

SERVICE DES ALLOCATIONS DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE Où en est-on?

**Etude réalisée par Estelle Camus, Catherine Lhéritier et Claudine Padieu.
Rapport produit par Didier Lesueur et Jean-Louis Sanchez.
Synthèse rédigée par Ségolène Dary**

Ces vingt dernières années, l'évolution des besoins des personnes âgées a conduit à une transformation profonde des politiques sociales à leur égard. Auparavant orientées vers l'assistance aux personnes en situation de pauvreté, les politiques de soutien aux personnes âgées sont aujourd'hui avant tout définies pour faire face à la dépendance liée à l'âge, tel que le consacre la loi de 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Or cette mutation remet en question la séparation traditionnelle entre les politiques de soutien aux personnes âgées et les politiques de soutien aux personnes handicapées, et interroge la pertinence du maintien de la barrière des âges comme

critère de détermination du droit. Aussi, la loi 2005-102 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées s'orientait-elle vers la convergence des modes de compensation du handicap et la suppression des critères d'âge.

Néanmoins, dix ans après la loi, le principe de convergence peine à se concrétiser dans les dispositifs d'aide en raison des divergences profondes entre la conception qui a prévalu lors de la construction des politiques de soutien aux personnes en situation de handicap et celle qui fonde le soutien à l'autonomie des personnes âgées. Ce constat se vérifie tout particulièrement pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH), deux

aides financières dont les finalités et les publics demeurent distincts. À ce titre, l'étude de l'Odas consacrée au service des allocations APA et PCH a permis de mesurer à la fois les effets des divergences constatées entre les deux allocations, et de mettre au jour les recherches d'éléments de convergence dans les départements.

Cette étude a été réalisée avec le soutien de la CNSA



Et la participation de la DGCS



1^{RE} PARTIE

La délivrance du droit : l'impossible convergence des prestations

L'optimisation du service de l'APA et de la PCH par le biais notamment de l'harmonisation de leur traitement représente un enjeu crucial pour les départements pour des raisons d'économie de gestion mais aussi pour développer l'emploi local. Or, la mise en œuvre d'une véritable harmonisation du service de ces deux allocations se heurte à de nombreuses contraintes liées à la divergence de leurs fondements théoriques, de leur contenu et de leurs modes d'attribution. Ainsi, alors que pour l'APA, la décision d'attribution relève de la responsabilité du président du Conseil départemental, pour la PCH, la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) est l'instance décisionnaire. Cette dissociation institutionnelle a un impact décisif sur l'organisation du service de ces prestations, pour laquelle la séparation entre l'APA et la PCH reste la règle.

1.1 L'établissement du droit

Afin d'élaborer les plans d'aide et de compensation, les équipes médico-sociales sont chargées de déterminer le niveau de dépendance et les besoins des personnes. Tout d'abord, les équipes d'évalua-

tion sont propres à chaque allocation et composées de personnels relevant de structures différentes. Ainsi, le droit de la PCH étant établi par la CDAPH, les évaluations sont le plus souvent réalisées par les équipes de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), et non par du personnel départemental comme dans le cas de l'APA. Les équipes sont ainsi constituées de personnels spécialisés sur l'une ou l'autre de ces prestations et attachés à des modes de faire et des outils propres, qui du fait de leur différence de conception semblent difficiles à harmoniser.

Par ailleurs, la démarche de territorialisation des équipes d'évaluation est plus avancée pour l'APA que pour la PCH, ce qui traduit, certes une histoire différente mais aussi des stratégies de rationalisation distinctes : tandis que pour l'APA, la volonté d'améliorer la gestion passe par une plus grande déconcentration des équipes, pour la PCH, il semble que la priorité soit donnée à l'optimisation d'un traitement centralisé des dossiers, et à l'organisation d'un accueil adapté au siège.

Enfin, l'information sur le plan d'aide ou le plan de compensation répond à des logiques différentes compte tenu de la diversité des acteurs impliqués de part et d'autre. L'analyse met également à jour des disparités dans la mise en œuvre

1.2 La mise en œuvre du droit

du droit dans le cadre des deux allocations.

