

Allocation personnalisée d'autonomie : les enjeux d'une loi porteuse d'espoirs

Pour la fédération CFDT Santé Sociaux la nouvelle allocation autonomie marque un progrès certain pour la prise en charge des personnes dépendantes, et leur maintien à domicile. Si cette loi ne concerne que les personnes âgées, elle doit être considérée comme un levier pour faire évoluer le secteur de l'aide à domicile, amené à se développer fortement dans les années à venir. Un secteur toujours marqué par la sous-qualification, les systèmes mandataires et le "gré à gré".

La loi sur l'allocation personnalisée d'autonomie a été votée le 26 juin 2001 par le Parlement. Elle se substituera à la PSD (prestation spécifique dépendance) dès le 1^{er} janvier 2002, dont elle corrige les faiblesses majeures vivement dénoncées par les intéressés, bénéficiaires ou professionnels.

La PSD excluait un nombre trop important de personnes, elle a souligné le manque de coordination entre les différents intervenants, elle n'a pas permis de mieux organiser le secteur de l'aide à domicile, et sa gestion par les départements s'est traduite par de fortes inégalités de traitement.

Un droit universel enfin reconnu

Bien qu'elle ne s'inscrive pas dans le cadre d'un 5^{ème} risque sécurité sociale, au même titre que la maladie, la vieillesse..., la future APA relève bien d'une logique de solidarité nationale, et non plus d'aide sociale, comme la PSD.

- C'est un droit universel.
- L'allocation peut être versée à des personnes moyennement dépendantes (niveaux 3 et 4 de la grille AGGIR), et dès 60 ans, ce qui correspond à un nombre de 800 000 bénéficiaires potentiels (contre 135 000 pour la PSD).
- Le montant de l'allocation pour les bas revenus a été revalorisé et le plafond de ressources réévalué.
- Le principe de récupération sur succession a été abandonné, marquant une rupture avec la logique d'aide sociale qui prévalait jusqu'à aujourd'hui.
- Le financement est assuré pour partie par la CSG.

Autre avancée notable apportée par l'APA : cette aide financière peut être utilisée pour couvrir des dépenses de toute nature dès lors que l'équipe médico-sociale qui procède à l'évaluation de la dépendance élabore un plan d'aide les prévoyant. Ainsi, en théorie, rien ne s'oppose à ce que l'APA serve à aménager la résidence de la personne, et à financer des structures d'accueil de jour ou d'accueil provisoire. Semble enfin pris en compte la fameuse aide aux aidants, et le droit au répit auquel ils peuvent légitimement aspirer. Ce n'est qu'un début, et entre la théorie et la pratique vont encore s'écouler sans doute quelques années. Mais c'est tout de même un progrès.

Principale zone d'ombre qui perdure : le système permettant d'assurer la pérennité du financement. Les conseils généraux expliquent déjà qu'ils ne pourront assurer le financement de l'APA, qu'ils vont devoir augmenter les impôts locaux...

La fin théorique des inégalités de traitement

L'APA est régie sur la base d'un barème national pour la partie "domicile".

On peut donc espérer un traitement plus juste d'un département à l'autre. Reste la pratique tout simplement, la façon dont les conseils généraux vont gérer cette allocation et les éventuelles inégalités qui pourraient naître de

l'interprétation de certains textes. La mise en œuvre en établissement sera aussi plus difficile à maîtriser (conventions entre établissements et départements, réforme de la tarification en cours...), et les amendements votés laissent aux départements certains outils qui leur donnent une grande latitude dans la fixation des tarifs dépendance.

La professionnalisation du secteur

Le principal enjeu de la loi, c'est de savoir comment elle peut favoriser l'organisation du secteur et la consolidation de la branche professionnelle. Ce secteur qui est appelé à un fort développement quantitatif doit faire l'objet d'un suivi étroit, pour offrir aux personnes âgées des interventions de qualité, assurées par des professionnels qualifiés. Or, aujourd'hui, les politiques de rémunération, de formation, et la façon dont s'est organisé le secteur ne vont pas dans le sens d'une amélioration qualitative des interventions. Des interventions à la croisée du sanitaire et du social, qui vont devenir de plus en plus complexes puisque seront maintenues à domicile des personnes de moins en moins autonomes.

