



DEPARTEMENT DU PAS-DE-CALAIS

DELIBERATION DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

REUNION DU 30 MARS 2026

PRESIDENCE DE MONSIEUR JEAN-CLAUDE LEROY

Secrétaire : Mme Sandra MILLE

Étaient présents : M. Jean-Claude LEROY, Mme Mireille HINGREZ-CÉRÉDA, M. Daniel MACIEJASZ, Mme Valérie CUVILLIER, Mme Maryse CAUWET, M. Ludovic LOQUET, Mme Bénédicte MESSEANNE-GROBELNY, M. Jean-Claude DISSAUX, Mme Laurence LOUCHAERT, Mme Karine GAUTHIER, M. Alain MEQUIGNON, Mme Evelyne NACHEL, Mme Florence WOZNY, M. Jean-Jacques COTTEL, M. Sébastien CHOCHOIS, Mme Sophie WAROT-LEMAIRE, M. André KUCHCINSKI, Mme Fatima AIT-CHIKHEBBIH, M. Pierre GEORGET, Mme Carole DUBOIS, M. Olivier BARBARIN, Mme Zohra OUAGUEF, M. Etienne PERIN, Mme Maryse DELASSUS, Mme Maité MULOT-FRISCOURT, Mme Stéphanie RIGAUD, M. Philippe FAIT, Mme Emmanuelle LAPOUILLE, M. Alexandre MALFAIT, Mme Sylvie MEYFROIDT, M. Frédéric MELCHIOR, Mme Brigitte PASSEBOSC, M. François LEMAIRE, M. Marc SARPAUX, Mme Marie-Line PLOUVIEZ, M. Steeve BRIOIS, M. Ludovic PAJOT, Mme Brigitte BOURGUIGNON, Mme Anouk BRETON, Mme Nicole CHEVALIER, M. Alain DE CARRION, M. Jean-Luc DUBAËLE, M. Philippe DUQUESNOY, Mme Ingrid GAILLARD, M. Raymond GAQUERE, Mme Séverine GOSSELIN, Mme Aline GUILLUY, M. Guy HEDDEBAUX, M. Sébastien HENQUENET, M. René HOCQ, M. Ludovic IDZIAK, Mme Michèle JACQUET, Mme Maryse JUMÉZ, M. Daniel KRUSZKA, Mme Christiane DUYME, Mme Emmanuelle LEVEUGLE, Mme Geneviève MARGUERITTE, M. Michel MATHISSART, Mme Sandra MILLE, M. Bertrand PETIT, Mme Maryse POULAIN, M. Jean-Pascal SCALONE, M. Jean-Marc TELLIER, Mme Véronique THIEBAUT, Mme Françoise VASSEUR, M. François VIAL, Mme Cécile YOSBERGUE.

Excusé(s) : Mme Blandine DRAIN, M. Laurent DUPORGE, Mme Caroline MATRAT, M. Claude BACHELET, M. Bruno COUSEIN, M. Jean-Louis COTTIGNY, Mme Audrey DESMARAI, Mme Delphine DUWICQUET, M. Philippe MIGNONET, M. Benoît ROUSSEL.

Absent(s) : M. Michel DAGBERT.

**COMMUNICATION DU RAPPORT DÉFINITIF D'ÉVALUATION DE L'ALLOCATION
PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE DE LA CHAMBRE RÉGIONALE DES
COMPTES, ET DE LA RÉPONSE APPORTÉE**

(N°2026-61)

Le Conseil départemental du Pas-de-Calais,

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales et, notamment, ses articles L.3121-14 et L.3211-1 ;

Vu le Code des juridictions financières et, notamment ses articles R.245-2-11 et R.245-2-12 ;

Vu le Code des relations entre le public et l'administration ;

Vu le rapport du Président du Conseil départemental, ci-annexé ;

Après en avoir délibéré,

DONNE ACTE au Président du Conseil départemental :

Article unique :

De la présentation au Conseil départemental, du rapport définitif d'évaluation de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile de la Chambre Régionale des Comptes, ainsi que de la réponse apportée, joints en annexe à la présente délibération.