Tout d'abord, les montants accordés ne relèvent pas des mêmes ordres de grandeur, la PCH moyenne s'élevant à 7 247€ contre 4 520€ pour l'APA. Cette différence est liée à la fois au niveau de dépendance en général plus élevé des bénéficiaires de la PCH, et à une prise en compte des ressources différente pour les deux allocations.

En outre, malgré son importance pour la continuité de la prise en charge, l'accompagnement reste peu proposé aux bénéficiaires dès l'établissement des plans d'aide et de compensation. Il est néanmoins plus fréquemment réalisé dans le cadre de l'APA que de la PCH en raison sans doute de liens plus distendus entre la MDPH et les opérateurs de l'accompagnement social.

De plus, alors qu'un plan d'aide sur trois est révisé chaque année, seul un plan de compensation sur cinq l'est. La révision des plans de compensation semble en effet dépendre avant tout de la qualité des relations et de la fréquence de la transmission de l'information entre le Département et la MDPH.

2^E PARTIE

La rationalisation des aides : le développement de solutions convergentes

Le traitement différencié des dispositifs APA et PCH n'a pas empêché la poursuite d'un mouvement engagé depuis le début des années 2000 en faveur d'un rapprochement des politiques de soutien à l'autonomie sur un plan stratégique, en vue d'atténuer autant que faire se peut l'impact de la barrière des âges. Cette volonté se traduit notamment par la création de plateformes d'orientation et d'intervention communes, et par le développement de relations nouvelles avec les opérateurs.

II. 1. La création de plateformes communes d'orientation et d'intervention

La volonté des départements d'aller vers une convergence des politiques d'autonomie s'est avant tout manifestée par la création de directions communes de l'autonomie. Mais, bien que neuf départements sur dix en soient aujourd'hui dotés, cela n'a pas pour autant engendré l'unification des politiques dans les schémas départementaux qui conservent dans leur grande majorité la séparation traditionnelle. Toutefois, un mouvement de rapprochement se dessine. Les schémas communs

entre les politiques de soutien aux personnes âgées et les politiques de soutien aux personnes handicapées sont plus nombreux et on peut saluer l'élaboration dans certains départements de schémas uniques des solidarités. Reste que ces documents ne sont pas toujours le fruit d'une réflexion concertée entre acteurs des politiques du vieillissement et du handicap, avec pour conséquence directe le maintien d'une distinction entre les deux politiques au sein des fiches actions. En réalité, le mouvement constaté dans les départements exprime davantage le développement d'une dynamique gestionnaire qui se heurte au contexte juridique et institutionnel divergent. Ainsi, les tentatives de création de Maisons de l'Autonomie (MDA) restent très limitées tant en nombre que dans leur contenu. La réalisation de cette expérimentation se confronte à l'exigence d'intégration des instances de la MDPH (COMEX et CDAPH) en son sein, ce qui génère une plus grande complexité. De la même manière, les départements multiplient les initiatives visant à harmoniser les outils dont ils disposent, comme l'ouverture de points d'accueil communs ou la création d'équipes d'évaluation communes pour l'attribution de l'APA et de la PCH. Or ces innovations, qui

restent encore peu répandues, achoppent, dans le cas des équipes communes, sur des résistances fortes de la part des professionnels, avec pour conséquence le maintien d'une spécialisation par dispositif.

La coordination des intervenants auprès des personnes, préalable à l'harmonisation des prestations, semble également difficile. D'une part, la coordination des acteurs sociaux et médico-sociaux se heurte à la multiplicité des institutions en charge de l'organiser. Ainsi peu de MDPH assurent un rôle de coordination, tandis que du côté de l'APA, la multiplicité des acteurs associés à la gouvernance des différents dispositifs rend complexe toute tentative d'articulation, comme cela s'illustre dans le cadre de la mise en place des méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (MAIA). D'autre part, les difficultés de coopération historiques entre les acteurs médico-sociaux et sanitaires entravent la démarche de rationalisation des parcours de soin. À ce titre, l'observation pourrait constituer un levier efficace pour développer une connaissance commune des besoins et des territoires, et faciliter ainsi une coopération effective sur les actions.