Premier chantier fondamental pour élever le niveau d'intervention : la formation initiale et continue. La loi prévoit un Fonds de modernisation de l'aide à domicile, qui devrait être

L'évolution de la population de personnes âgées

	+ de 60 ans		+ de 75 ans		+ de 85 ans	
	Effectif en millions	En % de la population	Effectif en millions	En % de la population	Effectif en millions	En % de la population
1995	11,7	20 %	3,5	6	1	2
2020	17	27 %	6	9,5	2	3
2040	21,2	32,5 %	10,1	15,4	3,7	5,6

Source : INSEE

consacré en priorité au soutien de la formation et de la qualification du secteur.

Les enjeux du Fonds de modernisation

En résumé, les enjeux du Fonds de modernisation de l'aide à domicile sont de :

- Soutenir et développer la formation, tant au niveau des personnels d'encadrement que d'intervention,
- Moderniser les structures gestionnaires (outils de gestion, démarche qualité..).

Les modalités pratiques de fonctionnement du Fonds seront précisées par décret : il est en effet très important de savoir comment seront définies les actions que le Fonds peut permettre de soutenir, et par qui. De même, le principe de gestion déconcentrée du Fonds doit être explicité, pour assurer un maximum d'efficacité aux actions financées.

Lors d'une réunion le 20 juin 2001 entre partenaires sociaux et la ministre Mme Guinchard-Kunstler, il a été décidé que deux groupes de pilotage seraient mis en place sous l'égide du ministère : l'un sur le fonctionnement du Fonds de modernisation, et l'autre sur la tarification du secteur. Sur ce dernier point, le groupe de pilotage a tenu une première réunion en juillet, et des simulations de mode tarifaire sont en cours dans un panel de soixante associations.

La tarification du secteur en question

Deuxième clé de la professionnalisation du secteur : la tarification du secteur. Le financement actuel du secteur est un frein à l'amélioration des conditions de travail, à l'évolution des rémunérations et à la formation professionnelle des salariés. Ce qui concerne les 120 000 salariés de la branche aide à domicile, secteur personnes âgées et aussi famille. Seule une évaluation annuelle et globale du poste de travail peut permettre d'en finir avec cette logique de tarification

à l'heure, réductrice et dévalorisante pour les professionnels.

En plus d'une révision en profondeur des grilles salariales et d'une renégociation des grilles de classification, il faut que soit clairement posé le problème du financement dans sa globalité, et que le système de tarification à l'heure soit remis en question. Payer à l'heure va à l'encontre de toute démarche qualité, qui suppose un financement au poste, couvrant tous les aspects d'un travail d'aide à domicile : le temps d'intervention certes, mais aussi les temps de transport, de réunion avec l'association, les temps de planning, les temps d'échange indispensables dans une activité où le professionnel agit toujours seul. Si le temps de transport est désormais inclus dans le temps de travail, reste le problème du remboursement des indemnités kilométriques (le trajet moyen entre deux interventions en zone rurale est de 40 km). Ce sujet sera traité par une négociation de la branche, en septembre 2001.

L'association prestataire : Une garantie pour la personne aidée et pour le professionnel

Troisième clé fondamentale pour l'organisation du secteur : enrayer cette concurrence entre associations mandataires et prestataires qui encourage le recours à des personnes non qualifiées, ou incite à sous-payer des personnels qualifiés. Ainsi, si 40 % des professionnels ont suivi la formation CAFAD, seuls 20 % bénéficient de la grille salariale qui correspond à leur qualification ! La loi prévoit d'inciter au recours à des services prestataires pour les personnes les plus dépendantes. Mais le recours à une association mandataire reste possible, d'où le maintien de ce double statut néfaste à l'organisation du secteur. Le système mandataire et le "gré à gré" représentent en

Les 4 priorités CFDT pour l'aide à domicile

1 La planification

Objectifs : améliorer la coordination, mieux organiser l'offre, favoriser un travail d'équipe pluridisciplinaire, optimiser la réponse aux besoins des personnes fragilisées

Moyens : plans de gérontologie, CLIC

2 La formation

Objectifs : améliorer la qualification des personnels d'intervention et d'encadrement.

