étude.

L'objectif de cette partie est donc de mettre en évidence des liens entre les niveaux de disparité observés entre les départements et les pratiques mises en œuvre tout au long du processus d'attribution de l'APA. Et, afin de prendre en compte les spécificités territoriales, l'exercice permettra également de relier, le cas échéant, ces éléments de disparité aux caractéristiques sociales, économiques, démographiques et sanitaires des départements.

1.1. Présentation des 5 indicateurs de disparité

Cinq indicateurs ont été définis et construits avec la CNSA au démarrage de l'étude afin de quantifier la disparité entre les départements (appelés indicateurs de disparité dans la suite du rapport d'étude) : le taux de demande, le taux de première demande, le taux d'accord, le délai moyen de traitement de la demande et le montant moyen versé[1]. En l'absence de données consolidées sur l'APA au niveau national pour certains d'entre eux, ces indicateurs ont été construits sur une base déclarative à partir des chiffres transmis par les conseils départementaux ayant répondu au questionnaire. Chaque indicateur repose sur les définitions proposées dans le *Guide pour la valorisation des données locales dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie* (édition 2009) et validées par le comité de pilotage de la CNSA.

La note méthodologique en annexe du présent rapport détaille la construction de ces indicateurs.

Indicateur	Définition	Source
Taux de demande	Quotient entre le nombre de demandes totales d'APA reçues par les conseils départementaux au cours de l'année 2012[2] et la population de plus de 75 ans du département	*EY (questionnaire en ligne, 2014)*
Taux de première demande	Quotient entre le nombre de premières demandes d'APA reçues par les conseils départementaux au cours de l'année 2012 et la population de plus de 75 ans du département	*EY (questionnaire en ligne, 2014)*
Taux d'accord	Nombre de décisions favorables rendues par le conseil départemental au cours de l'année à la suite d'une demande d'APA (première demande + demande de renouvellement) divisé par le nombre total de décisions rendues par le conseil départemental, multiplié par 100	*EY (questionnaire en ligne, 2014)*
Délai de traitement de la demande	Nombre total de jours écoulés entre la date de recevabilité de la demande d'APA et la date de la décision, pour toutes les décisions prises au cours de l'année, divisé par le nombre de décisions prises par la commission au cours de l'année, divisé par 30,4375 jours	*EY (questionnaire en ligne, 2014)*
Montant moyen versé	Montant total de l'APA à domicile (en euros), versé le dernier mois de l'année 2012, divisé par le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile à la même période	*EY (questionnaire en ligne, 2014)*

N.B. Les taux de première demande et de demande ont fait l'objet d'une étude séparée lors de l'analyse des questionnaires puis lors de visites de terrain. Néanmoins, au regard des très fortes proximités entre les éléments permettant de comprendre les variations de ces indicateurs, EY a fait le choix de les présenter simultanément au sein d'une partie commune, les spécificités des analyses du taux de première demande étant le cas échéant précisées.

[1] Contrairement aux travaux réalisés sur la PCH, le montant moyen étudié ici est le montant effectivement ***versé*** et non le montant attribué dans les plans d'aide.

[2] Les indicateurs 2012 ont été choisis afin de disposer de données homogènes et consolidées au démarrage de l'étude à l'automne 2013.

1.2. Rappels méthodologiques

Les analyses quantitatives et qualitatives menées tout au long de l'étude ont été particulièrement riches en remontées d'informations. Tant l'analyse des questionnaires que les études de terrain ont permis d'identifier de nombreux facteurs de compréhension de la variation des indicateurs de disparité entre les départements. Deux questions principales se sont alors posées lors de la consolidation des données :

1. Comment sélectionner les facteurs de compréhension de la disparité les plus pertinents ?
2. Au regard de la diversité des sources et des outils statistiques utilisés, quelles sont les conditions d'interprétation de ces résultats ?

1.2.1. La sélection des facteurs de compréhension de la disparité pertinents

Les analyses quantitatives et qualitatives ont fait émerger de nombreuses proximités entre variables organisationnelles, contexte socio-économique et indicateurs de disparité. Le travail de sélection des facteurs les plus robustes et les plus pertinents repose donc sur trois objectifs :

- **Assurer la cohérence** entre les résultats quantitatifs et qualitatifs ;
- Identifier les **relations paradoxales**[1] parfois non pertinentes ;
- Présenter les **résultats consolidés** qui permettent de mieux comprendre la disparité.

Pour ce faire, le travail de compréhension s'organise, pour chaque indicateur de disparité, en trois étapes : (1) une présentation de l'ensemble des relations observées quantitativement et qualitativement, (2) l'analyse croisée de ces relations afin de les approfondir puis de sélectionner les plus pertinentes et (3) pour terminer la présentation synthétique des facteurs de compréhension de la disparité *in fine* retenus suite à l'analyse.

[1] L'analyse quantitative réalisée sur les 85 questionnaires a pour objectif de faire apparaître des proximités entre indicateurs (et non des liens de cause à effet directs) : ainsi certains résultats faisant difficilement sens d'un point de vue « métier » et logique doivent-ils être écartés.

Le tableau ci-après détaille ces trois étapes et leurs grilles de lecture respectives.

Étape	Contenu	Lecture
(1) Présentation exhaustive de l'ensemble des proximités observées	Liste brute de l'ensemble des relations observées entre variables organisationnelles, socio-économiques et l'indicateur de disparité concerné.	Liste exhaustive non triée détaillant la richesse des informations rapportées, reprenant l'ensemble des proximités observées en amont du travail de sélection.
(2) Analyse croisée et sélection des facteurs de compréhension les plus pertinents	Le travail de sélection et d'analyse des relations présentées en étape 1 consiste en la caractérisation de la robustesse et de la pertinence de la relation observée de manière quantitative, et à son enrichissement ou non par des données observées sur le terrain ou auprès des bénéficiaires.	Le travail réalisé permet de valider et d'invalider les proximités entre variables observées en fonction de leur pertinence dans la compréhension de la disparité, en mobilisant une expertise métier complémentaire et en illustrant si nécessaire avec des observations du terrain.
(3) Présentation synthétique des résultats	Visualisation conclusive des facteurs de compréhension de la disparité.	Présentation des proximités à retenir pour la compréhension de la disparité, des sources de chacune de ces proximités (analyse quantitative sur les questionnaires d'enquête et étude de terrain auprès de l'échantillon représentatif de 15 conseils départementaux) et des conditions d'interprétation associées.

1.2.2. Conditions d'interprétation des résultats

Il est en effet impératif en conclusion, lors de la présentation synthétique des résultats définitifs, et au regard de la grande diversité des sources mobilisées, de préciser les sources de la relation observée, déterminante au regard de l'utilisation qui pourra être faire des résultats (*cf. tableau récapitulatif méthodologique ci-après*).

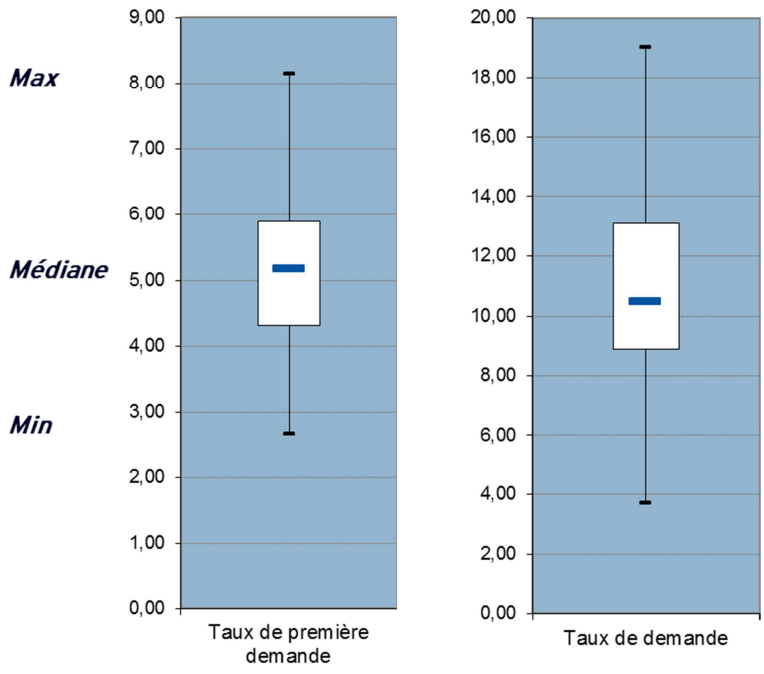
Sources	Description	Conditions d'interprétation	Icône
Analyse quantitative des questionnaires	Relation statistique de proximité observée à l'échelle nationale, entre un niveau d'indicateur de disparité et une variable organisationnelle ou socio-économique	La relation mise en évidence est une proximité statistique et ne correspond pas à un facteur d'explication directe de cause à effet. ***Lecture :*** *les départements présentant cette caractéristique ont tendance à présenter une valeur élevée/faible de l'indicateur de disparité observé.*	
Enquête qualitative	Élément de compréhension observée lors des visites réalisées au sein d'un échantillon représentatif de 15 conseils départementaux	Relation observée sur le terrain permettant d'enrichir une relation quantitative ou mettant en évidence un nouveau levier en dehors du champ du questionnaire.	

****

1.3. Analyse approfondie des taux de demande

1.3.1. Présentation des chiffres

Les diagrammes ci-dessous permettent de visualiser la variation des indicateurs de disparité « taux de demande » et « taux de première demande » sur l'année 2012.



Les taux de première demande observés s'échelonnent entre 2,67 % et 8,14 %, autour d'une médiane de 5,17 % (barre bleue sur le graphique). 50 % des départements (quartiles 2 et 3) se situent dans une fourchette entre 4,32 et 5,89 % (boîte blanche).
S'agissant du taux de demande, la médiane est à 10,50 %. À noter la forte dispersion des taux recensés sur le terrain, entre les deux valeurs extrêmes de 3,7 % et de 19 %. Il s'agira d'expliciter, à travers les analyses quantitative et qualitative, les variables pouvant expliquer de telles différences entre les départements.

1.3.2. Éléments de compréhension d'un taux de demande faible

Présentation exhaustive de l'ensemble des proximités observées :

L'analyse quantitative a permis de mettre en avant quatre caractéristiques socio-économiques partagées par les départements ayant un taux de demande faible… :

- Une part élevée des plus de 75 ans dans la population départementale ;
- Un taux de chômage élevé ;
- Une proportion élevée de bénéficiaires d'allocations sociales ;
- Une part élevée des classes CSP+ et assimilées.

… ainsi que deux pratiques organisationnelles en lien avec un taux de demande faible[1] :

- La mise en place d'une campagne de communication spécifique sur l'APA (relation uniquement observée pour le taux de demande) ;
- La mise en place de conventions avec des partenaires pour assurer l'orientation du demandeur.

Les visites de terrain ont permis d'approfondir les pratiques organisationnelles mises en exergue via l'analyse quantitative. Elles ont en outre mis en exergue des facteurs plus contextuels :

- Un engagement des acteurs locaux aux côtés du conseil départemental pour la prise en charge des personnes âgées non éligibles à l'APA ;
- Un contexte rural où la solidarité intergénérationnelle prévaut sur l'aide institutionnelle ;
- Une certaine défiance des personnes âgées et de leur entourage pouvant freiner le dépôt d'une demande d'APA.

Analyse croisée et sélection des facteurs de compréhension les plus pertinents :

Un département avec une forte proportion de personnes âgées de 75 ans et plus aura tendance à afficher un taux de demande moins élevé
L'analyse des questionnaires a révélé un lien entre une part des plus de 75 ans élevée et un taux de demande faible. La forte représentativité des personnes âgées est caractéristique des départements ayant terminé leur transition démographique. Dès lors, la population potentiellement éligible à l'APA est stabilisée – le taux d'accroissement est quasi nul – et la phase de montée en charge du dispositif est achevée, ce qui se traduit par une stabilisation du taux de demande et par un taux de premières demandes faible.

Un lien entre taux de chômage élevé et taux de demande faible qui n'a pas été validé sur le terrain

Une interprétation délicate du lien entre taux de chômage élevé et taux de demande faible

Selon l'analyse quantitative, il existe un lien entre un taux de chômage élevé et un taux de demande faible. Cette relation est d'autant plus délicate à interpréter que l'analyse quantitative met également en évidence un lien entre taux de chômage élevé et taux de première demande élevé (*cf. taux de demande élevé*). Les visites de terrain n'ont pas permis d'expliciter ce lien, le taux de chômage d'un département n'apparaissant pas comme une variable clé permettant de comprendre la disparité de la demande d'APA, à la différence d'autres indicateurs socio-économiques (comme la part des plus de 75 ans dans la population).

Un département avec une forte proportion de bénéficiaires d'allocations sociales aura tendance à afficher un faible taux de demande

L'analyse quantitative fait apparaître un lien entre une proportion élevée de bénéficiaires d'allocations dans le département et un taux de demande faible.

Une lecture attentive du Code de l'action sociale et des familles, du Code de la sécurité sociale ainsi que des règlements départementaux d'aide sociale apporte un premier élément de compréhension. En effet, un certain nombre de prestations ne sont pas cumulables avec l'APA, en particulier l'aide-ménagère à domicile (AMD) versée par les caisses de retraite, l'allocation représentative des services ménagers et les aides en nature versées par le conseil départemental sous forme d'heures d'aide-ménagère, l'ACTP, la MTP ou la PCH. Tout bénéficiaire de l'une de ces aides ne peut prétendre à l'APA, ce qui peut expliquer le faible taux de demande observé dans les départements où la part de bénéficiaires d'allocations est élevée.

Les visites au sein de départements représentatifs ont permis de vérifier ce principe de vases communicants entre la part de bénéficiaires d'allocations et le taux de demandes d'APA. Elles ont en outre fait émerger l'une des conditions nécessaires à la couverture, via d'autres allocations non cumulables avec l'APA, des besoins des personnes âgées du territoire, à savoir le fort engagement des partenaires – caisses de retraite en particulier – aux côtés du conseil départemental[1].

Un lien entre poids élevé des catégories socioprofessionnelles élevées et assimilées et un faible taux de demande observé lors des visites de terrain

Une relation apparaît, dans l'analyse quantitative, entre un poids élevé des CSP + et assimilées dans la population départementale et un faible taux de demande. Ce résultat, même s'il entre contradiction avec les observations précédentes (lien entre un contexte socio-économique défavorable – taux de chômage et part de bénéficiaires d'allocations élevés – et taux de demande faible), a pu être vérifié lors des visites sur site. Les retours d'expérience du terrain ont ainsi souligné le moindre recours des foyers aisés, notamment pour les personnes éligibles, mais faiblement dépendantes (GIR 3 et 4). Ces personnes, dont le montant d'APA sera faible et qui peuvent par ailleurs bénéficier d'une réduction d'impôt sur leurs dépenses d'aide à domicile, préfèrent alors recourir à l'autofinancement plutôt qu'à l'aide institutionnelle, dans un premier temps.

[1] Voir paragraphe : *« L'engagement des acteurs locaux aux côtés du conseil départemental pour la prise en charge des personnes âgées non éligibles à l'APA mais susceptibles de la demander joue sur le taux de demande. »*

Les départements ayant lancé une campagne de communication auprès du grand public sur l'APA ont tendance à présenter un taux de demande plus faible

Résultat surprenant :
le lien entre communication active sur l'APA et faible taux de demande

L'analyse des questionnaires fait apparaître un lien entre la mise en place d'une campagne de communication spécifique sur l'APA et un taux de demande faible. Ce résultat, surprenant à première vue, a pu être approfondi lors des visites de départements présentant ces deux caractéristiques. L'allocation ayant été créée en 2002, elle jouit aujourd'hui d'une notoriété certaine. Dès lors, les actions de communication mise en œuvre par les départements visent davantage à préciser le dispositif : information sur les modalités de paiement (CESU…), diffusion des partenaires conventionnés pour les interventions à domicile, ou encore rappel des conditions d'éligibilité. S'agissant de ce dernier point, l'information est destinée non seulement aux personnes âgées, mais aussi aux professionnels de santé susceptibles d'orienter – ou de réorienter – le demandeur. Parce qu'il intervient dès la phase d'information du demandeur potentiel, cet aiguillage par les professionnels peut permettre de limiter le dépôt de demandes injustifiées, avec pour conséquence une stabilisation du taux de demande à un faible niveau.

La signature de conventions avec des partenaires formés pour assurer l'accueil approfondi du demandeur favorise la bonne orientation de sa requête

L'analyse quantitative a mis en évidence le rôle déterminant que peut jouer la signature de conventions avec des partenaires pour assurer l'orientation du demandeur sur le taux de demande (y compris taux de première demande). En effet, l'existence de partenariats conventionnés pour l'accueil approfondi du demandeur apparaît comme étant liée à la fois à un taux de demande élevé, mais aussi à un taux de demande faible. Si la première interprétation de ce résultat paradoxal est délicate, le retour des visites de terrain nous permet d'apporter un éclairage mettant en lumière certains mécanismes sous-jacents.

La mise en place de conventions pour assurer l'accueil approfondi permet de multiplier sur le territoire les points de conseil et d'accompagnement spécifique du demandeur sur le territoire. À condition qu'ils aient été formés aux critères de recevabilité et d'éligibilité des dossiers, les partenaires sont à même de limiter le dépôt de demandes « pour voir » ou non recevable – le taux de demande s'en trouvent donc impacté. Le cas échéant, ils peuvent alors réorienter les demandeurs vers les prestations et/ou institutions pertinentes au regard de leurs besoins et de leurs souhaits.

Bonne pratique : les CLIC conventionnés, guichets uniques pour les personnes âgées du département

Dans ce département, l'accueil des demandeurs d'APA est réalisé par les 5 CLIC du territoire dans le cadre d'une convention signée avec le conseil départemental. Perçus comme les guichets uniques à destination des personnes âgées, les CLIC ont pour missions l'accueil, l'information, l'orientation, le conseil et l'accompagnement des seniors. Afin de les mener à bien, plusieurs initiatives ont été mises en place telles que l'organisation régulière de réunions inter-CLIC afin d'aboutir à une harmonisation des pratiques d'accueil. Et dans la perspective de renforcer le dispositif, le conseil départemental réalise également une évaluation des CLIC.