Dans les conditions de vote ci-dessous :

Pour : 77 voix (Groupe Socialiste, Républicain et Citoyen ; Groupe Communiste et Républicain ; Groupe Union pour le Pas-de-Calais ; Groupe Rassemblement National ; Non-inscrits) Contre : 0 voix Abstention : 0 voix Absent sans délégation de vote : 1 (Groupe Socialiste, Républicain et Citoyen)

(Adopté)

.....
LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL,

Jean-Claude LEROY

ARRAS, le 30 mars 2026

Pour le Président du Conseil départemental,
La Directrice générale des services,

Signé

Maryline VINCLAIRE



Le président

Arras, le 26 février 2026

Dossier suivi par : Martine Kirket, responsable du
service du greffe

T [REDACTED]

Mél : [REDACTED]

Réf. : RDE 2025-000598

Greffe N° 2026-180

P. J. : 1 rapport définitif d'évaluation

Objet : notification du rapport définitif d'évaluation de
l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile
dans le Pas-de-Calais et de sa réponse.

Envoi dématérialisé avec accusé de réception
(Article R. 241-9 du code des juridictions financières)

à

Monsieur Jean-Claude Leroy
Président du conseil départemental
du Pas-de-Calais

Hôtel du département

Rue Ferdinand Buisson

62018 – ARRAS CEDEX 9

leroy.jean.claude@pasdecals.fr

presidence.secretariat@pasdecals.fr

Monsieur le Président,

Je vous prie de bien vouloir trouver, ci-joint, le rapport définitif d'évaluation de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile dans le Pas-de-Calais de 2018 à la période la plus récente ainsi que la réponse que vous y avez apportée.

Je vous rappelle que ce document revêt un caractère confidentiel qu'il vous appartient de protéger jusqu'à sa communication à votre assemblée délibérante. Il conviendra de l'inscrire à l'ordre du jour de sa plus proche réunion, au cours de laquelle il donnera lieu à débat. Dans cette perspective, le rapport et la réponse que vous y avez apportée seront joints à la convocation adressée à chacun de ses membres.

Dès la tenue de cette réunion, **ou au plus tard dans le délai de deux mois suivant la présente transmission**, conformément aux dispositions de l'article R. 245-2-11 du code des juridictions financières, ce document pourra être publié et communiqué aux tiers en faisant la demande, dans les conditions fixées par le code des relations entre le public et l'administration.

En application de l'article R. 245-2-10 du même code, je vous remercie d'informer le greffe de la date de la plus proche réunion de votre assemblée délibérante et de lui communiquer copie de son ordre du jour.

Par ailleurs, je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. R245-2-12 du code précité, le rapport définitif d'évaluation et la réponse jointe sont transmis au représentant de l'État dans la région.

L'article L. 243-9 du code des juridictions financières dispose que, dans un délai d'un an à compter de la présentation du rapport définitif à votre assemblée délibérante, vous devez présenter, dans un rapport devant cette même assemblée, les actions que vous avez entreprises au regard des observations définitives émises par la chambre. Ce rapport est communiqué à la chambre régionale des comptes.

Dans ce cadre, vous voudrez bien préciser les suites que vous aurez pu donner aux recommandations qui sont formulées dans le rapport définitif d'évaluation, en les assortissant des justifications utiles.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.



Jean-Paul Albertini



RAPPORT DEFINITIF D'ÉVALUATION ET SA RÉPONSE

L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE À DOMICILE DANS LE PAS-DE-CALAIS

Exercices 2018 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés, a été délibéré par la chambre le 9 décembre 2025.