Moyens : Fonds de modernisation de l'aide à domicile, partenariats avec les OPCA...

3 La reconnaissance et la qualification

Objectifs : revaloriser les métiers de l'aide à domicile.

Moyens : révision des grilles de salaires et de classifications, élaboration d'une convention collective unique de branche.

4 Le financement du secteur

Objectifs : rénover le système actuel de financement du secteur d'aide à la famille et personnes âgées, améliorer les conditions de travail des professionnels.

Moyens : système de financement basé sur le coût du poste de travail, et non plus sur le principe de l'heure d'intervention.

effet un risque pour les aidants comme pour les aidés : c'est l'aidé qui est l'employeur, et il n'y a aucune autre interface, aucun contrôle, aucun suivi, aucune garantie sur l'adéquation et la qualité de la prestation. Pour le professionnel, il est également plus sécurisant d'avoir pour employeur l'association que de jongler avec différents employeurs. Certaines aides à domicile ont jusqu'à 12 employeurs différents !

Une convention collective unique de branche, dans l'intérêt de tous les professionnels de l'aide à domicile

La construction d'une branche professionnelle passe également par l'élaboration d'une convention collective unique pour l'aide à domicile, c'est-à-dire par l'unification des quatre conventions collectives existantes dans le secteur : CC70, CC83, CCADMR et UNACSS. C'est le pilier d'une reconnaissance réelle et

durable pour tous les salariés du secteur.

Une convention unique ne signifie pas que les particularités de chaque profession seront gommées. Au contraire, c'est à partir de cette ossature unique et forte que chaque profession peut exprimer ses spécificités en termes de métier, de culture, de sensibilité. Seule une stratégie de branche permet à chacun de trouver sa place, et de se renforcer, en reposant sur un socle reconnu et commun. Cette base est le seul moyen de mettre fin aux conflits d'intérêts entre professionnels cousins qui essaient d'obtenir une meilleure reconnaissance de leur activité. Mais cette lutte fratricide se fait au détriment de l'évolution collective, de la reconnaissance des professionnels et de la qualité du service rendu.

Une meilleure coordination

Dernier aspect de cette loi, qui s'attaque à un problème important vu la multiplicité des

intervenants : la coordination des acteurs. La mise en place d'instances comme les CLIC, (centres locaux d'information et de coordination), peut favoriser les échanges entre intervenants et améliorer l'information des publics.

Le fonctionnement de ces 1000 CLIC à terme (25 sites pilotes, 140 nouveaux en 2001) reste toutefois à préciser. Si les objectifs sont simples (simplifier la prise en charge des personnes âgées, mieux coordonner l'action des intervenants...), les mesures à mettre en

place pour les atteindre le sont moins. Cette coordination est un socle pour le développement d'un réel travail en équipe pluridisciplinaire et la construction du réseau (sanitaire/social, structure/domicile).

En matière de coordination, la planification doit également être remise d'actualité, en mettant en place des plans de gérontologie dans chaque département. Ces schémas constituent l'outil préalable indispensable pour mieux organiser l'offre et apporter une meilleure réponse aux besoins.

L'aide à domicile, des métiers pas comme les autres

Les métiers de l'aide à domicile comportent des caractéristiques uniques qu'il convient de prendre en compte. Parmi les principales :

1 Le lieu de travail : le domicile des personnes aidées

Non seulement le professionnel a autant de lieux de travail que d'interventions, mais il doit aussi s'adapter au domicile personnel de la personne aidée. Ce qui suppose de comprendre et d'accepter des règles à chaque fois différentes, de respecter l'intimité des personnes tout en faisant son métier.