L'engagement des acteurs locaux aux côtés du conseil départemental pour la prise en charge des personnes âgées non éligibles à l'APA, mais susceptibles de la demander joue sur le taux de demande

Une offre locale riche en dispositifs à destination des personnes âgées tend à limiter le recours à l'APA

Les visites sur site au sein de départements disposant d'une large palette de dispositifs à destination des personnes âgées ont mis en évidence un lien entre cet écosystème local et des taux de demande modérés voire bas. En particulier s'agissant des prestations pouvant couvrir tout ou partie du périmètre de l'APA (aide-ménagère à domicile, le portage des repas…) prises en charge par des partenaires du conseil départemental, tels que les caisses de retraite, les communes (via l'aide extralégale) ou encore les associations dédiées.

Bonne pratique : une convention avec les caisses de retraite pour la prise en charge des personnes âgées, qui tend à limiter la demande d'APA

Le conseil départemental rencontré a signé en 2008 une convention avec la CARSAT pour l'évaluation individualisée et la prise en charge des besoins à domicile des personnes âgées non bénéficiaires de l'APA. Suite au dépôt d'une « demande d'aide pour bien vieillir chez soi » (*Cerfa*) à la CARSAT, une évaluation est réalisée par les services départementaux (premières demandes et demandes de renouvellement) et un plan d'aide personnalisé est élaboré (PAP). La CARSAT accorde alors au demandeur un soutien financier permettant de bénéficier des prestations d'aide au maintien à domicile détaillée dans le PAP.
Ce fort engagement de la CARSAT aux côtés du conseil départemental tend à limiter le dépôt de demandes d'APA de personnes non éligibles (GIR 5 et 6) pouvant être prises en charge par la CARSAT, et peut être une variable explicative des faibles taux de demande observés dans le département.

Un contexte rural où la solidarité intergénérationnelle prévaut sur l'aide institutionnelle
Ce lien, qui n'avait pas été directement étudié lors dans l'analyse quantitative, a été décelé lors des visites de terrain dans les départements ruraux ou « hybrides ». En effet, la solidarité intergénérationnelle encore très prégnante dans les territoires ruraux se traduit par une mobilisation importante des proches – voisinage et famille – des personnes en situation de dépendance, en lieu et place des aides à domicile pouvant intervenir dans le cadre de l'APA. L'aide institutionnelle n'est sollicitée qu'en dernier recours – on observe alors une proportion élevée de primodemandeurs évalués GIR 1 ou 2. Cette relation, *a priori* anecdotique, s'est vue confirmée dans les départements combinant tissu urbain et tissu rural. Plus qu'un argument géographique (qui aurait été mis en évidence par l'analyse quantitative), des facteurs culturels et sociologiques sont ici à prendre en compte.

Une certaine défiance des personnes âgées et de leur entourage peut freiner le dépôt d'une demande d'APA et impacter à la baisse les taux de demande

Défiance et méconnaissance du dispositif tendent à limiter les dépôts de demande

Les interlocuteurs rencontrés lors des visites terrain ont mis en avant plusieurs éléments pouvant aider à comprendre le faible taux de demande observé dans leur département :

- Le caractère obligatoire de certaines pièces justificatives jugées sensibles ou non communicables par le demandeur ou son entourage (liste des intérêts de capitaux placés…), qui peut mener à l'abandon de la démarche de demande d'allocation ;
- Les interrogations récurrentes sur le caractère récupérable sur succession de l'APA. Dans le doute, les personnes âgées et/ou leur famille préfèrent ne pas déposer de demande.

Si elles sont partagées par un certain nombre de conseils départementaux rencontrés, ces observations ne peuvent cependant pas être présentées comme des facteurs explicatifs à part entière.

1.3.3. Éléments de compréhension d'un taux de demande élevé

Présentation exhaustive de l'ensemble des proximités observées :

L'analyse quantitative du questionnaire a permis d'identifier des proximités entre un taux de demande élevé et les variables suivantes :

- Un taux de chômage faible pour le taux de demande et un taux de chômage élevé pour le taux de première demande ;
- Une proportion faible de bénéficiaires d'allocations ;
- Une part faible des plus de 75 ans dans la population départementale ;
- Un nombre élevé de premières demandes d'APA à domicile reçues (pour le taux de première demande uniquement) ;
- La mise en place de conventions avec des partenaires pour assurer l'orientation du demandeur ;
- La mise en place de procédures de circuits d'instruction accélérés pour le traitement des demandes d'APA.

À l'exception du point lié au taux de chômage, les éléments présentés ci-dessus sont en lien étroit avec les résultats de l'analyse quantitative réalisée pour le taux de demande faible, corroborant, en miroir, les axes de compréhension identifiés pour un taux de demande faible.

Par ailleurs les visites sur site ont permis d'enrichir cette analyse en mettant en évidence trois éléments organisationnels et/ou contextuels liés à un taux de demande élevé :

- Une diversité et une dispersion des points d'information et d'accueil ;
- Un recours substantiel à la procédure de révision du plan d'aide ;
- Le désengagement progressif d'acteurs historiques de l'aide aux personnes âgées.

Analyse croisée et sélection des facteurs de compréhension les plus pertinents :

Un lien entre taux de chômage et taux de demande qui reste difficile à expliquer

Une proximité paradoxale entre les indicateurs de demande et le taux de chômage

L'analyse quantitative a mis en évidence deux proximités quant au taux de chômage, entre d'un côté un taux de chômage faible et un taux de demande élevé – en miroir de l'analyse quantitative réalisée pour le taux de demande faible – et de l'autre entre un taux de chômage élevé et un taux de première demande élevé. Les visites de terrain n'ont permis ni de confirmer ni d'infirmer ces relations. La majorité des demandeurs d'APA n'étant plus inclus dans la population active, le lien entre taux de chômage et taux de demande apparaît d'autant plus ténu et ne peut être considéré comme pertinent dans la compréhension du taux de demande.

Une faible proportion de bénéficiaires d'allocations sociales en lien avec un fort taux de demande
Cette relation corrobore, en miroir, le lien préalablement identifié entre forte proportion de bénéficiaires d'allocations sociales et faible taux de demande. En effet, compte tenu des règles de non-cumul rappelées dans la partie précédente, et malgré les différences (objet, conditions d'attribution…) entre APA et autres prestations, le principe des vases communicants entre la population des bénéficiaires d'allocations sociales et celle des demandeurs d'APA est un élément de compréhension d'autant plus vraisemblable qu'il a pu être vérifié lors des visites sur site.

Un département avec une faible proportion de personnes âgées de 75 ans et plus aura tendance à afficher un taux de demande plus élevé
Le lien décrit ici est symétrique à la relation observée précédemment entre une part des plus de 75 ans élevée et un taux de demande faible, confirmant ainsi la proximité entre maturité démographique d'un département (caractérisée par la part des plus de 75 ans dans sa population totale) et taux de demande. En effet, une représentativité moindre des personnes âgées est caractéristique des départements en pleine transition démographique. La population potentiellement éligible à l'APA augmente alors régulièrement – le taux d'accroissement de la population âgée est positif – et le territoire connaît une montée en charge du dispositif, ce qui se traduit par des taux de demande élevés.

Le nombre de premières demandes d'APA reçues est lié au taux de première demande
Le taux de première demande correspond au quotient entre le nombre de premières demandes d'APA reçues et la population de 75 ans et plus dans le département. Par construction de l'indicateur, un nombre élevé de premières demandes impacte à la hausse le taux de première demande. Cette tendance peut refléter l'arrivée d'une nouvelle génération de demandeurs potentiels, et vient corroborer le lien précédemment mis en évidence entre maturité démographique du département et taux de demande.

Une proximité paradoxale entre la mise en place de conventions avec des partenaires et le taux de demande qui trouve son sens sur le terrain

L'analyse quantitative a mis en évidence deux proximités quant à la mise en place de conventions avec des partenaires pour assurer l'orientation du demandeur, entre d'un côté la signature de conventions et un taux de demande faible, et de l'autre entre la signature de conventions et un taux de demande élevé. Comme évoqué dans la partie relative au faible taux de demande, le retour des visites de terrain a permis d'expliciter ces relations, dans un sens comme dans l'autre. En effet, l'impact de la mise en place de conventions pour l'accueil approfondi des demandeurs est étroitement conditionné au niveau de maîtrise du dispositif des partenaires mobilisés. Le cas échéant, une méconnaissance de l'APA – et notamment de ses critères de recevabilité et d'éligibilité – de la part de partenaires assurant l'accueil et l'information du grand public peut encourager le dépôt de demandes injustifiées et gonfler ainsi les taux de demande départementaux.

Le lien entre circuits d'instruction accélérés pour le traitement des demandes d'APA et taux de demande élevé n'a pas été validé lors des visites sur site

La mise en place de circuits d'instruction accélérés doit permettre un traitement rapide de certaines demandes préalablement sélectionnées en fonction de critères clairement définis (situations d'urgence, demandes non complexes, modifications simples…).

Un rôle des circuits d'instruction qui n'a pas été vérifié sur le terrain

Les visites au sein des départements présentant des taux de demande élevés n'ont pas permis d'apporter des éléments de justification permettant de corroborer ce lien et de conclure à une corrélation effective entre ces deux éléments.

La diversité et la dispersion des points d'information et d'accueil du grand public sont en lien avec un taux de demande élevé

Les visites de terrain ont permis de mettre en évidence un lien entre diversité et dispersion des antennes et partenaires du conseil départemental en charge de l'accueil et de l'information des demandeurs, et fort taux de demande. En effet, la multiplicité des acteurs dont le niveau de connaissance du dispositif APA peut-être hétérogène tend à compliquer la diffusion d'une information de qualité au grand public. Or, la dispersion géographique souvent inhérente à la diversité de partenaires mobilisés vient accentuer ce phénomène. Diversité et dispersion freinent en effet le déploiement d'actions correctrices telles que la formation aux critères de recevabilité et d'éligibilité, et empêchent la mise en œuvre d'un filtrage des dossiers lors de la phase d'accueil.

Verbatim

« Chez nous, il y a autant de CCAS que de communes, ce qui fait plusieurs centaines de centres d'action sociale susceptibles d'accueillir le demandeur et habilités à recevoir sa demande. Or, il y a de vraies différences entre les CCAS… certains sont bons élèves et maîtrisent le dispositif, d'autres moins, car nous n'avons pas encore eu le temps de les former. Comme ils ne connaissent pas les critères, ils conseillent aux personnes âgées de faire une demande. De ce fait, nous recevons une multitude de demandes qui ne sont pas toujours très bien ficelées… »

Un recours substantiel à la procédure de révision du plan qui impacte à la hausse le taux de demande

L'accroissement conjoncturel des demandes de révision lié au fort taux de demande

Les visites de terrain ont mis en évidence une tendance à la hausse des demandes de révision, impactant logiquement le taux de demande départemental construit comme le quotient entre le nombre total de demandes – y compris de révisions – et la population de 75 ans et plus. Deux éléments viennent expliquer ce recours substantiel à la procédure de révision :

- Le contexte économique défavorable, dans lequel le bénéficiaire se voit contraint de réduire sa participation financière au plan d'aide (ticket modérateur) et dépose donc une demande de révision – à la baisse – aux services du conseil départemental ;
- L'attribution de plans d'aide standardisés, avec le risque d'une inadéquation entre besoins du demandeur et prescriptions de l'EMS. Le cas échéant, le bénéficiaire aura tendance à préférer faire une demande de révision plutôt que d'engager un recours.

Un désengagement progressif des partenaires historiques du soutien aux personnes âgées

Les conseils départementaux, derniers garants du soutien aux personnes âgées ?

Les visites sur le terrain ont fait apparaître un élément complémentaire en lien avec le taux de demande élevé. En effet, des départements font face à un désengagement partiel voire total (révision à la baisse des aides financières consenties, arrêt de la prise en charge des dossiers d'aide-ménagère…) de certains acteurs historiques de l'aide aux personnes âgées, tels que les associations dédiées ou les caisses de retraite. Les demandeurs sont alors redirigés vers le conseil départemental, et notamment vers le dispositif d'allocation personnalisée d'autonomie.
À noter également la tendance de ces partenaires à exiger de la personne âgée qu'elle fournisse la notification de rejet émise par la commission APA pour assurer sa prise en charge. Ce phénomène touche particulièrement les GIR 5 et GIR 6, potentiellement éligibles aux aides au maintien à domicile dispensées par les caisses de retraite, mais inéligibles à l'APA. Ce phénomène impacte donc à la fois les taux de demande (à la hausse) et le taux d'accord (à la baisse) sans jouer sur le nombre d'APA attribuées sur une année.

Verbatim

« On a senti un certain désengagement des caisses de retraite vis-à-vis des GIR 5 et 6, qui a engendré une pollution par des demandes qui n'en sont pas. »

1.3.4. Présentation synthétique des résultats

Les visites de terrain permettent de valider un certain nombre de proximités identifiées dans l'analyse quantitative, en particulier :

- L'impact des variables socio-économiques dans l'explication du taux de demande, en particulier la maturité démographique du département et la proportion de bénéficiaires d'aides sociales ;

- La contribution des variables organisationnelles liées aux modalités d'orientation des demandeurs par les partenaires conventionnés du conseil départemental dans l'explication du taux de demande. Les visites de terrain ont permis d'approfondir ce lien et de mettre en lumière l'impact de la formation de ces partenaires au dispositif d'APA sur le taux de demande, dans un sens comme dans l'autre. Les aspects liés à la communication spécifique sur l'APA, en particulier à destination des professionnels du département, ont également pu être validés sur le terrain ;

- En revanche, les visites sur site n'ont pas permis de corroborer les proximités – inverses – entre le taux de chômage et le taux de demande mises en évidence par l'analyse quantitative. De même, l'impact de la mise en place de procédures de circuits d'instructions accélérés sur le taux de demande n'a pas été vérifié sur le terrain.

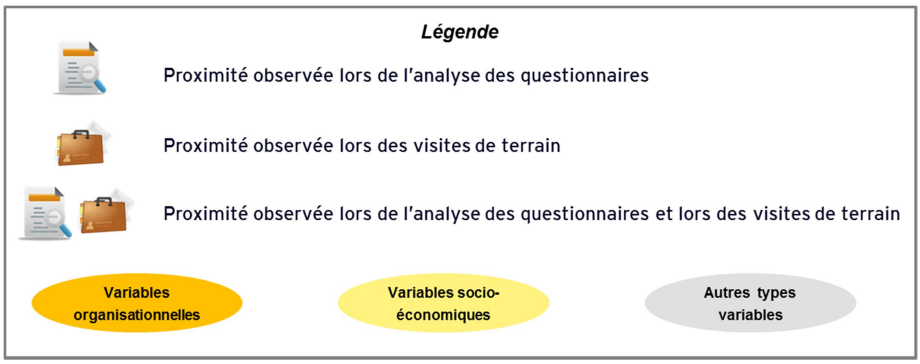
En outre, les observations sur site mettent en évidence un certain nombre d'éléments complémentaires liés au taux de demande :

- La diversité et la dispersion des points d'accueil à destination des personnes âgées, qui tend à freiner la diffusion d'une information homogène et de qualité par des professionnels formés, et encourage le dépôt de demandes injustifiées ;

- Le changement de posture de certains partenaires historiques de l'aide aux personnes âgées, ces dernières se réorientant alors vers le conseil départemental et l'APA ;

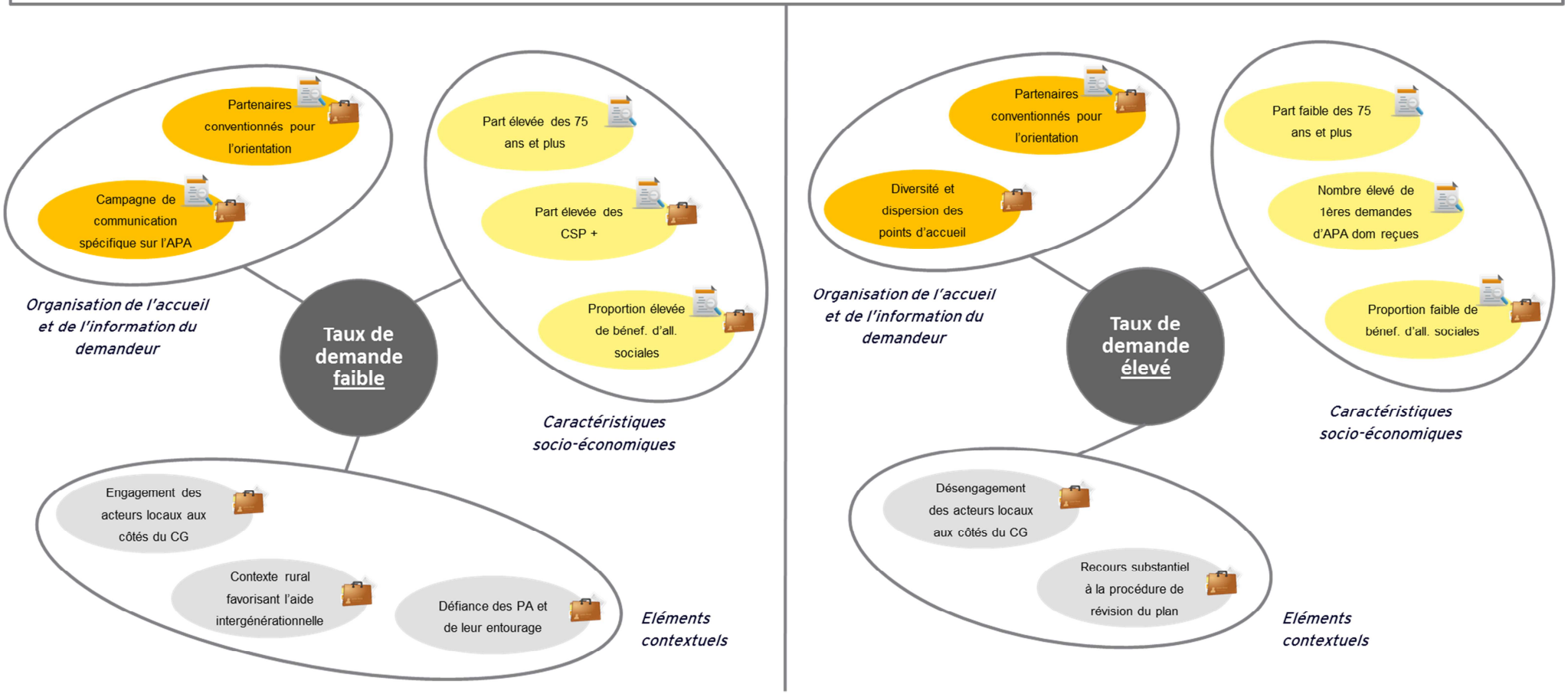
- Le facteur conjoncturel, s'agissant notamment des demandes de révision ;

- Le facteur rural, propice au maintien d'une solidarité intergénérationnelle se substituant à l'aide institutionnelle.