II. 2. Le traitement rationalisé de l'offre de service

Compte tenu des contraintes budgétaires pesant sur l'action départementale, la recherche de convergence entre les dispositifs doit nécessairement passer par l'optimisation des ressources disponibles et la rationalisation de l'offre existante. Pour cela, les départements doivent tenir compte des spécificités réglementaires des dispositifs et de leurs effets sur le contenu même des plans et des aides attribuées. Ainsi, parce qu'elle permet l'indemnisation des aidants familiaux, la PCH a un impact bien moindre que l'APA sur l'emploi salarié dans le cadre de l'aide humaine. De plus, la PCH favorise le recours à d'autres types d'aides telles que le soutien à la mobilité et l'adaptation du logement, bien moins fréquemment financées par le biais de l'APA. En outre, les départements doivent

surmonter l'imbroglie lié à la réglementation des services d'aide à domicile. Ceux-ci relèvent en effet de régimes juridiques distincts et font l'objet d'un système de tarification particulièrement complexe, variable d'un département à l'autre et au sein même des départements. Toutefois, certains départements observés parviennent à développer des solutions permettant de rationaliser la gestion des services d'aides à domicile. Ainsi le déploiement du paiement direct aux services et le recours croissant à la télégestion et à la télétransmission permettent de renforcer le contrôle d'effectivité des allocations. Ce contrôle est également facilité par l'utilisation du chèque emploi service universel (Cesu) pour les paiements directs aux services. De plus, les départements et les services d'aide à domicile s'orientent de plus en plus vers la mise en place de relations contractuelles reposant sur une approche plus globale que le simple règlement aux services. Cela se vérifie particulièrement dans la réalisation d'un

diagnostic préalable à la contractualisation, mais également dans les expérimentations relatives à des systèmes de tarification alternatifs, dont la possibilité a été ouverte par la loi de financement de la sécurité sociale du 28 décembre 2011. Ces expérimentations, si elles varient singulièrement dans leurs formes, permettent cependant la mise en œuvre du principe de mandatement européen, et prévoient des mécanismes favorisant la lisibilité de la participation des bénéficiaires. Enfin, la recherche de rationalisation de l'offre existante n'empêche pas le développement de nouvelles approches qui, bien qu'innovantes, restent perfectibles et à généraliser, notamment en ce qui concerne l'aide aux aidants ou l'accueil temporaire. Par ailleurs, une volonté d'aménagement de la fracture entre le maintien à domicile et la prise en charge en établissement a pu être observée à travers la mise en place de plusieurs initiatives élargissant la notion de domicile à des systèmes de logement coopératif.

CONCLUSION

Contrairement aux craintes que la décentralisation pourrait entacher le principe d'égalité de traitement, cette étude montre en réalité que les écarts entre départements dans le service des allocations APA et PCH sont limitées. De plus, les efforts d'harmonisation entre les

deux politiques de soutien à l'autonomie sont bien engagées même si les résultats sont peu convaincants en raison des forts particularismes des deux types d'action. Néanmoins, si le bilan de la mise en œuvre des dispositifs de soutien à l'autonomie est positif, l'action du

département reste perfectible sur le terrain d'une action sociale et médicosociale plus préventive, qui ne pourra prospérer que par le biais d'une coopération plus affirmée avec les Villes, soutenue par une implication plus forte du politique.

Ce Cahier est une publication de l'**Observatoire national De l'Action Sociale** : 250 bis, boulevard Saint-Germain 75007 Paris
Tél. : 01 44 07 02 52 – Fax : 01 44 07 02 62 – www.odas.net
Directeur de la publication : **Jean-Louis Sanchez**
Édition et maquette : **Joachim Reynard**



Retrouvez le rapport intégral ainsi que l'ensemble de nos publications et actualités sur :

www.odas.net