2 L'intervention à géométrie variable

Chaque personne est unique, dispose de son propre environnement familial, amical... Le professionnel devra s'adapter à chaque personne, et lui offrir le soutien dont il a besoin : accompagnement à la vie quotidienne, soutien éducatif...

3 L'isolement

Travailler seul requiert des qualités relationnelles et d'adaptation, une grande autonomie, du sang froid et une aptitude à la prise de décision, de la présence d'esprit...

4 De nombreux déplacements

Il n'est pas rare que le professionnel intervienne dans une douzaine de foyers différents, ce qui se traduit par de nombreux déplacements, notamment en zone rurale (distance moyenne entre deux interventions : 40 km). En région parisienne, ces déplacements représentent peu de kilomètres en distance, mais sont grands consommateurs de temps.

5 Une rémunération inférieure au SMIC

Avec les grilles actuelles, une aide à domicile sans qualification doit attendre 11 ans pour percevoir une rémunération supérieure au SMIC.

6 Une dizaine d'employeurs différents

Avec la coexistence du double statut, il n'est pas rare qu'un professionnel ait jusqu'à 10 employeurs différents. Un vrai casse-tête en cas de maladie, ou quand il s'agit de prendre ses congés. Sans parler de la difficulté à se libérer pour suivre une formation

Entretien avec Jean Vernhet, secrétaire général de l'ADMR

(association de services à domicile)

■ Comment percevez-vous la nouvelle APA ?

Cette loi représente une avancée significative pour la prise en charge de la dépendance. Les principales faiblesses de la PSD ont été corrigées : prestation universelle, égalité de traitement d'un département à l'autre, prise en charge élargie aux personnes moyennement dépendantes, création du Fonds de modernisation... Nous sommes enfin sortis d'une logique purement d'aide sociale, même si la gestion de l'APA relève encore des départements.

■ L'ADMR est-elle intervenue au cours de l'élaboration de cette loi ?

Bien sûr, nous avons été présents au cours des débats, et certaines de nos revendications ont d'ailleurs été entendues. Nous étions hostiles par exemple à la récupération sur succession, qui constitue un obstacle psychologique, et maintenait la prestation dans une logique d'aide sociale. L'APA n'est plus récupérable sur succession. Nous nous sommes également mobilisés pour une revalorisation du seuil, afin d'accroître le nombre de bénéficiaires potentiels.

■ Pensez-vous que ce nouveau dispositif va favoriser la professionnalisation du secteur ?

C'est en fait la principale ombre au tableau : même si la loi incite au recours aux associations prestataires pour les personnes les plus dépendantes, rien n'empêche les personnes âgées de faire appel à une association mandataire. Ce qui va à l'encontre de nos objectifs de qualification. Nous estimons que le choix de l'intervenant doit être préservé pour les publics non dépendants, mais qu'il faut refuser à tout prix la marchandisation de l'action sociale, quand il s'agit de publics fragilisés. Ces personnes-là ont besoin d'avoir affaire à des personnes qualifiées, et seule une structure prestataire est à même de garantir la qualité et la sécurité de ses interventions. Il y a un danger à solvabiliser les personnes, sans mettre en place en parallèle des systèmes de conventions avec des structures agréées. Il faut en finir avec la logique de "petits boulots" qui prévaut encore dans notre secteur d'activité !

■ Quelle utilisation préconisez-vous du Fonds de modernisation de l'aide à domicile ?

Le Fonds doit être consacré en priorité à la formation et à la qualification des professionnels de l'aide à domicile. A l'ADMR, seules 20 % des aides à domicile sont titulaires du CAFAD, et ce taux est encore inférieur dans la plupart des autres associations. Il faut également soutenir la démarche qualité, notamment à travers la certification à la norme AFNOR pour les services d'aide aux personnes. Ce soutien à la formation concerne non seulement les intervenants, mais aussi le personnel d'encadrement.