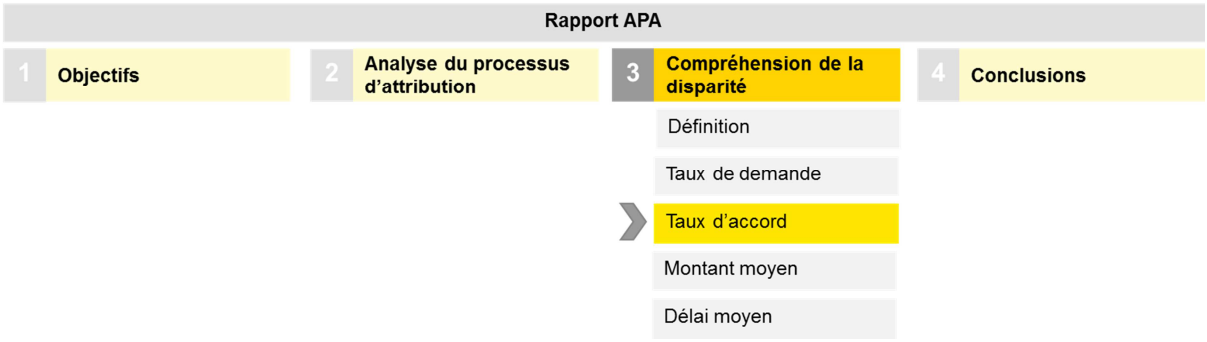


Représentation conclusive des facteurs de compréhension du taux de demande

NB : Ces caractéristiques représentent des proximités observées via l'analyse quantitative et lors des visites de terrain et ne constituent pas de liens de cause à effet.
Les variables identifiées ne doivent pas nécessairement être cumulées.

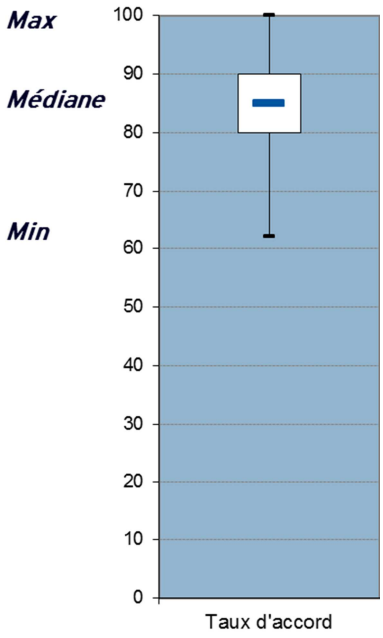


1.4. Analyse approfondie du taux d'accord



1.4.1. Présentation des chiffres

Le diagramme ci-dessous représente la dispersion des taux d'accord déclarés par les départements en 2012, qui s'échelonnent entre les deux valeurs extrêmes de 62 et de 100 %. La moitié des départements se concentrent autour d'un noyau dur à 85 % d'accord (barre bleue) et sont situés dans une fourchette comprise entre 80 et 90 % (boîte blanche).



Cette disparité relativement importante interroge, à première vue, le principe d'équité de traitement entre les territoires. L'analyse des questionnaires, complétée par les visites sur site, a ainsi pour objectif d'identifier les déterminants de cette disparité en isolant les variables organisationnelles et socio-économiques permettant de comprendre une telle variation du taux d'accord entre les départements.

1.4.2. Éléments de compréhension d'un taux d'accord faible

Présentation exhaustive de l'ensemble des proximités observées :

L'analyse quantitative de la disparité a permis de faire émerger quatre éléments fortement liés avec un taux d'accord faible :

- L'absence de circuits accélérés d'instruction des demandes d'APA ;
- La territorialisation des équipes d'évaluation ;
- La non-systématisation de la visite à domicile ;
- L'absence d'utilisation du certificat du médecin de ville dans le cadre du girage[1] du demandeur.

Par ailleurs, les visites de terrain ont fait apparaître des facteurs complémentaires de compréhension d'un taux d'accord faible :

- L'absence de « filtre », que ce soit à l'entrée du processus d'instruction lors du dépôt d'une demande ou au début du processus via une étape de prétri administratif ;
- L'absence d'échanges formalisés entre le demandeur et le conseil départemental en amont de la décision de la Commission APA.

On peut constater que l'ensemble des variables liées à un taux d'accord faible est caractéristique des choix organisationnels retenus par les conseils départementaux, soulignant ainsi l'importance des pratiques et modèles organisationnels dans la compréhension de la disparité du taux d'accord entre les départements. À noter que ces variables organisationnelles concernent toutes les étapes du processus d'attribution, à l'exception de la décision.
Deux questions se posent désormais : l'analyse qualitative permet-elle de confirmer ou d'infirmer ces liens ? En particulier, les visites de terrain confirment-elles le rôle, *a priori* limité, joué par l'étape de décision dans la compréhension d'un taux de demande faible ?

Analyse croisée et sélection des facteurs de compréhension les plus pertinents :

L'absence de circuits accélérés d'instruction des demandes est en lien avec un taux d'accord faible
L'analyse des questionnaires met en évidence un lien entre l'absence de circuits accélérés de traitement des demandes d'APA et le taux d'accord faible. Les visites de terrain ont confirmé ce résultat et permis d'expliciter cette relation. En effet, l'absence de circuits de traitement spécifiques se traduit dans la pratique par une instruction indifférenciée de toutes les demandes, et ce jusqu'à la notification. Des demandes irrecevables ou non éligibles[2], qui auraient pu être écartées en amont du processus lors d'une phase de prétri administratif, passent donc en Commission APA, ce qui impacte à la baisse le taux d'accord.

[1] Voir *Glossaire.*
[2] Voir *Glossaire.*

La territorialisation des équipes d'évaluation, en l'absence d'instance d'harmonisation, est liée au taux d'accord faible

Regroupées sous l'autorité de la direction départementale dédiée, les équipes territorialisées sont déconcentrées à un échelon infradépartemental afin d'assurer leurs missions au plus près du territoire. En ce qui concerne les équipes d'évaluation, le questionnaire a mis en évidence une tendance très forte à la territorialisation puisqu'elle est en mise en œuvre dans 81 % des départements. Les visites sur site ont permis d'approfondir les différentes déclinaisons de cette territorialisation, et d'observer les modalités d'articulation au sein de l'équipe territorialisée, mais aussi – et surtout – avec les agents intervenant sur les étapes antérieures et postérieures.

L'analyse quantitative a mis en évidence un lien entre territorialisation des équipes d'évaluation et faible taux d'accord, vérifié lors des visites au sein des départements représentatifs pour ces deux éléments dès lors qu'il n'existe ni temps ni instance d'harmonisation. En effet, la territorialisation favorise l'émergence de pratiques différenciées d'une équipe à l'autre, et peut freiner la circulation et la communication entre l'équipe d'évaluation et les équipes intervenant en amont et en aval de l'évaluation. Cette hétérogénéité tend à se matérialiser lors de la phase d'élaboration du plan d'aide. Si le département n'a pas mis en place de mécanismes de lissage permettant d'harmoniser les propositions émanant des différentes équipes territorialisées, c'est la Commission APA qui opère alors à la normalisation via le rejet ou l'ajournement des dossiers. Le taux d'accord s'en trouve impacté à la baisse.

Verbatim

« Quand on a "territorialisé" en 2009, nos évaluateurs ont été dispatchés sur les circonscriptions sans véritable suivi. Comme nous recevions beaucoup de recours, nous avons mis en place une Commission APA "interne" avec des médecins et des cadres du service. Lors de cette réunion, nous réajustions quasiment tous les dossiers… c'est ainsi que nous avons compris la nécessité d'harmoniser les pratiques. »

N.B. Le taux d'accord de ce département en 2009 n'a pas été communiqué. En 2012, le département se situait dans le quartile 1 (taux d'accord inférieur à 80 %)

Le lien entre non-systématisation de la visite à domicile et faible taux d'accord n'a pas été vérifié sur le terrain

L'absence de VAD, un risque pour la qualité de l'évaluation ?

Les résultats de l'analyse quantitative mettent en évidence une relation entre non-systématisation des visites à domicile et faible taux d'accord. Si ce lien n'a pas été formellement validé sur le terrain, il apparaît que les EMS ne réalisant pas de visite à domicile prennent le risque de réaliser une évaluation partielle des besoins et de la situation du demandeur, en particulier si ce dernier requiert une aide technique ou une adaptation de son logement. En découle une proposition de plan d'aide inadaptée, susceptible d'être refusée par le demandeur et dont l'examen en commission APA aboutit alors à un rejet.

Un lien entre utilisation du certificat du médecin de ville dans le cadre du girage[1] du demandeur et taux d'accord qui n'a pas été vérifié sur le terrain

Le GIR du médecin traitant est systématiquement utilisé en amont de l'évaluation

L'analyse quantitative a mis en évidence un lien entre la non-utilisation du certificat du médecin de ville dans le cadre du girage du demandeur et un taux d'accord faible. Les visites de terrain n'ont pas permis d'expliciter cette relation. En revanche, tous les départements visités et sollicitant un certificat médical de la part du médecin traitant utilisent le GIR indiqué dans le cadre du pré-girage ou de la pré-évaluation de la demande. Ce GIR peut dans un second temps être ajusté lors de l'élaboration du plan d'aide, au regard de l'évaluation menée par l'EMS. Le GIR finalement retenu ne correspondra donc pas systématiquement au GIR initialement estimé dans le certificat médical.

Des visites sur site qui mettent en évidence le rôle déterminant de l'absence de filtrage en amont du processus de traitement sur le taux d'accord

L'absence de mécanismes de filtrage des demandes en début d'instruction est déterminante

Les visites de terrain ont mis en évidence un lien entre faible taux d'accord et absence de filtre en amont du processus d'attribution de la demande d'APA, en particulier :

- *Lors de la phase d'accueil et d'information* du demandeur : l'absence de filtre se matérialise par une réception indifférenciée de tous les dossiers entrants, qu'ils soient ou pas recevables et/ou complets ;
- *À l'entrée du dossier dans la phase d'instruction* : l'absence de filtre s'entend ici par une absence de prétri administratif permettant de distinguer les demandes prêtes à être évaluées en amont de la phase d'évaluation, à savoir les demandes éligibles.

A défaut de filtre en amont, des demandes irrecevables, incomplètes ou inéligibles parcourent l'intégralité du processus d'attribution jusqu'à l'étape de décision, aboutissant logiquement à un rejet et par conséquent impacte à la baisse le taux d'accord.

Verbatim

« Il y a des filtres qui peuvent exister ailleurs, mais que nous n'avons pas forcément. En effet, nous n'avons ni prétri formalisé à l'étape d'accueil ni prétri effectué à l'étape d'instruction. Les demandes qui arrivent sont directement orientées vers l'instructeur en charge de la zone géographique concernée. »

N.B. Le taux d'accord de ce département en 2012 se situait dans le quartile 1 (taux d'accord inférieur à 80 %)

[1] Voir *Glossaire*

L'absence d'échanges formalisés entre le demandeur et le conseil départemental en amont de la commission APA est liée au taux d'accord faible

L'absence d'échanges avec le demandeur lors de l'élaboration du plan d'aide peut être préjudiciable

Les visites de terrain ont mis en évidence un lien entre l'absence d'échanges entre le demandeur et les services en charge de l'élaboration du plan d'aide et un taux d'accord faible. En effet, une absence de dialogue entre la personne âgée évaluée et l'équipe censée formaliser une proposition de plan tend à limiter les possibilités d'ajuster la proposition au plus près des besoins et de la situation du demandeur. Ce dernier est donc susceptible de refuser le plan d'aide proposé, dont l'examen en commission APA aboutit alors à un rejet.

Une phase de négociation méconnue par les bénéficiaires

Les entretiens menés auprès des bénéficiaires de l'APA montrent que ces derniers ont très peu de visibilité sur le processus global d'attribution de l'allocation. En particulier s'agissant de la phase d'élaboration du plan d'aide à laquelle ils ne semblent pas associés. Cette observation est d'autant plus perceptible dans les départements présentant un taux d'accord faible, où les témoignages recueillis ne mentionnent aucun échange avec les services du conseil départemental entre la visite à domicile de l'EMS et la réunion de la commission APA. Seule la possibilité de refuser le plan d'aide par retour de courrier est évoquée.

« La 2de assistante sociale m'a dit ce serait tant d'heures, puis le conseil départemental s'est réuni et j'ai reçu un courrier me disant que je toucherais tant, et voilà. »

« L'infirmière a rempli des documents pour spécifier le nombre d'heures de ménage et le nombre d'heures effectuées par l'auxiliaire de vie. Ce document doit être signé avec bon pour accord par la personne aidée. »

1.4.3. Éléments de compréhension d'un taux d'accord élevé

Présentation exhaustive de l'ensemble des proximités observées :

Trois éléments apparaissent comme caractéristiques des départements avec un taux d'accord fort selon l'analyse qualitative :

- Le faible nombre de premières demandes d'APA à domicile ;
- La territorialisation des équipes d'évaluation ;
- La non-systématisation de la visite à domicile.

Quatre facteurs complémentaires ont été par ailleurs identifiés lors des visites de terrain :

- L'animation du réseau des partenaires locaux ;
- La mise en place de mécanismes de filtrage en amont du processus d'instruction ;
- L'existence de temps d'échanges et d'harmonisation entre les membres de l'équipe d'évaluation ;
- La multiplicité des points d'échanges possibles entre le demandeur et le conseil départemental en amont de la commission APA.

Deux variables organisationnelles apparaissent de manière identique en lien avec les valeurs basses, mais également avec les valeurs hautes du taux d'accord, à savoir la territorialisation des équipes d'évaluation et la non-systématisation de la visite à domicile. Il s'agira dans cette partie de comprendre et d'approfondir ces relations. Par ailleurs, un levier qui n'apparaissait pas dans l'analyse d'un taux d'accord faible est à prendre en compte dans le cadre de l'analyse du taux élevé : le nombre de premières demandes d'APA à domicile faible.

Analyse croisée et sélection des facteurs de compréhension les plus pertinents :

Un conseil départemental traitant un flux moins important de premières demandes aura tendance à afficher un taux d'accord élevé
Un faible nombre de premières demandes peut découler d'un filtrage de qualité des demandes en amont du processus d'attribution, soit dès la phase d'accueil, soit lors de l'initialisation de l'instruction. Les demandes instruites sont alors celles qui ont été jugées recevables et/ou éligibles, et qui vont donc être fortement susceptibles d'aboutir. Le taux d'accord s'en trouve logiquement impacté à la hausse.

La territorialisation des équipes d'évaluation est liée à un taux d'accord élevé
L'analyse des questionnaires a mis en évidence un lien entre territorialisation des équipes d'évaluation et taux d'accord élevé. Cette relation entre, à première vue, en contradiction avec les résultats de la partie précédente dans laquelle un lien entre équipes d'évaluation territorialisées et taux d'accord faible avait été mis en évidence. Elle a cependant été vérifiée et approfondie sur le terrain.

En effet, les visites au sein de départements ont permis d'identifier les modalités de mise en œuvre de cette territorialisation des équipes d'évaluation, en lien avec des valeurs élevées du taux d'accord. Deux modèles organisationnels se distinguent particulièrement, à savoir :

- Une *territorialisation intégrale* du processus d'attribution : dans ce schéma, la logique de la territorialisation est poussée à son paroxysme puisque toutes les étapes du processus (accueil, instruction, évaluation voire décision) sont décentralisées. Cette configuration facilite la circulation de l'information entre le personnel départemental chargé de l'attribution de l'APA et favorise leur collaboration avec les partenaires locaux du soutien aux personnes âgées afin d'élaborer le plan d'aide le plus pertinent au regard des besoins et de la situation personnelle du demandeur ;

- Une *territorialisation harmonisée* de l'évaluation : dans cette configuration, la territorialisation des équipes d'évaluation s'est accompagnée de la mise en place, au niveau supra-départemental, d'une instance d'harmonisation permettant de « lisser » les plans d'aide émanant des différents territoires. Ainsi les propositions sont-elles systématiquement revues et peuvent, si besoin est, être ajustées avant d'être étudiées par la commission APA. Ce mécanisme de contrôle permet de limiter les risques de rejet par l'instance décisionnaire.

Territorialisation intégrale vs territorialisation harmonisée

Les visites de terrain ont fait émerger un certain nombre de bonnes pratiques mises en œuvre par des départements ayant choisi de territorialiser leurs équipes d'évaluation. Les deux exemples choisis viennent illustrer d'une part la territorialisation intégrale, d'autre part la territorialisation harmonisée.

- La *territorialisation intégrale* : le département est divisé en territoires d'action sociale (TAS) qui assurent, en collaboration avec les partenaires locaux, les étapes d'accueil, d'instruction, d'évaluation et de décision. Une instance de coordination regroupant les acteurs de l'aide sociale, les CLIC et les agents des TAS a été mise en place dans chaque secteur. La direction centrale du conseil départemental assure quant à elle les missions de définition des droits APA et de délivrance des aides. Elle est en outre garante du fonctionnement des commissions APA (territorialisées) et de la commission de recours (départementale). Selon les interlocuteurs rencontrés, cette organisation favorise la proximité avec le demandeur et diminue les délais de traitement.