TABLE DES MATIÈRES

1	LA MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION.....	19
1.1	Les questions et sous-questions évaluatives retenues.....	19
1.2	Les données mobilisées.....	20
1.2.1	Les données individuelles.....	20
1.2.2	Les données des Saad agrégées.....	22
1.3	Les principes généraux de la méthode retenue.....	23
1.3.1	Les contraintes méthodologiques.....	24
1.3.2	Les principales méthodes quantitatives retenues.....	24
1.3.2.1	Une analyse microéconomique et géographique.....	24
1.3.2.2	L'évaluation des effets de l'Apa, une analyse de séquence des bénéficiaires.....	25
1.3.2.3	L'évaluation de la soutenabilité de l'Apa à domicile.....	25
1.3.3	Les apports de l'analyse qualitative.....	26
1.3.4	Le parangonnage avec d'autres départements.....	28
2	UNE POLITIQUE COHERENTE AVEC LES OBJECTIFS NATIONAUX MAIS N'ASSURANT QU'UNE FAIBLE ADEQUATION ENTRE L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT ET LES BESOINS.....	31
2.1	Une déclinaison du cadre national qui manque de priorités locales ciblées.....	31
2.1.1	Les principales caractéristiques socio-démographiques des allocataires.....	31
2.1.1.1	Les bénéficiaires de l'Apa à domicile à l'échelle nationale.....	31
2.1.1.2	Les bénéficiaires de l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais.....	32
2.1.2	Les principaux objectifs, nationaux et départementaux, de l'Apa à domicile.....	34
2.1.2.1	Des objectifs nationaux larges qui laissent des marges de manœuvre aux départements.....	34
2.1.2.2	Une allocation qui dépend aussi des objectifs assignés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.....	35
2.1.2.3	Des ambitions départementales alignées sur les orientations nationales.....	35
2.1.2.4	Des priorités locales à définir.....	36
2.2	Une faible adéquation avec les besoins des bénéficiaires, des leviers à mobiliser.....	37
2.2.1	Une connaissance insuffisante des caractéristiques et des besoins des bénéficiaires de l'Apa à domicile par le département.....	37
2.2.1.1	Une organisation en partie déconcentrée des services chargés de l'autonomie.....	37
2.2.1.2	De nombreuses informations à disposition du département.....	38
2.2.1.3	Les caractéristiques et les besoins : trois grandes familles de bénéficiaires de l'Apa à domicile aux caractéristiques et aux besoins différents.....	39
2.2.2	Une offre d'accompagnement des personnes âgées dépendantes plus réduite dans le Pas-de-Calais que dans les autres départements.....	42
2.2.2.1	Les acteurs de proximité de l'Apa à domicile dans les départements.....	42
2.2.2.2	Les caractéristiques de l'offre dans le Pas-de-Calais.....	44
2.2.3	Un pilotage de l'offre et son adéquation aux besoins à améliorer.....	45
2.2.3.1	Les principes généraux du pilotage des Saad.....	45
2.2.3.2	Des outils de pilotage de l'offre encore insuffisamment mobilisés par le département, malgré la relance récente des audits.....	46
2.2.3.3	Une adéquation imparfaite de l'offre et de la demande.....	48

3	UNE MISE EN ŒUVRE DE L'APA A DOMICILE QUI NE GARANTIT PAS LE MAINTIEN DE LA QUALITE DE VIE DES BENEFICIAIRES DANS LE PAS-DE-CALAIS.....	52
3.1	Un accès aux droits relativement étendu, mais des limites dans la capacité des bénéficiaires à les exercer dans les faits	52
3.1.1	Un accès aux droits relativement étendu dans le Pas-de-Calais, mais des marges de progrès existent.....	53
3.1.1.1	Un recours à l'Apa à domicile plus important dans le Pas-de-Calais	53
3.1.1.2	Une mobilisation trop limitée des dispositifs fiscaux en faveur des bénéficiaires de l'Apa à domicile	53
3.1.1.3	Des délais de notification des décisions d'Apa à domicile non respectés dans un cas sur cinq	55
3.1.2	Une égalité de traitement incertaine dans l'évaluation du niveau de dépendance.....	56
3.1.2.1	Un référentiel national aux effets de seuil significatifs	56
3.1.2.2	Des différences marquées dans les pratiques évaluatives du département	61
3.1.2.3	Des outils d'harmonisation des pratiques évaluatives à renforcer	62
3.1.3	Une méconnaissance des droits des bénéficiaires dans le fonctionnement courant de l'Apa à domicile	63
3.1.3.1	Une consommation locale des plans d'aide qui rejoint les constats nationaux.....	63
3.1.3.2	Des évaluations non-conformes aux exigences de la loi, au détriment des droits des bénéficiaires.....	65
3.1.4	Des mesures récentes « d'optimisation » budgétaire portant atteinte aux droits des bénéficiaires.....	69
3.1.4.1	Des mesures récemment décidées.....	69
3.1.4.2	Une mise en œuvre qui contrevient aux droits des bénéficiaires	70
3.1.4.3	Des mesures induisant une rupture de parcours dans l'Apa.....	71
3.2	Un dispositif d'Apa qui permet, en partie, d'accompagner la perte d'autonomie des personnes âgées dépendantes à domicile.....	74
3.2.1	Une efficacité inégale de l'Apa sur le maintien à domicile et sur la qualité de vie des bénéficiaires.....	74
3.2.1.1	Des parcours au sein de l'Apa à domicile sensiblement différents.....	74
3.2.1.2	Des différences de parcours associées à un degré inégal d'utilisation de l'Apa	76
3.2.2	Les effets de l'Apa sur les hospitalisations des bénéficiaires	77
3.2.2.1	Des hospitalisations pour chute plus nombreuses dans le Pas-de-Calais et chez les bénéficiaires de l'Apa	77
3.2.2.2	Un niveau d'hospitalisations potentiellement évitables également marqué.....	78
3.3	La faible qualité des prestations délivrées par les Saad du Pas-de-Calais	79
3.3.1	Une qualité des prestations délivrées à contrôler et à piloter.....	79
3.3.1.1	Les obligations de contrôle des départements et des services d'aide et d'accompagnement à domicile	79
3.3.1.2	Des outils de contrôle et de pilotage de la qualité à disposition du département	80
3.3.1.3	Une faible utilisation concrète des outils de contrôle et de pilotage.....	82
3.3.2	Des difficultés dans la qualité des prestations délivrées.....	83
3.3.2.1	Des conditions de travail dégradées qui pèsent sur la qualité des prestations.....	84
3.3.2.2	Une prise en compte insuffisante des proches aidants	86
4	UNE CAPACITE INCERTAINE A FINANCER DURABLEMENT LA POLITIQUE D'APA A DOMICILE	90
4.1	Un financement de l'Apa à domicile dont la soutenabilité n'est pas garantie pour le département du Pas-de-Calais	90