■ Quelles sont vos priorités pour professionnaliser l'aide à domicile ?

Il y a deux grands chantiers indispensables pour mettre le secteur sur la voie de la professionnalisation : la revalorisation des grilles de salaires, et la négociation d'une convention collective de branche pour l'aide à domicile, qui couvre également les employés de maison. Il est indispensable d'harmoniser ces deux statuts, puisqu'aujourd'hui, nombre de professionnels gérés par les associations mandataires, sont soumis à la convention collective des employés de maison. Cette convention unique doit bien prévoir les trois niveaux d'intervention suivants : sans qualification, assistante de vie et CAFAD.

■ Envisagez-vous de participer aux CLIC ?

Nous participerons aux CLIC, car c'est un projet intéressant. Mais cette structure de coordination reste très éloignée des zones rurales, puisqu'elle correspond à 60 000 habitants minimum. L'ADMR a déjà mis en place des Maisons des Services, au niveau du canton ou de certaines communes. Ces Maisons assurent l'accueil et l'information de la population, et rencontrent un très grand succès sur le terrain. Nous en avons déjà plus d'une centaine et devrions en créer un millier dans les deux ans à venir.

L'ADMR,

numéro 1 français des réseaux de proximité. En France, l'ADMR regroupe :

3 000 associations,

52 000 salariés,

100 000 bénévoles,

assure **13 millions** d'heures en tant que prestataire,

20 millions en tant que mandataire.

L'ADMR est présent dans toute la France.

Richard Tourisseau, directeur de maison de retraite et secrétaire général du SYNCASS -CFDT*



Un progrès indiscutable, à parfaire !

Nous avons été échaudés par la PSD, et aujourd'hui, nous restons à la fois vigilants et pragmatiques.

Vigilants, parce que nous attendons les décrets, qui, par expérience, peuvent largement modifier l'impact d'une mesure. Exemple : le calcul des ressources. Certes, le gouvernement prévoit d'élever le seuil permettant de bénéficier de l'APA en établissement : de 10 900 F pour la PSD, nous passerions à 13 000F (voir encadré sur les modalités de calcul des deux allocations).

Nous attendons maintenant le décret qui va préciser les modalités de calcul des ressources. L'allocation compensatrice prenait comme base le revenu imposable au sens fiscal du terme (celui sur lequel est calculé l'impôt, une fois les abattements déduits) ; la PSD en revanche retenait le revenu imposable indiqué sur la fiche de paie, et qui est donc supérieur. Ainsi, une personne bénéficiaire de la première allocation pouvait se retrouver exclue du bénéfice de la seconde, à cause de ces subtilités fiscales. L'APA tiendra compte du revenu imposable "fiche de paie", autrement dit, le mode de calcul le plus défavorable. Nous avons donc formulé une revendication sur ce point, en demandant à ce que le seuil corresponde à un revenu net de 13 000 F, une fois la CSG non déductible déduite ainsi que d'une part l'impact de l'impôt sur le revenu et d'autre part, la prise en charge de la couverture complémentaire, dans la limite d'un plafond (1 800 F / an).

Pragmatiques, parce que même une fois les décrets publiés, reste à voir la façon dont tout cela va être appliqué, en pratique. Là encore, l'expérience prouve que toute brèche dans le dispositif sera largement exploitée par les départements qui rechignent toujours à jouer le jeu. Chaque établissement va devoir signer une convention tripartite avec l'État et le département, convention qui servira de base à la tarification. Cette convention va s'appuyer sur la réforme de la tarification en cours, qui permet à un établissement d'établir trois tarifs (hébergement, dépendance, soins). Le tarif dépendance est variable selon l'état de la personne : plus une personne est en perte d'autonomie, plus le tarif est élevé. Ces personnes nécessitent en effet des soins et un accompagnement plus important pour les actes essentiels de la vie (toilette, habillage...) et donc des frais en personnel plus importants.