- La *territorialisation harmonisée* : les équipes d'évaluation sont territorialisées par pôle gérontologique. Au sortir de la visite à domicile, l'évaluateur formalise une proposition de plan d'aide dans une « fiche individuelle » qu'il dépose sur un espace partagé, dans le dossier « À valider ». La fiche est alors systématiquement revue au niveau départemental par un cadre du service social gérontologique ou, si le dossier est complexe et que l'évaluateur en a fait la demande, par l'équipe médico-sociale départementale. Cette instance réunit tous les 15 jours des médecins gériatres, des cadres de pôles et les évaluateurs concernés par les dossiers étudiés, afin de revoir l'intégralité du plan d'aide proposé et, le cas échéant, de l'ajuster. Cette revue systématique, au niveau supra-territorial, de l'intégralité des plans élaborés dans les différents territoires d'intervention, permet d'assurer la qualité et l'harmonisation des propositions qui seront ensuite soumises à la commission APA.

L'organisation non systématique de la visite à domicile est en lien avec le fort taux d'accord

Si l'analyse d'un taux d'accord faible avait mis en évidence un lien entre non-systématisation de la visite à domicile (VAD) et faibles chances d'accord, celle du taux d'accord élevé fait apparaître une relation entre non-systématisation de la VAD et fortes chances d'accord. Les visites de terrain permettent d'apporter un éclairage sur cette relation *a priori* contre-intuitive, sans pour autant formellement la valider.

Les visites au sein de départements présentant cette double caractéristique ont dans un premier temps permis de confirmer les résultats du questionnaire s'agissant de la typologie des demandes. En effet, dans tous les départements visités, les premières demandes font systématiquement l'objet d'une VAD[1]. Dès lors, l'absence de VAD n'est pratiquée que pour certaines demandes sélectionnées pour le moindre niveau de complexité ou pour leur caractère d'urgence, en particulier : les demandes « simples » de renouvellement et/ou de révision (renouvellement à l'identique, changement de prestataires…) et les demandes d'APA d'urgence. Les demandeurs concernés ont donc déjà été visités, ou le seront dans le cadre de la régulation de la demande (pour les procédures d'urgence), ce qui limite le risque d'inadéquation entre le plan d'aide proposé et les besoins du demandeur.

In fine, l'analyse quantitative et les visites de terrain permettent d'affirmer que la non-systématisation de la VAD ne concerne donc qu'un nombre restreint de demandes pour lesquelles des circuits d'instruction différenciés sont mis en place, ce qui permet par ailleurs de désengorger le circuit traditionnel d'attribution.

Verbatim

« Depuis quelques années, nous avons mis en place une nouvelle procédure pour les modifications et les renouvellements simples. Quand le demandeur veut par exemple changer de prestataire ou ajouter une téléalarme, il fait un courrier et les instructeurs ajustent directement le plan sans visite. De même, pour les renouvellements sans changement de situation et pour lesquels on n'observe pas de sous-consommation du plan, on envoie au demandeur une proposition de plan avec demande de pièces actualisées. Si le demandeur refuse la proposition, on repart dans un processus traditionnel avec visite à domicile. »

N.B. Le taux d'accord de ce département en 2012 se situait dans le quartile 3 (taux d'accord supérieur à 90 %)

[1] Pour rappel, les résultats du questionnaire montrent que 97 % des répondants organisent systématiquement une VAD pour les premières demandes. En revanche, la visite n'est systématique que dans 55 % des départements pour les demandes de révision.

L'animation du réseau de partenaires locaux va dans l'intérêt du demandeur

De l'importance d'un réseau de partenaires locaux formés et mobilisés

Les visites de terrain ont mis en évidence l'importance, pour le conseil départemental, de l'organisation et de l'animation du réseau des partenaires locaux du soutien aux personnes âgées. Conformément aux compétences qui lui sont attribuées, il s'agit donc, pour le département, d'assurer le rôle de coordinateur et de garant des politiques locales à destination des seniors. S'agissant plus particulièrement de l'APA, les visites de terrain ont permis d'identifier des pratiques locales pouvant impacter le taux d'accord, en particulier :

- Une *formation régulière des professionnels* en contact direct avec le demandeur (CLIC, médecins de ville, assistantes sociales de secteur, MAIA, agents d'accueil des unités décentralisées…) au dispositif APA via des réunions d'information, des séminaires d'approfondissement, des groupes de travail infradépartementaux ou encore des communications spécifiques (par exemple aux médecins pour leur rappeler la nécessité de fournir un certificat médical exhaustif). Davantage sensibilisés aux conditions d'attribution de l'allocation, ces professionnels seront alors à même de réorienter, le cas échant, les demandeurs potentiels vers les dispositifs les plus appropriés. Cet aiguillage permet alors d'évacuer les demandes irrecevables et/ou inéligibles avant leur entrée dans le processus d'instruction, et de diminuer les rejets afférents ;

- Une *circularisation de l'information* relative à un demandeur en particulier. En effet, certains partenaires sont susceptibles d'apporter des éléments essentiels aux évaluations sociale et médicale du demandeur (environnement familial, antécédents médicaux…). Dès lors, l'existence de liens – formels ou informels – entre les équipes du conseil départemental en charge de l'APA et les intervenants locaux peuvent favoriser la mobilisation d'une information complète sur la situation du demandeur et faciliter l'élaboration d'un plan d'aide au plus près de ses besoins.

Le réseau partenarial comme gage de continuité de service auprès du demandeur

Les entretiens menés auprès des bénéficiaires confirment le rôle clé joué par le réseau partenarial du conseil départemental tout au long du processus d'attribution de l'APA, en particulier dans les départements présentant un taux d'accord élevé. En effet, l'existence d'un réseau de partenaires formés et coordonnés facilite non seulement l'entrée dans le dispositif via l'information, mais aussi la continuité et la cohérence entre les différentes étapes du processus. Ainsi une personne âgée peut-elle être informée de l'existence de l'APA à l'hôpital et initier sa demande avec l'aide d'une assistante sociale, puis recevoir la visite de l'EMS dès son retour à domicile. Les deux éléments saillants précédemment identifiés – formation des partenaires et circularisation de l'information – jouent ainsi dans l'intérêt du demandeur.

« Une assistante sociale est venue nous voir à l'hôpital. (…) Quand je suis rentré chez moi, une autre assistante sociale est venue, du CD. Elle m'a posé des questions sur ce que je peux faire ou pas. Elle avait le dossier avec elle et l'a rempli. J'ai dû ensuite le renvoyer. »

Verbatim

« La subsidiarité est un principe structurant dans l'organisation du processus. Tout ce qu'il est pertinent de faire au plus près du bénéficiaire est décentralisé par le conseil départemental. Avec une obligation : avoir une relation de confiance avec le tissu associatif local. Cette organisation est le fruit d'une histoire commune entre le conseil départemental, ses partenaires et les associations locales. Elle repose sur l'écoute mutuelle, ainsi que sur la mise en place d'outils de dialogue. Par exemple, nous utilisons une fiche de synthèse qui permet d'informer l'ensemble des partenaires (EPS, services, aidants...) si la situation du bénéficiaire évolue. »

N.B. Le taux d'accord de ce département en 2012 se situait dans le quartile 2 (taux d'accord légèrement supérieur à la médiane de 85 %)

Des visites sur site qui mettent en évidence le rôle déterminant de la mise en place d'un filtrage en amont du processus de traitement sur le taux d'accord

Les mécanismes de filtrage des demandes favorisent les taux d'accord élevés

Les visites au sein des départements présentant des taux d'accord élevés ont conforté le poids des mécanismes de filtrage précédemment mis en évidence dans l'analyse des taux faibles. Placés dès l'accueil afin de réorienter les demandeurs ne répondant pas aux critères d'éligibilité de l'APA, ou au moment de l'instruction afin d'évacuer les demandes incomplètes et/ou inéligibles, ces filtres permettent de désengorger le processus global des demandes « aberrantes » – les plus susceptibles d'aboutir à un rejet.

Peuvent s'ajouter à ces filtres une étape de prétri des dossiers en amont de l'étape d'évaluation. Il s'agit alors de dispatcher les dossiers vers les circuits les plus pertinents au vu de critères préalablement définis (complexité, urgence, type de demande…). Ces parcours adaptés pour chaque demande permettent de calibrer l'évaluation en fonction des caractéristiques de la demande et ainsi d'élaborer la réponse la plus adaptée aux besoins du demandeur.

Les pratiques d'échange et d'harmonisation au sein des équipes d'évaluation peuvent contribuer à un taux d'accord élevé

Une forte concertation en interne peut augmenter les chances d'accord

Les visites de terrain ont souligné l'importance de la multiplicité des temps d'échange et d'harmonisation entre les membres de l'équipe d'évaluation, car ils permettent notamment, d'augmenter la qualité des dossiers présentés en commission APA.

Bonne pratique : instances de concertation et de régulation pour harmoniser les dossiers en amont de la commission APA

Dans ce département, les équipes d'évaluation sont territorialisées par circonscription. Afin d'assurer l'homogénéité des plans d'aide proposés en commission APA, le conseil départemental a mis en place deux instances d'harmonisation :

- au *niveau territorial*, une instance de concertation qui examine hebdomadairement l'intégralité des plans élaborés par les évaluateurs de la circonscription. Cette instance, composée d'un professionnel de santé et d'un évaluateur, vise à revoir et à valider le girage et le contenu du plan. Il peut déboucher sur un réajustement avant passage en commission APA ;

- au *niveau départemental*, une instance de régulation qui réunit bimensuellement le chef du bureau APA, 2 médecins et, à tour de rôle, deux évaluateurs. Il s'agit en effet d'étudier de manière approfondie des plans d'aide élaborés par des évaluateurs d'autres circonscriptions. Cette instance vise à confronter les pratiques des évaluateurs intervenant sur des secteurs différents, et à définir une jurisprudence pour les cas les plus complexes.

La multiplicité des points d'échanges possibles entre le demandeur et les services du conseil départemental, en amont de la commission APA, limite le nombre de désaccords, rejets et recours

Bonne pratique : la co-construction du plan d'aide solvabilisé

Dans ce département, l'évaluateur présente, lors de la visite à domicile, une proposition de plan d'aide idéale au demandeur et/ou à son entourage. Cette proposition ne tient compte que des besoins et souhaits de la personne âgée. L'évaluateur propose ensuite au demandeur d'élaborer le plan d'aide solvabilisé, au regard des ressources financières du demandeur et du référentiel départemental. La visite de l'évaluateur est également l'occasion de présenter la liste des prestataires pouvant assurer, le cas échéant, une intervention à domicile. Dès lors, la proposition d'aide émanant de ces différents échanges colle au plus près des besoins et des ressources du demandeur, ce qui limite les risques de rejet du demandeur et/ou de la commission APA.

1.4.4. Présentation synthétique des résultats

Les analyses quantitative et qualitative permettent d'affirmer :

- Que l'impact des variables quantitatives dans l'explication du taux d'accord est à relativiser. En effet, seul le faible nombre de premières demandes apparaît lié à un taux d'accord élevé ;

- Que les variables organisationnelles jouent en revanche un rôle déterminant sur le taux d'accord. En particulier s'agissant de la territorialisation des équipes d'évaluation qui peut, selon ses modalités de mise en œuvre, impacter à la hausse ou à la baisse le taux d'accord. De même la non-systématisation de la visite à domicile apparaît-elle liée à la fois à des valeurs hautes et basses du taux étudié. Ces proximités à première vue paradoxales trouvent leurs sens au regard de la diversité des réalités et des pratiques qu'elles recouvrent. Enfin, les visites de terrain corroborent la relation entre absence de circuits accélérés d'instruction des demandes d'APA et taux d'accord faible ;

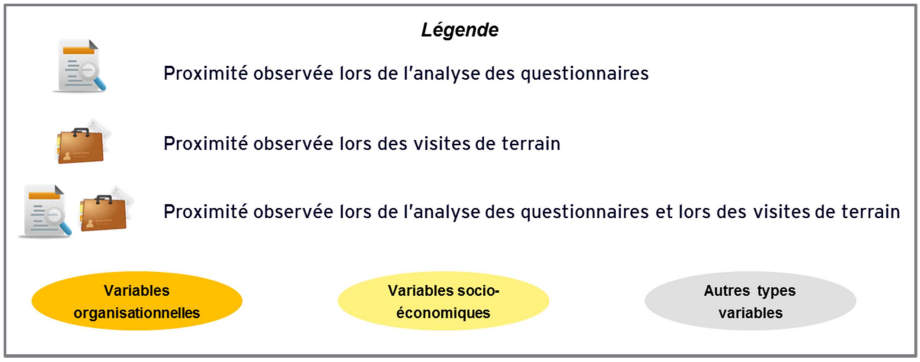
- À noter que l'analyse qualitative interroge l'un des résultats du questionnaire, relatif à l'utilisation du certificat médical du médecin de ville dans le cadre du girage du demandeur. Les échanges avec les professionnels de terrain ont en effet montré que le GIR du médecin traitant, s'il n'était pas forcément le GIR finalement retenu, était systématiquement utilisé dans le cadre du pré-girage ou de la pré-évaluation de la demande.

Enfin, les visites de terrain mettent en évidence un certain nombre d'éléments organisationnels complémentaires liés au taux d'accord :

- Le rôle des mécanismes de filtrage que ce soit à l'entrée du processus d'instruction lors du dépôt d'une demande ou au début du processus via une étape de prétri administratif ;

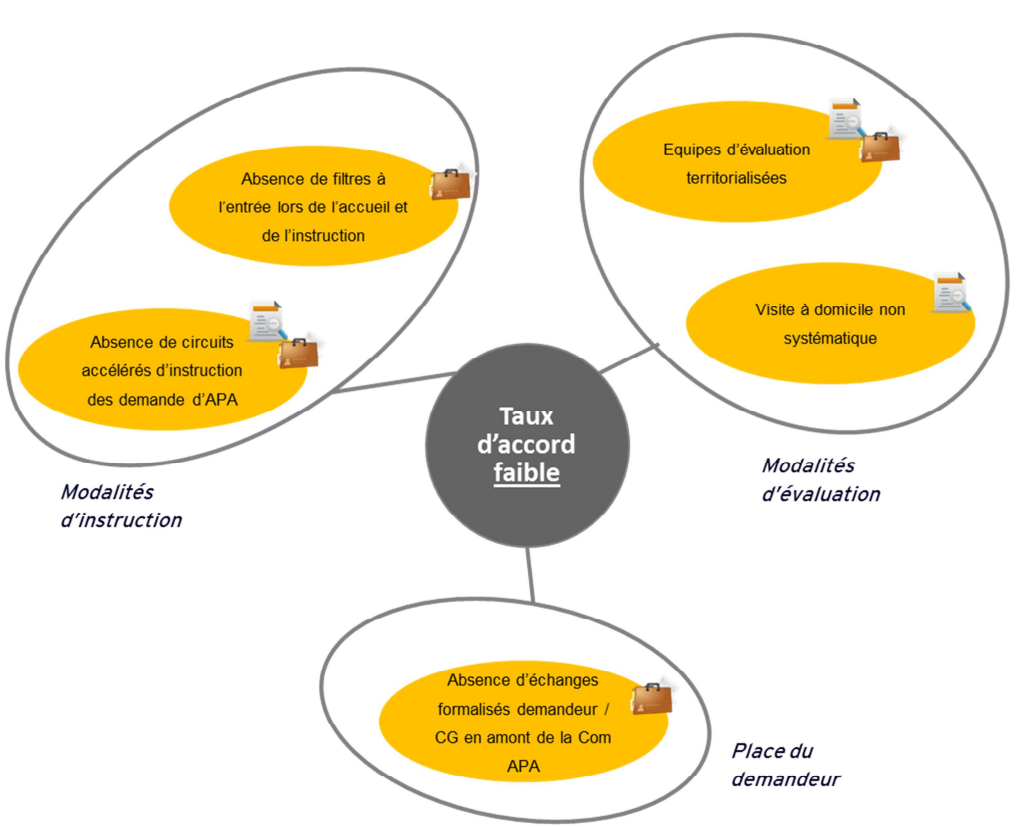
- La mise en place d'échanges entre le demandeur et le conseil départemental lors de l'élaboration du plan d'aide, en amont de la décision de la commission APA ;

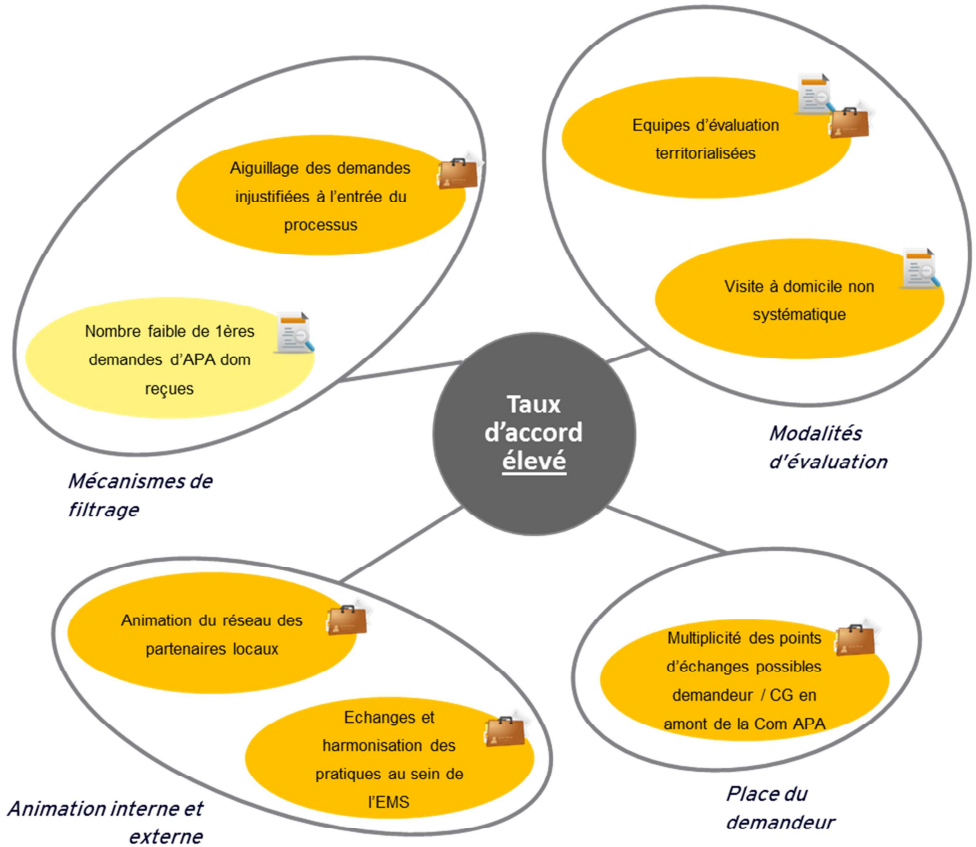
- Plus spécifiquement pour les valeurs élevées du taux d'accord, l'existence et les modalités d'animation externe (réseau des partenaires locaux) et interne (via des temps d'échanges et d'harmonisation ente membres de l'équipe APA).