4.1.1	Le financement de l'Apa à domicile, source de reste à financer pour les départements	90
4.1.1.1	Les concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.....	91
4.1.1.2	La participation des départements	93
4.1.1.3	La participation des bénéficiaires	94
4.1.2	Une situation financière susceptible d'obérer la capacité du département à financer l'Apa à domicile	95
4.1.2.1	Une hausse soutenue des dépenses d'intervention, notamment d'Apa à domicile	95
4.1.2.2	La lutte contre la fraude à la double facturation des prestations, un gisement d'économies.....	96
4.1.2.3	Des recettes croissantes, mais des marges de manœuvre limitées pour le département	96
4.1.2.4	Une capacité d'autofinancement et de désendettement très dégradées.....	97
4.1.3	Un coût brut et un reste à financer plus important et en hausse dans le Pas-de-Calais par rapport aux autres départements	98
4.1.3.1	Un coût brut plus élevé dans le Pas-de-Calais	98
4.1.3.2	Des recettes moins importantes	100
4.1.3.3	Un coût net, ou reste à financer, logiquement plus élevé.....	100
4.1.3.4	Un reste à financer en hausse uniquement dans le Pas-de-Calais	101
4.1.4	Une hausse à venir des dépenses d'Apa à domicile.....	102
4.1.4.1	Un manque d'outils pour anticiper les besoins et les coûts de l'Apa à domicile	102
4.1.4.2	Une hausse du nombre de personnes dépendantes et de bénéficiaires de l'Apa à domicile	103
4.1.4.3	Une hausse significative attendue des dépenses et du reste à financer d'Apa à domicile pour le Pas-de-Calais	104
4.2	Des services d'aide et d'accompagnement à domicile en grande difficulté	107
4.2.1	Des données d'activité et économiques des Saad parcellaires au niveau national	107
4.2.1.1	Le tableau de bord de la performance du secteur médico-social et la base <i>Nova</i> : deux outils potentiellement riches	107
4.2.1.2	Une soutenabilité financière globale des Saad impossible à apprécier au niveau national	108
4.2.2	Des Saad structurellement déficitaires et non rentables dans le Pas-de-Calais	109
4.2.2.1	Un secteur structurellement déficitaire	109
4.2.2.2	Un secteur non-rentable	111
4.2.2.3	Un secteur susceptible de connaître des difficultés de trésorerie.....	111
4.2.3	Le coût de production des Saad au regard du tarif horaire	113
4.2.3.1	Des études menées au niveau national.....	113
4.2.3.2	Le coût de revient des Saad du département du Pas-de-Calais	115
ANNEXES	119

PROCEDURE

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité des juridictions financières : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que les observations et recommandations formulées à l'issue d'un contrôle ou d'une évaluation de politique publique sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La **collégialité** sécurise les principales étapes de la procédure. Ainsi, les projets d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale.

L'évaluation des politiques publiques est une des missions assignées aux chambres régionales des comptes aux termes de l'article L. 211-15 du code des juridictions financières. Ce dernier en précise les modalités et fixe également les conditions dans lesquelles les présidents de conseils régionaux, départementaux et métropolitains peuvent saisir la chambre d'une demande (articles R. 245-1-2 et R. 245-1-3).

Dans ses évaluations, la chambre « *apprécie, notamment, les résultats et les impacts de la politique publique ainsi que les facteurs qui les expliquent. L'appréciation porte sur la cohérence, l'efficacité et l'efficience de la politique publique concernée* » (article R. 245-2-1).