D'ici le 31 décembre 2001, les 10 000 établissements n'auront pas le temps de signer cette convention. Il a donc été proposé (amendement "Terrasse") que ce soit le Président du Conseil Général qui fixe le tarif dépendance, dans l'attente de la signature des conventions tripartites... Ce qui risque de donner des choses très différentes d'un département à l'autre.

* Syndicats des Cadres de direction Sanitaire et Social CFDT

Autre amendement contre lequel nous nous sommes exprimés : l'amendement Méhaignerie, qui s'applique une fois la convention signée. Il s'agit cette fois de substituer au calcul individuel de la dépendance un calcul collectif en fonction du GIR moyen de l'établissement (calcul évaluant le niveau moyen de dépendance des résidents d'un établissement, à l'aide de la grille AGGIR). C'est en fonction de ce niveau moyen qu'est alors calculée une dotation globale, ce qui permet au département d'imposer à chaque établissement une enveloppe budgétaire à laquelle il doit se conformer. Nous n'étions pas d'accord avec cette démarche qui peut s'avérer dangereuse pour la bonne marche d'un établissement (qui peut prévoir le niveau de perte d'autonomie et les ressources des nouveaux résidents ? comment être sûr que le tarif

APA, des conditions d'attribution plus favorables que la PSD

En plus de la réévaluation du seuil d'attribution, le principe de calcul de l'APA se distingue de celui de la PSD, qui est une allocation différentielle (pour 1 F de ressources en plus, 1 F d'allocation en moins). Autrement dit, la PSD fonctionne sur la base d'un plafond de ressources maximal (10 900 F) que l'allocation ne doit pas permettre de dépasser.

Exemple :

- Si les ressources de la personne sont égales à 6 000 F, le montant maximal de la PSD est de 4 900 F
- Pour des ressources de 8 000 F, l'allocation est de 2 900 F et elle tombe à 900 F pour des ressources de 10 000 F.

Pour l'APA, le système est différent : les personnes touchent l'aide maximale jusqu'à 13 000 F de ressources (aide calculée en fonction de leur niveau d'autonomie et du tarif de l'établissement), une formule dégressive est appliquée entre 13 000 et 20 000 F de revenus, et les personnes disposant de ressources supérieures à 20 000 F perçoivent 20 % de l'APA. Il s'agit donc véritablement d'un droit universel. Exemple :

Niveau de perte d'autonomie	Tarif dépendance	APA perçue par une personne dont les ressources < 13 000 F	APA perçue par une personne dont les ressources > 20 000 F
GIR 1 et 2	104 F / jour	76 F / jour	20 % de 76 F
GIR 3 et 4	66 F / jour	38 F / jour	20 % de 38 F
GIR 5 et 6	28 F / jour	Pas d'APA pour les plus autonomes	Pas d'APA pour les plus autonomes

GIR : groupe iso-ressources

Le tarif 5 et 6, appliqué aux personnes les plus autonomes (GIR 5 et 6), est payable par tous les résidents. L'APA est donc calculé sur la base de la différence entre le tarif dépendance (ex 104 F pour les plus dépendants) et le tarif 5 et 6 redevable par tous (28 F dans notre exemple) : $104 - 28 = 76$ F.

dépendance arrêté par le département est suffisant pour couvrir les frais de l'établissement ?). Nous avons obtenu que seuls les établissements volontaires seraient soumis au régime de la dotation globale. Voilà quelques réserves a priori sur l'APA. Cette loi est cependant positive puisqu'elle contribue à une plus grande solvabilisation des personnes. Il faut maintenant qu'elle permette aussi aux établissements de pratiquer des tarifs plus justes en fonction de chaque personne, tarifs qui devront être augmentés pour renforcer les moyens en personnel et leur qualification, souvent insuffisants dans les établissements. Grâce à l'APA, ces ajustements tarifaires pourront être effectués sans être directement répercutés sur les résidents. C'est donc un levier potentiel pour une politique de qualité dans les établissements.