Représentation conclusive des facteurs de compréhension du taux d'accord

NB : Ces caractéristiques représentent des proximités observées via l'analyse quantitative et lors des visites de terrain et ne constituent pas de liens de cause à effet.
Les variables identifiées ne doivent pas nécessairement être cumulées.

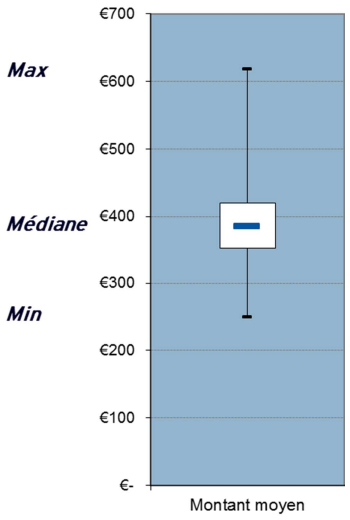




1.5. Analyse approfondie du montant moyen versé

1.5.1. Présentation des chiffres

L'indicateur de disparité « montant moyen versé[1] » présente un schéma de dispersion particulièrement étiré, avec une forte concentration des départements autour de la valeur médiane (385 euros) et une étendue importante entre les deux montants extrêmes (249 euros et 618 euros mensuels).



L'analyse de cet indicateur devra permettre d'effectuer la distinction entre les différents facteurs jouant un rôle dans la détermination du montant moyen payé par le conseil départemental, à savoir :

- la *nature* des aides attribuées (intervention à domicile, aide technique, adaptation du logement…) et leur *volume* ;
- le *tarif de référence* arrêté par le conseil départemental, qui dépend lui-même du même du *mode d'intervention* (aidant familial, gré à gré, prestataire, mandataire) et, s'il s'agit d'un service d'aide, de son *régime* (autorisé ou agréé) ;

[1] Pour rappel, il s'agit bien ici du **montant moyen versé mensuellement** par le conseil départemental (tout GIR confondu) et non du montant moyen attribué dans le plan d'aide, lequel comprend la part acquittée par le bénéficiaire (ticket modérateur).

- les *revenus du demandeur*, qui déterminent le montant de sa participation, de 0 à 90 % du montant total du plan d'aide attribué.

Il s'agira, dans cette partie, de s'interroger sur l'impact, sur les différents facteurs identifiés, des caractéristiques organisationnelles déclinées tout au long du processus d'attribution de l'APA et des conditions socio-économiques d'un département.

À noter que s'il ne joue pas de rôle dans la détermination du montant alloué au titre de l'APA, le plafond, donné par GIR, limite le montant qu'il est possible d'attribuer. Il existe en outre un montant minimum en deçà duquel l'allocation n'est pas versée. Cet encadrement des montants est une donnée qu'il ne faudra pas négliger au fur et à mesure de l'analyse.

1.5.2. Éléments de compréhension d'un montant moyen versé faible

Présentation exhaustive de l'ensemble des proximités observées :

Les premiers éléments de compréhension d'un montant moyen versé faible sont principalement liés aux caractéristiques socio-économiques du département, soient :

- Un potentiel fiscal par habitant faible ;
- Une part des classes les plus favorisées faible.

Un facteur organisationnel complémentaire apparaît comme étant lié à un montant moyen faible :

- La mise en place de circuits d'instruction accélérés pour le traitement des demandes.

Au-delà de ces éléments de compréhension issus de l'analyse quantitative par classification, les visites de terrain ont mis en évidence un lien entre un montant attribué moyen faible et :

- L'élaboration et la diffusion de référentiels précis voire « restrictifs » ;
- Le partage d'une jurisprudence locale visant à mieux « maîtriser » les plans d'aide proposés ;
- L'existence d'une phase de négociation sur le plan d'aide solvabilisé en amont de la commission APA ;
- Le choix départemental d'adopter une politique « universaliste » de prévention ;
- L'engagement du département dans une démarche approfondie de contrôle d'effectivité.

Analyse croisée et sélection des facteurs de compréhension les plus pertinents :

Une forte corrélation entre les caractéristiques socio-économiques des habitants et le montant moyen versé par le conseil départemental

Les deux indicateurs mis en évidence par l'analyse quantitative (potentiel fiscal faible, part des classes favorisées faible) soulignent la tendance des départements dont la population est relativement moins aisée que la moyenne nationale à afficher des montants moyens versés faibles.

Le ticket modérateur, facteur de révision à la baisse du plan d'aide

Les visites sur site ont permis de confirmer le lien entre caractéristiques socio-économiques « défavorables » et montant moyen versé faible. Elles ont en particulier permis d'approfondir le poids du reste à charge pour le bénéficiaire dans la détermination du montant du plan d'aide versé. En effet, le montant de l'APA est modulé en fonction du niveau de vie du bénéficiaire, via le système de « ticket modérateur ». Selon la loi, une partie du plan d'aide reste à la charge du bénéficiaire en fonction de son revenu individualisé. Cette proportion augmente linéairement, de 0 % à 90 %.

Or, si les équipes médico-sociales évaluent les besoins selon leurs propres normes puis élaborent un plan d'aide « idéal » au plus près de ces besoins, le bénéficiaire compare l'utilité des heures d'aide avec leur coût, dont le ticket modérateur constitue une partie. S'il considère que le ticket modérateur est trop élevé, il peut choisir un nombre d'heures plus faible qu'initialement accordé afin que le montant total du plan d'aide soit revu à la baisse. Les deux composantes du plan d'aide – ticket modérateur et montant versé par le conseil départemental – se voient, par conséquent, également diminuées.

Verbatim

« En raison d'une contrainte budgétaire, un ticket modérateur de 1,5 euro/heure a été ajouté au reste à charge en juin 2013 ».

N.B. En 2013, le montant moyen versé par le conseil départemental se situait dans le quartile 2, en deçà de la médiane de 385 euros.

Les visites de terrain ne permettent pas de corroborer de manière solide le lien entre la mise en place de circuits d'instruction accélérés et un montant moyen faible

Un rôle des circuits d'instruction qui n'a pas été vérifié sur le terrain

La mise en place des circuits d'instruction accélérés peut répondre à plusieurs objectifs : désengorger le circuit principal d'instruction en évacuant les demandes non pertinentes, orienter les demandes les moins complexes vers un processus simplifié, ou encore permettre le traitement rapide des demandes urgentes. Les visites au sein des départements présentant des montants moyens versés faibles n'ont pas permis d'apporter des éléments de justification permettant de corroborer ce lien et de conclure à une corrélation effective entre ces deux éléments.

Le calibrage précis du plan d'aide limite l'inflation des montants moyens versés

Comme l'ont révélé les réponses au questionnaire, tous les départements ont adopté des outils de cotation (pour évaluer les besoins du demandeur) et de chiffrage (pour élaborer le plan d'aide afférent). Ainsi, une fois les besoins du demandeur évalués, l'EMS alloue un certain nombre d'heures pour chaque élément préconisé dans le plan, puis convertit le temps estimé à sa réalisation en coût.

Les visites de terrain ont montré que ces deux dernières étapes étaient de plus en plus encadrées par les conseils départementaux, notamment dans les départements où un phénomène important de sous-consommation des plans d'aide attribués a pu être détecté. Un appui systématique sur des référentiels tâches-temps (permettant de donner le temps de réalisation d'une tâche), sur des guides pour la préconisation d'aides techniques ou encore sur des référentiels de coûts pour tout ou partie des éléments pouvant composer le plan d'aide est autant d'outils développés par les départements et partagés en interne. Ils ont permis, sur certains territoires, de réduire le montant moyen versé par les conseils départementaux.

Cet effet déflationniste peut être renforcé par un calibrage fin du volume d'heures accordé à la 1/2h voire à la minute, afin de limiter le paiement d'heures non consommées.

Verbatim

« La mise en place d'un référentiel de pratiques et de coûts ("Référentiel à l'usage de l'EMS en charge de l'APA") a permis de préciser aux TS le cadre de l'évaluation. Depuis, on constate une certaine harmonisation des pratiques et une limitation des "dérapages" sur des plans d'aide volumineux. En effet, les critères définis sont strictement respectés par nos évaluateurs. D'ailleurs, des personnes venant d'autres départements qui avaient l'APA s'étonnent de ne plus l'avoir ici. »

Plus globalement, des jurisprudences locales qui visent à mieux « maîtriser » les plans d'aide proposés, et tendent à diminuer le montant moyen versé par le conseil départemental

Un mot d'ordre : la maîtrise des plans d'aide attribués

Les 12 années de montée en charge de l'APA ont permis aux services en charge de son attribution d'élaborer des jurisprudences locales, s'appuyant sur la réglementation nationale, mais prenant en compte la réalité départementale. Les visites de terrain ont montré que le mot d'ordre était sensiblement identique d'un département à l'autre : mieux maîtriser les plans d'aide attribués.

Pour ce faire, plusieurs départements visités ont choisi de recentrer les plans sur l'aide à la personne. Ainsi certains ont-ils plafonné le nombre maximal d'heures dédiées à l'aide-ménagère, quand d'autres rejettent désormais systématiquement les demandes émanant de personnes évaluées GIR 4 mais ne souhaitant que de l'aide au ménage.

Verbatim

« Nous avons procédé à un travail de toilettage des aides entre 2010 et 2013 pour ne plus financer les aides considérées comme accessoires, telles que l'aide-ménagère »

L'existence d'une phase de négociation sur le plan d'aide solvabilisé en amont de la commission APA peut favoriser une revue à la baisse du montant moyen versé

Un levier pour une revue à la baisse des plans ?

Les visites au sein des départements affichant un montant moyen versé faible et ayant instauré une phase de négociation formalisée en amont de la commission APA ont mis en exergue la tendance des bénéficiaires à demander, lors de cet échange, un ajustement du plan en fonction de leurs ressources – on parle alors de plan d'aide « solvabilisé ». Lors de cet échange, l'agent chargé de formaliser le plan d'aide peut apporter des compléments d'information au demandeur, en particulier s'agissant du chiffrage du plan (montant correspondant au volume horaire préconisé) en fonction des modalités d'intervention choisies, mais également de sa contribution financière. Dès lors, la phase de négociation peut être l'occasion pour le demandeur de solliciter un ajustement à la baisse du plan d'aide afin de limiter le ticket modérateur. Cet échange préalable à la tenue de la commission APA, susceptible d'impacter à la baisse le montant moyen versé, contribue cependant à limiter le nombre de rejets et de recours du demandeur suite à la notification de décision.

Le montant du reste à charge, une vraie préoccupation pour le bénéficiaire

Les entretiens menés auprès des bénéficiaires ont mis en évidence l'importance, pour ces derniers, d'être informés du montant du plan d'aide restant à leur charge, et de pouvoir l'ajuster en fonction de leurs possibilités financières. Or, toute modification du reste à charge impacte le montant total du plan d'aide et par conséquent le montant versé par le conseil départemental.

« Dommage qu'il n'y ait pas de site internet. En effet, on ne sait pas ce qui est pris en charge par le conseil départemental. J'aimerais connaître jusqu'à quelle hauteur est faite la prise en charge pour me donner les moyens d'arbitrer ».

Les orientations politiques locales contribuent à diminuer la moyenne des montants moyens versés

Des politiques locales visant à contenir les plans d'aide attribués

Outre l'élaboration et la diffusion progressive d'une jurisprudence locale – s'agissant en particulier des étapes d'évaluation et de formalisation du plan d'aide – les visites de terrain ont montré qu'un certain nombre d'orientations politiques locales pouvaient impacter la moyenne des montants versés par le conseil départemental au titre de l'APA, en particulier le déploiement du chèque emploi service universel (CESU) pour la rémunération des emplois directs et mandataires, la fixation de tarifs autorisés « soutenables » pour les petits revenus, ou encore la mise en place de conventions avec les services d'aide à domicile afin de mettre en place une tarification sous forme de forfait global dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (expérimentation nationale en cours).

La question de la valeur faciale des CESU

Si les chèques emploi service universel (CESU) permettent un financement précis des aides effectivement utilisées par le bénéficiaire, leur valeur faciale constitue une vraie source d'interrogation voire de confusion pour les personnes âgées. En effet, plusieurs bénéficiaires ont fait état de leur grande difficulté à utiliser ces chèques, dont les montants sont parfois donnés en centimes. Se pose alors la question du caractère pratique d'une telle disposition au regard du public concerné par l'APA.

« Quand j'ai rencontré l'assistante sociale, je n'ai rien compris à ce qu'elle me racontait, surtout au niveau du paiement en CESU. J'ai trouvé ça extrêmement compliqué. Les chèques représentent 80 centimes chacun, je suis toujours très gênée de devoir les remettre aux auxiliaires de vie »

« C'est avec les chèques CESU que je paie les employés, mais c'est embêtant. Vous avez des chèques de 39 euros, 16 euros et 7 euros, alors si elle gagne 400 euros combien il faut lui

Bonne pratique : Le choix d'une politique « universaliste » de prévention

L'un des départements visités, dont le montant moyen versé se situait en 2012 dans le tercile 1 (montant inférieur à 353 euros/mois), a par exemple mis en place une politique « universaliste » de prévention. Il s'agit, afin de retarder l'entrée des personnes âgées dans la dépendance lourde, de prendre en charge ces personnes le plus en amont possible.
Cette orientation se traduit numériquement par une proportion de GIR 4 plus élevée dans la population de bénéficiaires, mais jouissant de plans d'aide moins élevés – du fait de besoins moindres. Le montant moyen versé s'en trouve logiquement tiré à la baisse, ce qui ne signifie pas pour autant que la prise en charge est moins importante que dans les autres départements.

Verbatim

« Mieux vaut faire un petit plan de GIR 4 plutôt que d'attendre que la dépendance soit aggravée pour faire un gros plan de GIR 1. »

L'engagement du département dans une démarche approfondie de contrôle d'effectivité permet de limiter l'attribution de plans d'aide sous-consommés

Contrôler pour mieux ajuster

Si le contrôle d'effectivité, organisé une fois l'attribution décidée et l'allocation mise en place, n'entre pas dans le périmètre de l'étude, il représente un facteur susceptible de jouer sur le montant moyen versé au demandeur par le conseil départemental. En effet, les services en charge des contrôles d'effectivité – sur pièces ou directement sur site – sont en mesure d'identifier les demandeurs qui ne consomment pas l'intégralité de la somme versée mensuellement au titre de l'APA selon les indications du plan. Dès lors, ils peuvent ordonner la révision du plan d'aide par un évaluateur, afin d'assurer la parfaite adéquation entre plan d'aide alloué et plan d'aide utilisé.

La mise en place du CESU, qui permet de supprimer les vérifications sur pièces et ainsi de faciliter le contrôle d'effectivité des aides versées, participe de l'engagement des départements dans une démarche de maîtrise des plans d'aide attribués.

Enfin, certains départements ont choisi de recourir – après acceptation du demandeur – au système du tiers payant : le conseil départemental rémunère directement le prestataire choisi par le bénéficiaire au regard de son activité réelle. Ce dispositif a en outre l'avantage de contourner les situations d'interdit bancaire.

Bonne pratique : Un outil de télégestion pour les contrôles d'effectivité

L'un des départements visités, dont le montant moyen versé se situait en 2012 dans le tercile 2 (montant inférieur à la médiane de 385 euros/mois), a déployé un outil de télégestion lui permettant un contrôle d'effectivité efficace. Des règles de facturation sont paramétrées et permettent de limiter le versement d'indus, notamment : l'impossibilité de dépasser le montant du plan d'aide attribué, le calibrage du volume d'heures accordé au ¼ d'heure, ou encore le non-report d'un mois sur l'autre des sur/sous consommations. Cet outil permet une régulation des plans en amont de leur consommation, et permet d'éviter la dépense si l'aide n'est pas utilisée.

Le contrôle d'effectivité, une démarche lourde et souvent incomprise par les bénéficiaires

Les entretiens avec les bénéficiaires ont montré que ces derniers voient le contrôle d'effectivité comme une véritable contrainte, et ne perçoivent pas son utilité. Les témoignages recueillis posent en outre la question des échanges entre les différents partenaires mobilisés – services du conseil départemental et intervenants à domicile notamment – et suggèrent la mise en place d'interfaces directes entre financeurs et prestataires.

« Il faut que chaque mois j'envoie ma facture de l'ADAPAH, alors il faut tout le temps que je demande à quelqu'un pour faire une photocopie. Il faudrait que ce soit envoyé directement qu'il y ait un double et que le conseil départemental en soit destinataire. »

1.5.3. Éléments de compréhension d'un montant moyen versé fort

Présentation exhaustive de l'ensemble des proximités observées :

L'analyse quantitative renforce le lien déjà décrit entre le montant moyen et le niveau de vie des habitants du département, en mettant en évidence une relation entre un montant moyen fort et :

- Un potentiel fiscal par habitant élevé.