Le présent rapport d'évaluation porte sur l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile dans le Pas-de-Calais, de 2018 à la période la plus récente.

La chambre a été saisie d'une demande en ce sens par le président du conseil départemental, le 20 décembre 2024. Réunie en formation plénière, le 13 janvier 2025, elle l'a déclarée recevable et, par courrier du 16 janvier 2025, elle a indiqué à l'intéressé qu'elle lui adresserait le rapport définitif dans le délai d'un an à compter du 1^{er} février 2025, date de l'engagement de la procédure d'évaluation (article R. 245-1-5 du même code).

Conformément à la méthodologie suivie par les juridictions financières pour les évaluations de politiques publiques (normes professionnelles n° IV.22 et IV.23), un comité d'accompagnement associant des experts et des parties prenantes, comme la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, le Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, des fédérations des service d'aide et d'accompagnement à domicile, des représentants des usagers et les instituts de recherche comme l'Institut des politiques publiques, a été constitué (cf. annexe n° 1). Il s'est réuni à quatre reprises pour éclairer la chambre sur les questions évaluatives, la méthodologie, les propositions d'observations et l'analyse des réponses dans le cadre de la contradiction.

Les présents travaux évaluatifs comprennent des approches quantitatives et qualitatives, détaillées au premier chapitre de ce rapport.

À cette fin, l'équipe d'évaluation a réalisé 50 entretiens avec les acteurs nationaux et locaux de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes (cf. annexe n° 2). Elle a en outre rencontré des usagers bénéficiaires de ce dispositif, lors d'entretiens collectifs (93) ou individuels (37), y compris de proches aidants. À cette fin, une charte de participation a été rédigée, signée par chaque personne interrogée. Ce document rappelle le caractère volontaire de l'entretien, le secret attaché aux informations déclarées à la chambre, laquelle s'engage à ne pas les communiquer au département ou à toute autre autorité.

Le nom et le lieu de résidence des personnes mentionnées dans les encadrés du présent rapport ont été modifiés afin d'empêcher leur identification sur la base de ces témoignages.

La présente évaluation a nécessité la collecte d'informations de différentes natures (sanitaires, sociales et fiscales) directement auprès des autorités compétentes, au-delà de celles obtenues via le Centre d'Accès Sécurisé aux Données, sur le fondement de l'article L. 241-5 du code des juridictions financières relatif au droit de communication. La juridiction constitue en effet un tiers autorisé au sens du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, autrement dit une autorité disposant, en vertu de l'intérêt public qui s'attache à l'accomplissement de ses missions, du pouvoir de solliciter l'obtention de documents ou renseignements contenant des données à caractère personnel.

La chambre a fait exercice de cette faculté auprès de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, des caisses primaires d'Assurance maladie de l'Artois et de la Côte d'Opale, de la Mutualité sociale agricole Nord-Pas-de-Calais, de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) Hauts-de-France, de la Direction régionale des finances publiques.

Afin de sécuriser ces échanges de données, des modalités de chiffrage et de transmission spécifiques ont été adoptées pour chaque administration.

Le président du conseil départemental du Pas-de-Calais a été informé, le 27 août 2025, des propositions de constats provisoires. La chambre, réunie en formation plénière, le 22 septembre 2025, a arrêté les éléments d'évaluation provisoires qui ont été notifiés au président du conseil départemental ainsi qu'aux tiers concernés (article R. 245-2-7).

Après avoir examiné les réponses reçues, la chambre a arrêté le rapport définitif d'évaluation qui suit, lors de sa séance du 9 décembre 2025, en application de l'article R. 245-2-8 du code des juridictions financières.

Les conclusions de la présente évaluation concourent aux travaux de la formation commune à la Cour et aux chambres régionales des comptes relative à la réforme des services d'aide et de soins à domicile.

SYNTHÈSE

Sur saisine du président du conseil départemental du Pas-de-Calais, la chambre régionale des comptes a évalué les interventions financées dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) à domicile de 2018 à la période la plus récente.

Pour ce faire, elle a répondu à trois questions. Elle a d'abord apprécié la cohérence du dispositif mis en œuvre dans le Pas-de-Calais, au regard à la fois des objectifs nationaux et locaux et des besoins de la population. Elle s'est ensuite attachée à évaluer l'efficacité de l'Apa à domicile, qu'il s'agisse de l'accès aux droits, du maintien des bénéficiaires à leur domicile ou de la qualité de l'accompagnement proposé aux personnes âgées dépendantes. Elle a enfin examiné la soutenabilité de la politique publique, tant pour le département que pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) qui assurent les prestations.