En termes de pratiques organisationnelles, trois facteurs semblent par ailleurs partagés par les départements présentant un montant moyen élevé :

- La mise en place de procédures de simplification des démarches administratives ;
- La dématérialisation intégrale du processus d'instruction (dépôt non compris) de l'APA ;
- L'absence de majoration de la contribution du demandeur prévue par la loi.

Les visites de terrain ont permis d'affiner cette première liste en mettant en évidence une proximité entre un montant moyen attribué fort et :

- L'absence de référentiels et/ou d'outils élaborés et partagés par les agents en charge de l'évaluation ;
- Des pratiques d'attribution automatique du montant maximum attribuable pour certains types de demandes et/ou dans certaines situations ;
- Des orientations politiques particulières, telles que l'encouragement du recours aux prestataires ;
- Un contexte rural où l'aide institutionnelle n'est sollicitée qu'en dernier recours par des personnes en situation avancée de dépendance.

Analyse croisée et sélection des facteurs de compréhension les plus pertinents :

Des départements relativement plus favorisés qui ont tendance à mener des politiques sociales plus « généreuses »

De la même manière qu'avec un montant moyen faible, la situation socio-économique de la population du département apparaît comme clé pour la compréhension d'un taux de demande élevé. L'analyse des questionnaires montre ainsi qu'un département affichant un potentiel fiscal par habitant élevé aura tendance à présenter des montants moyens versés plus élevés – relation à première vue paradoxale, le plan d'aide attribué étant conditionné aux ressources du demandeur. Les visites de terrain ont cependant permis de valider et d'affiner ce lien, reflet de la capacité d'intervention des départements. En effet, les départements où le potentiel fiscal par habitant est élevé disposent de budgets plus importants et peuvent proposer des plans d'aide plus « généreux » aux demandeurs. Ces derniers, dotés de larges ressources financières, sont alors en capacité d'acquitter des restes à charge parfois équivalents à 90 % du montant total du plan d'aide attribué (c.-à-d. le ticket modérateur).

La mise en place de procédures de simplification administrative semble jouer un rôle limité dans la compréhension d'un montant moyen fort

Une proximité qui n'a pas été vérifiée sur le terrain

Le lien entre mise en place de procédures de simplification administrative et fort montant moyen versé est difficile à expliciter, les visites de terrain n'ayant pas permis de valider cette relation. Seule une observation dans l'un des départements possédant ces deux caractéristiques pourrait apporter quelques éléments d'éclairage. Sur ce territoire, qui affichait en 2012 un montant moyen versé élevé (tercile 3, montant moyen versé supérieur à la médiane de 385 euros/mois), la simplification administrative se traduit :

- lors du dépôt d'une première demande : par la limitation des pièces justifiant les ressources du demandeur à l'avis d'imposition ;
- par l'attribution à vie des droits à l'APA, se traduisant par l'absence de révision des plans d'aide et *a fortiori* de la situation financière du demandeur.

Ces pratiques organisationnelles peuvent impacter le montant moyen versé dans le département. Cependant, elles ne peuvent être généralisées à l'ensemble des départements ayant mis en place des pratiques de simplification administrative et affichant un montant moyen élevé.

La dématérialisation intégrale du processus d'instruction de l'APA peut engendrer l'attribution du montant maximum autorisé pour le GIR concerné

Le questionnaire a montré que tous les départements utilisent un logiciel de gestion pour assurer le suivi du traitement des demandes. Cependant, les niveaux de maturité s'agissant de la dématérialisation – à différencier de la mise à disposition d'une plateforme de dépôt en ligne – et de la numérisation ne sont pas homogènes. Ainsi, la dématérialisation intégrale du processus d'instruction de l'APA, qui suppose donc la suppression des supports papier et l'utilisation du logiciel comme un outil – et non comme plus comme une simple base de données mise à jour à chaque étape de l'instruction – n'est mise en œuvre que par une minorité de conseils départementaux.

Le lien entre dématérialisation intégrale du processus d'instruction de l'APA et montant moyen versé élevé n'a donc pu être testé, sur le terrain, que dans quelques départements. Ces visites sur site permettent de formuler des hypothèses pour mieux comprendre la relation entre les deux phénomènes. En effet, un système d'information utilisé dans le cadre de la dématérialisation permet notamment de formaliser le plan d'aide à partir d'une trame standard générée par l'outil. Le chiffrage du plan se fait alors sur la base des paramètres enregistrés dans le SI : plafonds départementaux et/ou montants maximum versés au demandeur s'il est déjà connu des services. Dès lors, le montant du plan d'aide s'en trouve impacté à la hausse.

Verbatim

« Pour les renouvellements, notre outil génère automatiquement une proposition de plan d'aide à partir du montant mensuel moyen maximum payé au demandeur au cours de l'année précédente. »

Les visites de terrain ne permettent pas de valider le lien entre absence de majoration de la contribution du demandeur prévue par la loi et montant moyen versé élevé

Les textes prévoient une majoration de 10 % du ticket modérateur lorsque le bénéficiaire choisit de recourir à des services non agréés ou à une tierce personne non qualifiée pour assurer les prestations définies dans son plan d'aide. Le questionnaire a mis en évidence sa faible mise en œuvre par les départements, 77 % des départements ayant choisi de ne pas relever le ticket modérateur des bénéficiaires concernés.

Le lien entre l'absence de majoration de la contribution du bénéficiaire et le montant moyen n'a pas été vérifié sur le terrain

La relation entre non-application de la majoration de 10 % du ticket modérateur des bénéficiaires recourant à des services ou intervenants non agréés ou non qualifiés et fort montant moyen versé n'a pas été validée lors des visites de terrain. Elles ont cependant permis de mettre en évidence des différences sensibles entre les tarifs affichés par les prestataires autorisés, agréés et non agréés d'un même département – les tarifs des services non agréés étant les plus élevés. Dès lors, le choix d'un tel prestataire par le demandeur provoque mécaniquement, notamment en cas de valorisation du plan au tarif facturé par le service choisi, un chiffrage à la hausse du plan d'aide défini. Si le mécanisme de majoration, qui vise à réduire la part du conseil départemental dans de telles circonstances, n'est pas appliqué, le montant moyen versé s'en trouve forcément impacté.

À noter également, comme cela sera détaillé plus tard, que la mise en œuvre de politiques volontaristes des conseils départementaux visant à orienter les bénéficiaires vers certains modes d'interventions – prestataires agréés ou services conventionnés notamment – tend à limiter les situations dans lesquelles pourrait être appliquée une majoration de la participation du demandeur.

L'absence de référentiels et/ou d'outils élaborés et partagés par les agents en charge de l'évaluation peut mener à la surévaluation des plans d'aide formalisés

Un risque de surévaluation des plans d'aide en l'absence de référentiels

En miroir des observations relevées sur le terrain pour le montant moyen faible, les visites sur site ont mis en évidence le risque, pour des agents dépourvus d'outils, de surévaluer les plans d'aide rédigés suite à l'évaluation des besoins du demandeur. Le phénomène est d'autant plus visible dès lors que le plan comporte des éléments atypiques, tels qu'une aide technique ou une adaptation du logement, parfois difficiles à chiffrer. L'agent préférera alors une surestimation à un rejet du plan ou un recours du demandeur suite à la décision de la commission.

L'allocation systématique du montant maximum attribuable pour certains types de demandes et/ou dans certaines situations tend à augmenter le montant moyen mensuel versé par le conseil départemental

Des mécanismes d'attribution automatique qui tirent le montant moyen versé à la hausse

Les visites de terrain ont mis en exergue, dans des départements affichant un montant moyen versé élevé, des pratiques d'attribution systématique du montant plafond attribuable pour le GIR estimé pour certaines demandes et/ou dans certaines situations, en particulier :

- Pour des demandes non complexes ne nécessitant pas de visite à domicile – renouvellement à l'identique notamment. Le plan d'aide proposé est alors rédigé à partir du GIR estimé lors de l'évaluation. Le chiffrage se fait alors automatiquement à hauteur du plafond maximum attribuable pour ce GIR.

- Pour les bénéficiaires hébergés en famille d'accueil. En effet, certains départements ont adopté une politique de solvabilisation systématique, à hauteur de plafonds définis pour le GIR du demandeur, des plans d'aide attribués à des personnes âgées bénéficiant d'un accueil familial.

Parce qu'elles tirent à la hausse les plans versés à certains bénéficiaires, ces pratiques sont en lien avec le montant moyen versé élevé affiché par les départements concernés.

Des orientations politiques locales peuvent contribuer à augmenter le montant moyen versé mensuellement par le conseil départemental au titre de l'APA

Le recours au prestataire, gage de qualité et d'effectivité pour les conseils départementaux

Les départements affichant un montant moyen relativement élevé ont, pour certains d'entre eux, adopté une politique départementale d'encouragement du recours aux prestataires, par exemple via la suppression pure et simple de certains modes d'intervention (le gré à gré ou l'aidant familial notamment). Plus coûteux par rapport aux autres modalités, le recours à un prestataire a l'avantage de faciliter les contrôles d'effectivité et de qualité pour les conseils départementaux et, le cas échéant, de prendre les actions correctives qui s'imposent.

Un contexte rural où l'aide institutionnelle n'est sollicitée qu'en dernier recours par des personnes en situation avancée de dépendance

L'APA comme dernier recours

Comme évoqué lors de l'analyse des taux de demande, la solidarité intergénérationnelle encore très prégnante dans certains départements ruraux tend à limiter les demandes d'APA. L'aide institutionnelle n'est alors sollicitée qu'en dernier recours, lorsque l'entourage de la personne âgée ne peut plus assurer les interventions nécessaires (par manque de qualification ou de disponibilité notamment). Cette dernière, souvent en situation de dépendance avancée, est alors évaluée GIR 1 ou 2 dès sa première demande et se voit attribuer le plan d'aide correspondant. Dès lors, une forte proposition de bénéficiaires en GIR 1 ou 2 – susceptibles d'avoir des plans élevés – aura tendance à impacter à la hausse le montant versé, en moyenne, aux bénéficiaires de l'APA dans le département.

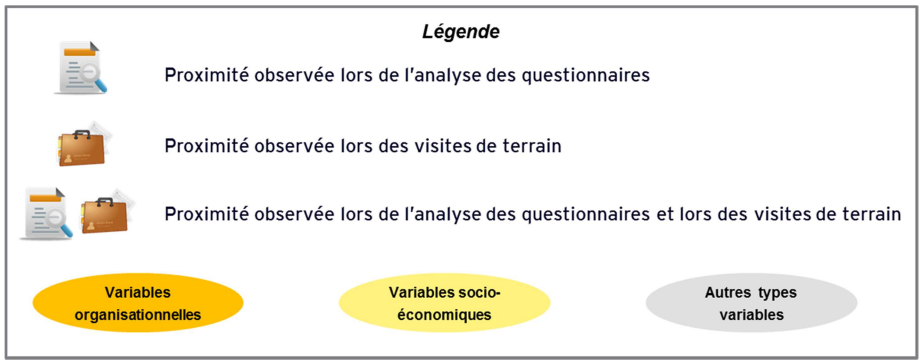
1.5.4. Présentation synthétique des résultats

Les analyses précédentes mettent en évidence le rôle déterminant de certains éléments pour la compréhension du montant moyen versé par le conseil départemental, en particulier :

- Des **caractéristiques socio-économiques** du département, et notamment du niveau de vie de ses habitants, ce dernier étant – paradoxalement – positivement lié au montant moyen versé par le conseil départemental. En outre, le caractère rural du territoire semble favoriser l'attribution de plans d'aide élevés à des populations plus dépendantes ;

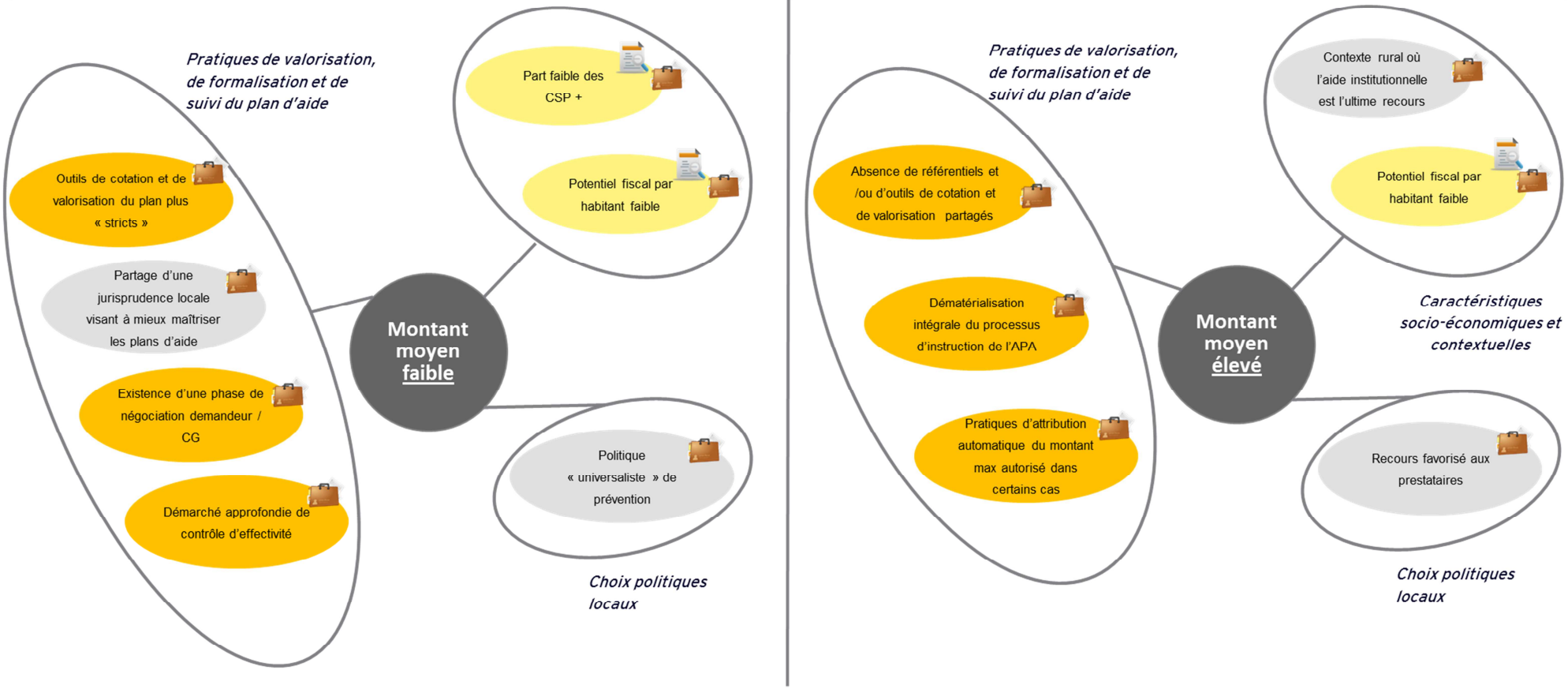
- Des **pratiques de valorisation, de formalisation et de suivi du plan d'aide** : l'utilisation d'outils et/ou de référentiels, le partage d'une jurisprudence locale, l'existence d'une phase de négociation avec le demandeur, la dématérialisation du processus d'attribution et en particulier de la phase de rédaction du plan, son automatisation, ou encore l'engagement dans une démarche approfondie de contrôle d'effectivité sont autant de variables susceptibles d'impacter le montant moyen mensuel versé par le conseil départemental ;

- Des **choix politiques** du conseil départemental, s'agissant en particulier de la tarification des intervenants, des mesures favorisant le recours à tel ou tel mode d'intervention, ou encore de la mise en œuvre d'une politique de soutien universaliste à l'attention du plus grand nombre.



Représentation conclusive des facteurs de compréhension du montant moyen d'APA versé par le Conseil général

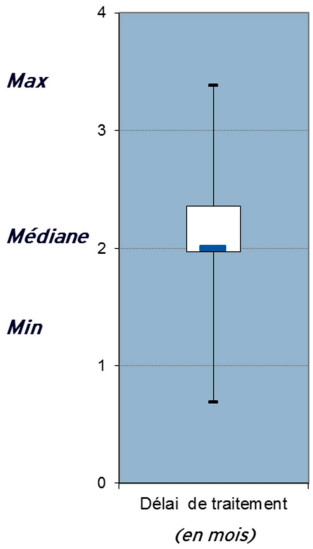
NB : Ces caractéristiques représentent des proximités observées via l'analyse quantitative et lors des visites de terrain et ne constituent pas de liens de cause à effet. Les variables identifiées ne doivent pas nécessairement être cumulées.



1.6. Analyse approfondie du délai de traitement

1.6.1. Présentation des chiffres

Le délai de traitement présenté ici mesure le nombre de mois écoulés entre la date de recevabilité[1] de la demande d'APA et la date de la décision de la commission.
Les délais moyens de traitement recensés via le questionnaire d'enquête affichent une forte concentration autour de 2 mois, qui est, selon de Code de l'action sociale et des familles, le délai maximal dont dispose le président du conseil départemental pour notifier sa décision au demandeur.



On constate que 50 % des départements se tiennent dans une fourchette très étroite comprise entre 2 et 2,36 mois. Le graphique met également en évidence une dispersion assez équilibrée de chaque côté de la médiane, entre 0,69 mois (3 semaines) et 3,38 mois (103 jours).
Si le délai moyen semble *a priori* déterminé par des caractéristiques organisationnelles, il s'agira dans l'analyse d'identifier lesquelles, et de mettre en évidence, s'il existe, le lien entre délai de traitement et contexte socio-économique du département.

[1] Un dossier recevable est un **dossier complet** au regard de la loi, c'est-à-dire un dossier comprenant le formulaire de demande dûment renseigné ainsi que les pièces justificatives obligatoires mentionnées dans le Code de l'action sociale et des familles.

Enfin le délai ici étudié pose de manière évidente la question de l'équité de traitement des demandes entre les territoires. À l'instar du montant moyen versé, il a un impact direct sur la satisfaction du demandeur et sa perception de la qualité du service rendu. C'est pourquoi il s'agira, dans cette partie, de faire le lien entre les résultats des études quantitatives et qualitatives et les retours d'expérience « usagers » issus des entretiens menés auprès d'un panel de bénéficiaires et d'aidants.

1.6.2. Éléments de compréhension d'un délai de traitement faible

Présentation exhaustive de l'ensemble des proximités observées :

Les résultats de l'analyse du questionnaire ont fait ressortir les modalités organisationnelles comme les variables les plus étroitement liées avec un délai de traitement faible, en mettant en particulier l'accent sur :

- Les pratiques d'**instruction** : via l'absence de structuration géographique de l'équipe d'instruction, et la mise en place d'une procédure de simplification des démarches administratives ;
- Les pratiques d'**évaluation** : en particulier la non-systématisation de la visite à domicile de l'EMS, et sa durée limitée à 1 h.

Les visites de terrain ont par ailleurs permis d'identifier des proximités entre un délai de traitement faible et :

- Le caractère non bloquant du contrôle de complétude du dossier ;
- La mise en place de circuits d'instruction accélérés ;
- La réduction de la charge de travail administratif des agents évaluateurs au strict minimum ;
- Des réunions régulières (hebdomadaires, voire quotidiennes) de la commission APA ;
- L'utilisation d'outils de pilotage et de gestion des délais.

Analyse croisée et sélection des facteurs de compréhension les plus pertinents :

Le lien entre absence de structuration géographique de l'équipe d'instruction et faible délai de traitement n'a pas été formellement validé par le terrain

La structuration géographique des équipes d'instruction, source d'allongement des délais ?

L'analyse quantitative fait apparaître un lien entre l'absence de structuration géographique de l'équipe d'instruction et un délai de traitement faible des demandes d'APA. Si les visites sur site n'ont pas permis de valider formellement ce lien, elles ont mis en lumière une variété des modes d'organisation des agents instructeurs permettant de contourner les potentielles rigidités d'une structuration géographique (manque de mobilité des ressources humaines en cas de pics d'activité sur un secteur, risque de discontinuité géographique entre les étapes du processus, apparition de goulots d'étranglement en amont ou en aval de l'étape d'évaluation…).
En effet, certains conseils départementaux ont fait le choix de structurer leur équipe par ordre alphabétique du nom du demandeur, quand d'autres l'ont organisée par ordre d'arrivée des demandes. Enfin certains départements ont opté pour une organisation par étape du processus. Ces différentes organisations peuvent permettre d'éviter les écueils de la structuration géographique et ainsi de limiter les délais de traitement des demandes.

Bonne pratique : l'organisation de l'instruction par étape

Les visites de terrain ont permis d'approfondir ce type d'organisation séquentielle. À chaque agent instructeur est attribuée une étape (réception et initialisation de l'instruction, organisation des visites à domicile, saisie du plan d'aide, préparation de la commission, envoi des notifications), ainsi que le délai dont il dispose pour la réaliser. Afin d'être en mesure de pallier d'éventuelles absences et/ou montées en charge, les agents sont polyvalents. Cette organisation permet ainsi d'assurer une répartition équilibrée de la charge de travail, ainsi qu'un bon niveau de contrôle qualité des dossiers.

Bonne pratique : la gestion des dossiers par portefeuille

La gestion des dossiers par portefeuille suppose l'attribution, à chaque agent instructeur, d'un certain nombre de dossiers pour lesquels il devra assurer l'intégralité des opérations, de la réception à l'envoi de la notification (voire au-delà). L'agent instructeur est alors l'interlocuteur unique du demandeur, ou « référent », tout au long du processus d'attribution de l'APA. Ce type d'organisation favorise un meilleur suivi des dossiers, chaque agent ayant une connaissance approfondie de « ses » demandeurs.

Les visites de terrain permettent de relativiser le lien entre la mise en place d'une procédure de simplification administrative et un délai de traitement faible

Une procédure peu répandue, davantage utilisée pour les demandes de renouvellement

La simplification administrative, qui vise à accélérer le traitement administratif des demandes, peut prendre plusieurs formes parfois complémentaires, notamment le recours à une déclaration sur l'honneur en remplacement de certaines pièces justificatives (avis d'imposition…) ou l'allègement de la liste des pièces complémentaires nécessaires à l'instruction du dossier. Cependant, la pratique la plus observée sur le terrain, qui consiste à ne demander qu'une actualisation des pièces justificatives – en particulier justificatifs de ressources et d'effectivité – ne s'applique qu'aux demandes de renouvellement ne nécessitant pas de nouvelle évaluation à domicile. Il s'agit alors davantage d'une procédure simplifiée de renouvellement (*cf. encadré suivant*). Dès lors, l'analyse qualitative ne permet pas de valider le lien entre un délai de traitement court et la mise en place de procédures de simplification administrative, pourtant mis en exergue par l'étude quantitative. À noter que, si elle peut impacter le délai de constitution d'un dossier de demande complet, la simplification administrative ne joue pas sur le parcours de la demande, la qualité de l'évaluation ou le contenu du plan d'aide.

Les départements qui n'opèrent pas de visite à domicile systématique ont tendance à traiter les demandes d'APA de manière plus rapide

Les visites de terrain tendent à valider le lien intuitif entre non-systématisation de la visite à domicile et faible délai de traitement de la demande. En effet, la réalisation d'une visite à domicile suppose l'exécution, par plusieurs acteurs, d'un certain nombre d'étapes :

- *en amont de la visite* : prise de contact, sollicitation éventuelle de tiers (médecin traitant, famille, aidant principal…) fixation d'une date, envoi de l'invitation, préparation du dossier à l'attention du visiteur…

- *pendant la visite* : conduite de l'entretien d'évaluation, visite du domicile (notamment si des aides techniques sont demandées), retranscription des éléments médicaux et sociaux permettant l'élaboration du plan d'aide…
- *après la visite* : rédaction d'un compte-rendu de la visite comportant des conseils (obligatoire si le demandeur est évalué comme étant inéligible à l'APA), formalisation du plan d'aide…

Or, l'enchaînement de ces différentes étapes n'est pas toujours fluide. En effet, les observations sur site ont montré que le nombre total élevé de visites à fixer, la difficulté à joindre le demandeur, l'indisponibilité des membres de l'EMS ou encore le faible niveau de standardisation des outils de restitution (trames de compte-rendu…) peuvent être autant de facteurs d'allongement du délai de réalisation de la visite et, *a fortiori*, du délai de traitement de la demande d'APA. Cependant, si la suppression de l'étape de la visite au domicile du demandeur tend logiquement à réduire le temps d'instruction de la demande, elle suppose la mise en place d'un processus d'évaluation substitutif pouvant lui aussi s'échelonner sur une période plus ou moins longue – évaluation sur dossier par un TS puis revue systématique du plan par l'EMS par exemple. Dès lors, le traitement rapide des demandes apparaît comme étant étroitement lié à la mise en place de circuits accélérés, destinés à des dossiers identifiés dans la phase amont du processus d'instruction.

Les visites de terrain ne permettent pas de corroborer de manière solide le lien entre la durée limitée (1 h ou moins) des visites à domicile et le faible délai de traitement

L'impact de la durée de la visite à domicile n'a pas été vérifié sur le terrain

L'analyse des questionnaires met en exergue un lien entre la durée de la visite à domicile et le délai de traitement des demandes, une durée inférieure à 1 h étant liée à une instruction rapide. Compte tenu de la difficulté pour les interlocuteurs rencontrés à quantifier de manière précise le temps passé au domicile du demandeur, les visites au sein des départements présentant des délais de traitement faibles n'ont pas permis d'apporter des éléments de justification permettant de corroborer ce lien et de conclure à une corrélation effective entre ces deux éléments.

Le caractère non bloquant du contrôle de complétude permet d'accélérer le traitement des dossiers
Si l'analyse des questionnaires fait état d'une définition encore hétérogène de la notion de complétude du dossier d'un département à l'autre, elle ne permet pas d'appréhender l'impact de l'incomplétude d'un dossier sur son parcours. Les visites de terrain ont permis d'identifier deux possibilités :

- le gel de l'instruction en phase de réception, le dossier étant alors mis en attente jusqu'à réception de l'intégralité des pièces obligatoires. Cette solution a pour avantage de ne faire entrer, dans le processus, que des demandes jugées complètes et pouvant donc être évaluées. En revanche, elle peut considérablement allonger le délai de traitement, notamment si le demandeur peine à répondre. Au-delà d'un délai d'attente préalablement défini, certains conseils départementaux ont donc mis en place des procédures de destruction des dossiers incomplets permettant de désengorger les circuits et les systèmes ;

- le passage du dossier incomplet à l'étape suivante au-delà d'un certain délai : cette option semble davantage mise en œuvre dans les départements devant gérer un flux important de dossiers. Elle a pour avantage de fluidifier le parcours du dossier et de « paralléliser » les délais intermédiaires (attente de l'envoi des pièces, sollicitation du médecin traitant, organisation de la visite à domicile…) et non de les accumuler.

Bonne pratique : la réalisation de l'évaluation médicale en amont du contrôle de complétude du dossier

Afin d'identifier les demandes non éligibles et de les écarter très tôt du processus d'instruction, le conseil départemental a mis en place un prétri médical en amont de la vérification du contrôle de la complétude du dossier. Ainsi, le dossier enregistré dans le système d'information est transmis au secrétariat médical pour l'évaluation médicale, même si des pièces obligatoires peuvent manquer (à l'exception du certificat médical, obligatoire pour l'évaluation médicale). Après girage du demandeur et feu vert des évaluateurs médicaux, le dossier revient aux instructeurs. Si le demandeur est classé GIR 5 ou 6, la demande revient à l'instructeur qui édite la fiche de synthèse et notifie le rejet de l'APA**,** sans avoir à attendre la complétude du dossier.

La mise en place de circuits d'instruction accélérés permet de diminuer le délai de traitement des dossiers de demandes d'APA

Les circuits d'instruction accélérés se distinguent, par définition, des parcours de demande classiques souvent composés de 4 étapes – accueil, initialisation de l'instruction, évaluation (comprenant quasi systématiquement une visite à domicile) et décision. Leur mise en place suppose donc de définir les critères de choix pertinents qui permettront de sélectionner des dossiers, d'organiser cette étape de sélection, et de structurer l'intégralité du parcours accéléré dans le respect du cadre réglementaire et sans nuire à la qualité du processus global d'instruction.

Circuits accélérés, délais réduits

Les visites sur site ont permis d'identifier les demandes pouvant être concernées, et d'approfondir les modalités d'organisation de ces circuits courts. Tous les départements ayant déployé une ou plusieurs procédure(s) différenciée(s) introduisent, très en amont de l'instruction, une étape de tri permettant de qualifier les demandes. Cette phase peut être formalisée et régulièrement organisée (par exemple via une réunion hebdomadaire de l'EMS) ou plus informelle et ponctuelle. Les visites sur site montrent que les critères de choix sont relativement proches d'un conseil départemental à l'autre, et s'articulent autour de de la typologie de la demande (renouvellement, révisions, modifications simples) et de son niveau de complexité (situation médicale stable, simple changement de prestataire…). Les dossiers sélectionnés sont alors orientés vers des circuits dédiés permettant un traitement accéléré : évaluation sur dossier pour une demande de renouvellement à l'identique, modification du plan directement opérée par l'instructeur pour un changement de prestataire…

Le recours à ce type de circuits différenciés permet non seulement d'accélérer le traitement des dossiers présélectionnés, mais également de limiter l'engorgement du circuit « traditionnel » de traitement des demandes. Dès lors, le délai de traitement moyen de traitement – toutes demandes confondues – tend à diminuer.

La réduction de la charge de travail administratif des agents évaluateurs au strict minimum tend à fluidifier le flux de traitement des demandes

Recentrer le travail des agents évaluateurs sur l'évaluation

Les visites de terrain ont permis de mettre en exergue la variabilité des missions assignées à des agents occupant pourtant le même poste d'un département à l'autre. En particulier s'agissant des fonctions d'évaluateur : si certains départements limitent son intervention à l'évaluation du besoin du demandeur lors de la visite à domicile, d'autres lui attribuent des tâches de secrétariat ou d'accueil (hotline téléphonique, préparation du dossier, prise de rendez-vous, formalisation du plan d'aide dans l'outil) souvent chronophages. Cette accumulation de tâches à réaliser par les évaluateurs vient encore ralentir une étape d'évaluation souvent sujette à l'engorgement. Afin de fluidifier le parcours des dossiers, plusieurs dispositions permettant de réduire la charge de travail des agents évaluateurs ont pu être adoptées par certains départements rencontrés, telles que le déploiement de systèmes d'information permettant l'automatisation de certaines tâches, ou le transfert des tâches administratives aux agents instructeurs. La phase d'évaluation s'en trouve fluidifiée et le délai global de traitement diminué.

Verbatim

« La mise en place de procédures de renouvellement simplifié pour les plans "simples" (pas de changement de situation, plan précédent effectif…) permet de diminuer le délai moyen de traitement, avec l'envoi automatique d'une proposition de plan au demandeur par courrier sur la base du maximum mensuel payé au cours de la dernière année. Après acceptation du demandeur, le renouvellement est acté par l'instructeur à réception des pièces. »

Bonne pratique : le binôme instructeur-évaluateur

Afin de soulager les agents évaluateurs des tâches administratives préalables et consécutives à la visite à domicile, le conseil départemental a structuré ses équipes APA en binômes. Chacun est constitué d'une IDE, en charge de l'évaluation, et d'une secrétaire, qui fixe la visite, prépare le dossier, édite le plan d'aide, prépare le passage en commission et envoie la notification de décision. Le niveau élevé d'informatisation de l'instruction (avec outillage informatique des visiteurs à domicile et genèse semi-automatique du plan d'aide) vient également alléger la tâche de l'évaluateur et fluidifier le délai de traitement global, estimé à 50 jours.

Des réunions régulières de la commission APA sont liées à un délai de traitement faible

Les visites de terrain ont permis de vérifier la relation intuitive entre la réunion fréquente de la commission APA et le délai d'instruction moindre des demandes. En effet, les départements visités affichant des délais de traitement inférieurs à la moyenne s'appuient sur des prises de décisions régulières (hebdomadaires, voire quotidiennes) de la part des instances compétentes. À noter que les observations sur site ont permis d'identifier de multiples configurations pour la commission APA, sous forme de réunion « physique » entre un cadre ayant délégation de signature du président du conseil départemental et un évaluateur, ou bien de dossier « virtuel » dans lequel sont déposés les dossiers revus et validés par l'EMS. Ces modalités d'organisation différenciées peuvent expliquer la variabilité des fréquences de réunions observée lors de l'analyse quantitative.

Les délais de prise de décision sont jugés satisfaisants par les bénéficiaires

Les entretiens menés auprès des bénéficiaires ont montré que, si ces derniers ne connaissent que très rarement le processus de décision relatif à l'attribution de l'APA, ils sont, dans leur grande majorité, satisfaits du délai dans lequel ils obtiennent une réponse de la part du conseil départemental.

« À partir du moment où on m'a dit que j'allais recevoir un courrier pour me dire que j'avais le droit à l'APA, ça a mis quelques semaines. Les délais sont corrects, les commissions ont lieu une fois par semaine. »

L'utilisation d'outils de pilotage et de gestion des délais et la rédaction de guides de procédures permettent de diminuer les délais de traitement

L'adoption d'outils de comptabilisation et de suivi du délai de traitement (systèmes de *workflow*[1] notamment) permet :

- *au niveau de chaque demande*, de générer des alertes dès lors que le dossier dépasse un seuil d'attente critique sur une étape du processus et, le cas échéant, de prioriser le traitement du dossier en question ou de le sortir du processus ;
- *à un niveau macro*, d'identifier les goulots d'étranglement dans le processus global d'attribution et, le cas échéant, de mettre en place des actions correctrices : réallocation des ressources humaines et matérielles, élaboration et diffusion de trames standardisées, informatisation des évaluateurs… L'élaboration et la diffusion de guides de procédures peuvent alors venir complémenter le recours à l'outil informatique.

Bonne pratique : l'engagement des services dans une démarche qualité

Soucieux de réduire le délai de traitement des demandes d'APA, qui dépassait alors largement les 2 mois légaux, le conseil départemental s'est engagé dans une démarche qualité :

- *Au niveau de l'instruction*, à partir d'un logiciel permettant le pilotage des délais et le *reporting*. À chaque étape du processus correspond un délai maximal dont le dépassement génère des alertes ;
- *Au niveau de l'évaluation*, via la diffusion d'un guide de procédure élaboré suite à une étude interne. Des points d'optimisation ont été identifiés et un certain nombre de bonnes pratiques mises en œuvre : utilisation systématique d'un logiciel de messagerie pour programmer les VAD, dématérialisation des dossiers APA, mise en place de la mobilité informatique des évaluateurs, diminution du délai de retour du demandeur sur le plan d'aide, adoption d'une trame commune de rapport médico-social, utilisation d'un espace partagé…

Ces différentes dispositions ont permis au conseil départemental de réduire le délai entre l'envoi de l'accusé de réception de complétude et l'envoi de la notification à 58 jours. À terme, l'objectif est fixé à 40 jours.

[1] Voir *Glossaire.*

1.6.3. Éléments de compréhension d'un délai de traitement fort

Présentation exhaustive de l'ensemble des proximités observées :

Contrairement à l'analyse du délai de traitement faible, le champ des variables liées à un délai de traitement fort identifié par l'analyse quantitative est limité à une seule variable organisationnelle, à savoir l'inscription automatique du dossier à l'ordre du jour de la commission APA.
À noter la mise en exergue, par l'analyse quantitative, d'un lien entre nombre total de demandes d'APA faible et délai de traitement élevé. Ce lien a pu trouver son sens grâce à une étude de terrain complémentaire.
Pour compléter ces éléments, quatre facteurs de compréhension ont émergé des visites sur site :

- La discontinuité organisationnelle entre les différentes étapes du processus d'attribution ;
- Le sous-dimensionnement des équipes d'évaluation ;
- Le faible niveau d'automatisation et d'informatisation ;
- L'espacement entre les réunions de la commission APA.

Analyse croisée et sélection des facteurs de compréhension les plus pertinents :

Le lien entre inscription automatique du dossier à l'ordre du jour de la commission APA et délai moyen de traitement élevé n'a pas été vérifié sur le terrain
Les visites sur site n'ont pas fait apparaître de lien particulier entre l'inscription automatique du dossier à l'ordre du jour de la commission APA et le délai moyen de traitement des demandes élevé.

Une relation contre-intuitive entre flux de demandes faible et délai de traitement élevé qui trouve son sens à travers les visites de terrain

Résultat surprenant : le lien entre faible nombre de demandes d'APA et délai moyen de traitement élevé

L'analyse qualitative montre que certains territoires avec un nombre total de demandes d'APA faible présentent un délai moyen d'instruction élevé. Cette relation à première vue contre-intuitive a pu être vérifiée lors des visites au sein des départements partageant ces deux caractéristiques. L'allocation de personnel étant fonction du flux de dossiers à traiter, les services fonctionnent en sous-effectif et traitent les demandes en flux tendus. La sectorisation (géographique, par étape…) des instructeurs, observée sur certains territoires, vient ajouter un peu plus de rigidité organisationnelle au processus en cas de vacance de poste. Ainsi toute déstabilisation de l'équipe en charge de l'APA peut-elle impacter à la hausse, et de façon très significative, le délai moyen de traitement des demandes d'APA.

Une discontinuité organisationnelle entre les différentes étapes du processus d'attribution en lien avec des délais de traitement longs

L'impératif de fluidité tout au long du processus d'attribution de l'APA est une condition *sine qua non* pour limiter le délai d'instruction des demandes. Or, dans les départements ayant choisi de fractionner le processus et de le répartir entre plusieurs acteurs sur le territoire (équipes d'évaluation sectorisées vs équipe d'instruction centralisée, évaluation externalisée vs instruction et décision internalisée…), la discontinuité organisationnelle peut mettre à mal cette exigence de fluidité. En effet, elle menace de ralentir la transmission d'une information complète entre tous les agents mobilisés sur le dossier, et favorise l'apparition de goulots d'étranglement à l'entrée de l'une ou l'autre des étapes du processus. Cette discontinuité organisationnelle[1] vient alors allonger le délai moyen d'instruction des demandes.

Une discontinuité organisationnelle qui génère des délais sans valeur ajoutée

Dans ce département, et bien que la loi ne l'exige pas, le dossier doit systématiquement recevoir un visa de la part du CCAS de la commune de résidence du demandeur, à l'entrée dans le processus d'instruction puis lors de la notification. S'ajoute au délai de transmission papier du dossier le temps d'instruction du CCAS. L'allongement du délai total de traitement du dossier est estimé à une dizaine de jours – pour une valeur ajoutée très réduite.

Les départements avec des équipes d'évaluation sous-dimensionnées ont tendance à présenter des délais de traitement plus importants

La problématique du sous-dimensionnement des équipes d'évaluation

Dans certains départements, le dossier de demande d'APA rencontre un goulot d'étranglement au moment d'entrer dans la phase d'évaluation. Il est alors placé en attente et voit son délai de traitement s'allonger, de quelques jours à plusieurs semaines. En cause, le sous-dimensionnement des équipes d'évaluation au regard du flux de demande à traiter et/ou la multiplicité des tâches alloués aux évaluateurs.

Ce sujet est d'autant plus critique dans les départements qui doivent faire face au désengagement de certains partenaires historiques – caisses de retraite notamment – et subissent un glissement de charge pour les EMS. En effet, ces dernières procèdent alors à des évaluations pour le compte d'autres dispositifs, en plus des évaluations prévues dans le cadre de l'APA.

Le renforcement humain des équipes étant généralement limité par la contrainte budgétaire, les services concernés développent plusieurs méthodes d'ajustement, telles que la désignation d'un équipier « volant » chargé de combler les surcharges, ou la mise en place ponctuelle d'une cellule dédiée (notamment pour les demandes ayant dépassé le délai légal de traitement).

[1] Voir *Glossaire.*

Un faible niveau d'automatisation et d'informatisation qui peut ralentir le processus global d'attribution de l'APA

Un faible niveau d'informatisation tend à surcharger les agents de tâches chronophages à faible valeur ajoutée

L'utilisation de systèmes d'information aboutis peut permettre d'automatiser un certain nombre de tâches telles que l'édition de courriers, l'inscription du dossier à l'ordre du jour de la Commission APA ou encore la transmission des données nécessaires à la mise en paiement une fois la décision entérinée. Mieux, la mise à disposition des visiteurs à domicile d'un outil interfacé avec le SI de gestion du processus d'attribution limite le temps passé à retranscrire l'évaluation puis à formaliser le temps d'aide. *A contrario*, un faible niveau d'informatisation tend à surcharger les agents de tâches administratives (double saisie notamment) et par conséquent à allonger le délai de traitement moyen des demandes.

L'espacement entre les réunions de la commission APA pèse sur la dynamique de traitement des demandes d'APA

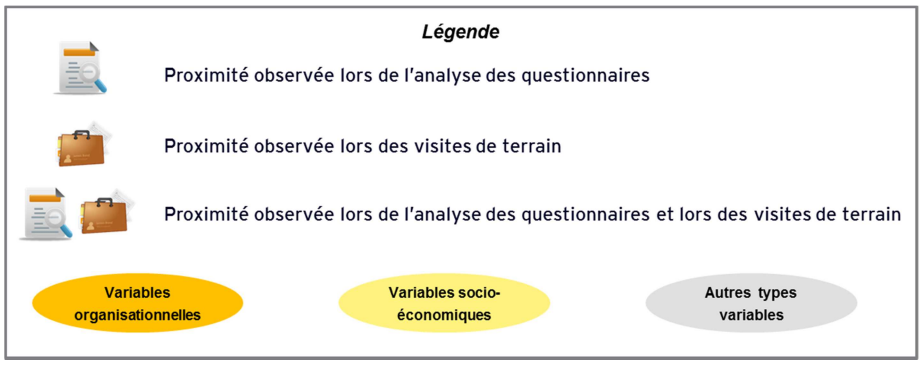
Si l'organisation régulière de réunions de la commission APA permet d'instaurer un certain rythme dans l'instruction des demandes, l'espacement entre les réunions vient logiquement engourdir la dynamique de traitement des dossiers. Ce ralentissement peut être accentué par la mise en place de pratiques locales chronophages :

Verbatim

« On observe une embolie des demandes avant le passage en commission APA, dans l'attente de l'envoi par le demandeur d'un récépissé nécessaire à l'analyse de la demande en commission ».

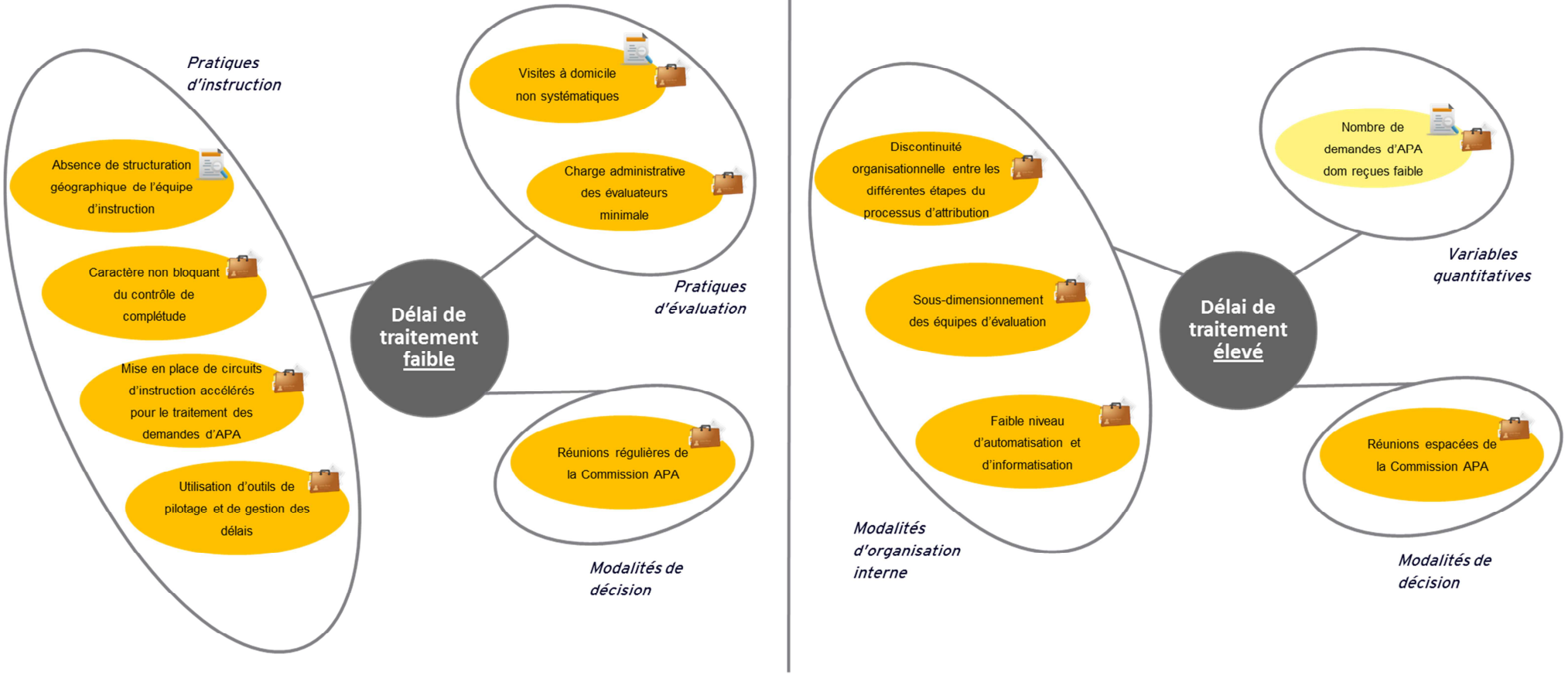
1.6.4. Présentation synthétique des résultats

Comme pressenti, les choix organisationnels opérés tout au long du processus d'attribution de l'APA sont les principaux facteurs de compréhension de la variation du délai moyen de traitement des demandes. En particulier, la mise en place de circuits différenciés destinés à des demandes préalablement sélectionnées lors d'une phase de prétri, la répartition optimale des tâches entre les agents intervenant tout au long du processus ou encore le recours à des outils et dispositifs de pilotage des délais apparaissent comme étant particulièrement déterminants.



Représentation conclusive des facteurs de compréhension du délai moyen de traitement

NB : Ces caractéristiques représentent des proximités observées via l'analyse quantitative et lors des visites de terrain et ne constituent pas de liens de cause à effet.
Les variables identifiées ne doivent pas nécessairement être cumulées.



1.7. Conclusions

1.7.1. Schéma de synthèse des proximités observées entre quelques indicateurs socio-économiques clés et les indicateurs de disparité étudiés (APA)

Présentée comme l'une des hypothèses du cadre de recherche de l'étude sur les conditions d'attribution de l'APA, le lien entre facteurs socio-économiques, démographiques et sanitaires d'un département et indicateurs de disparité a fait l'objet d'analyses approfondies, tant lors de la phase quantitative que lors des visites de terrain.

Le schéma de synthèse ci-après reprend les principales variables socio-économiques testées tout au long de l'étude et détaille les liens mis en exergue par l'analyse quantitative (testés au niveau national lors de la phase de questionnaire) et vérifiés et/ou confirmés et/ou infirmés par l'analyse qualitative (testés auprès d'un petit échantillon représentatif lors des visites sur site). Il reprend également les éléments qui, bien qu'intégrés dès l'analyse quantitative, n'apparaissent en lien avec aucun des quatre indicateurs de disparité.

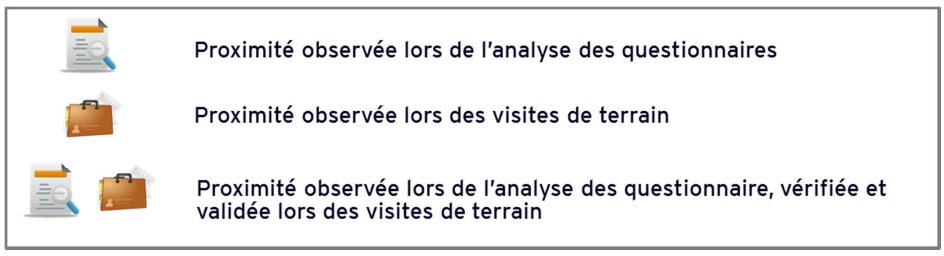
La lecture de ce tableau permet de tirer l'un des enseignements majeurs de l'étude : **le poids du contexte socio-économique est à relativiser**.

Clé de lecture :

(exemple pour un poids des CSP + et assimilées élevé)

Un poids élevé des catégories socioprofessionnelles élevées et assimilées dans la population départementale est en lien avec un taux de demande faible. Cette observation émane de l'analyse quantitative et a pu être vérifiée et confirmée auprès d'un petit échantillon de départements représentatifs lors des visites sur site.

Légende :



Indicateur			Taux de demande		Taux d'accord		Montant moyen attribué		Délai de traitement		Source	Conditions d'interprétation
			Faible	Elevé	Faible	Elevé	Faible	Elevé	Faible	Elevé		
Situation démographique de la population du département	Part des plus de 75ans dans la population	Faible		X								• Proximités observées au niveau national via le questionnaire • Ni strictement confirmées ni strictement infirmées lors des visites de terrain auprès d'un échantillon réduit de département • Qui trouvent une explication tangible (maturité démographique)
		Elevé	X									
Structure socio-professionnelle de la population	Poids des CSP + et assimilées	Faible					X					• Proximités observées au niveau national via le questionnaire • Proximités vérifiées et validées auprès d'un petit échantillon de départements lors des visites de terrain
		Elevé	X									
Situation financière de la population du département	Niveau de vie moyen	Faible										• Proximités testées mais non mises en évidence par l'analyse quantitative • Proximités non mises en évidence par l'analyse qualitative sur site
		Elevé										
	Potentiel fiscal par habitant	Faible					X					• Proximités observées au niveau national via le questionnaire • Proximités vérifiées et validées auprès d'un petit échantillon de départements lors des visites de terrain
		Elevé						X				
Situation sociale de la population du département	Taux de chômage	Faible		X								• Proximités observées au niveau national via le questionnaire • Ni confirmées ni infirmées lors des visites de terrain auprès d'un échantillon réduit de départements (non vérifiées)
		Elevé	X	X (1ère demandes)								
	Proportion de bénéficiaires d'allocations sociales	Faible		X								• Proximités observées au niveau national via le questionnaire • Proximités vérifiées et validées auprès d'un petit échantillon de départements lors des visites de terrain
		Elevé	X									
Situation sanitaire de la population du département	Taux de mortalité prématurée (hommes)	Faible										• Proximités testées mais non mises en évidence par l'analyse quantitative • Proximités non mises en évidence par l'analyse qualitative sur site
		Elevé										
	Taux de mortalité prématurée (femmes)	Faible										• Proximités testées mais non mises en évidence par l'analyse quantitative • Proximités non mises en évidence par l'analyse qualitative sur site
		Elevé										
	Nombre de 1ères demandes d'APA	Faible			X							• Proximités observées au niveau national via le questionnaire • Ni strictement confirmées ni strictement infirmées lors des visites de terrain auprès d'un échantillon réduit de département • Qui trouvent une explication tangible (maturité démographique et filtre)
		Elevé		X (1ère demandes)								
	Nombre de demandes d'APA déposées	Faible							X			• Proximité observée au niveau national via le questionnaire, vérifiée et validée auprès d'un petit échantillon de départements sur le terrain
		Elevé										• Proximités testées mais non mises en évidence ni par l'analyse quantitative ni par l'analyse qualitative sur site
	Taux de bénéficiaires de la PCH	Faible										• Proximités testées mais non mises en évidence par l'analyse quantitative • Proximités non mises en évidence par l'analyse qualitative sur site
		Elevé										

1.7.2. Conclusions des études quantitative et qualitative

La mise en relation des résultats des études quantitatives (tris à plat des variables descriptives) et qualitatives issues des visites de terrain a permis de mettre en lumière les principaux éléments liés aux disparités observées entre les départements.
À l'issue cette analyse croisée, plusieurs enseignements peuvent être formulés :

- Le **poids du contexte socio-économique est à relativiser** : si la maturité démographique du département ou le niveau de vie de ses habitants peuvent jouer à l'entrée dans le circuit de traitement puis au moment de la valorisation du plan d'aide, ces variables ne déterminent pas à elles seules les disparités observées entre les territoires tout au long du processus d'attribution de l'APA. L'ensemble de l'étude a montré l'effet amplificateur des pratiques et modalités d'organisation locales dans la compréhension de la disparité ;

- Le **cadre réglementaire national est progressivement supplanté par la jurisprudence locale** : les 12 années de montée en charge de l'APA ont permis aux conseils départementaux de déployer des circuits de traitement adaptés aux spécificités et contraintes départementales. Dès lors, si des mécanismes organisationnels essentiels pour la compréhension de la disparité tendent à se généraliser (création de circuits d'instruction accélérés, mise en place de filtres à l'entrée et/ou au cours du processus de traitement des demandes, utilisation d'outils et de référentiels), des pratiques d'instruction non réglementées, voire non réglementaires[1] sont apparues et contribuent à l'hétérogénéité des indicateurs étudiés. Or, ces modalités de traitement – qui peuvent avoir un impact décisif sur l'efficacité et l'efficience du processus – questionnent l'exigence d'équité pourtant garantie par la loi ;

- L'**animation et la mobilisation du réseau des partenaires locaux sont déterminantes** : têtes de pont des politiques en faveur des personnes âgées sur le territoire, les conseils départementaux sont responsables de l'organisation de l'écosystème local du secteur de la dépendance. L'ensemble de l'étude a montré que les modalités de collaboration et de coordination entre tous ces acteurs du territoire, au demeurant très variables d'un département à l'autre, ne font qu'accentuer les disparités rencontrées pour les différents indicateurs analysés.

[1] Voir *Glossaire.*