Les travaux évaluatifs ont compris des approches quantitatives qu'aucun acteur institutionnel, même national, n'avait pu conduire jusqu'à présent, à partir d'appariements de données inédits. Ils ont également comporté une démarche qualitative auprès de 130 bénéficiaires rencontrés personnellement, et auprès d'une trentaine de services d'aide et d'accompagnement à domicile. Un parangonnage a été réalisé au moyen d'un rapprochement statistique avec les départements similaires en termes de besoins et d'offre d'accompagnement, et des entretiens qualitatifs ont été conduits auprès de plusieurs départements.

La chambre souligne la démarche volontariste du département consistant à la saisir sur une politique publique particulièrement complexe à mener en raison du nombre d'acteurs, des contraintes financières et des usagers finaux et ce, dans un contexte budgétaire difficile, comme l'a montré le récent rapport de la Cour des comptes sur la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Elle rappelle également que, si ses observations traitent en premier lieu du Pas-de-Calais, différents constats sont susceptibles de se retrouver avec plus ou moins d'acuité au niveau national. Au surplus, le travail évaluatif de la chambre, premier en la matière, nécessitera d'être complété par des études similaires menées dans d'autres départements et au niveau national. La situation complexe de l'Apa à domicile impose des ajustements locaux et nationaux, et les recommandations de la chambre participent de cette démarche d'amélioration continue de la gestion publique locale.

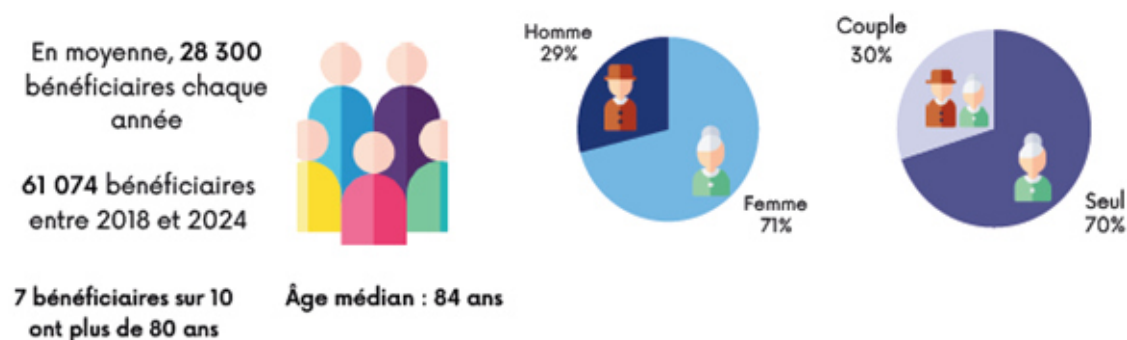
Créée par la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, l'Apa à domicile constitue une prestation destinée aux personnes âgées de soixante ans et plus confrontées à une perte d'autonomie. Elle vise à permettre le maintien à domicile dans des conditions adaptées, en contribuant au financement des aides humaines et techniques nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne. L'accès à cette allocation repose sur l'âge, la résidence stable en France et l'évaluation médico-sociale de la perte d'autonomie, qui détermine le niveau de dépendance ouvrant droit à un plan d'aide personnalisé. Le montant attribué varie en fonction des besoins identifiés et des ressources du bénéficiaire. Si elle peut donner lieu à une participation financière, l'Apa ne fait pas l'objet d'une récupération sur succession.

Le Département est l'autorité responsable de l'Apa. Il instruit les demandes, organise l'évaluation médico-sociale de la perte d'autonomie, élabore le plan d'aide individualisé et

assure le financement de la prestation, sous la forme d'un versement direct au bénéficiaire ou aux services intervenants. À ce titre, il agit comme chef de file de l'action sociale en faveur des personnes âgées dépendantes, ce qui implique une fonction de régulation territoriale. Avec l'entrée en vigueur de la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie, il est désormais pilote du service public départemental d'autonomie.

Dans le Pas-de-Calais, 28 300 personnes bénéficient de l'Apa à domicile, soit 7,5 % de la population de 60 ans et plus. Les bénéficiaires sont majoritairement des femmes (71 %), le plus souvent isolées (70 %) et dont 70 % ont dépassé 80 ans, l'âge médian atteignant 84 ans. Ils se caractérisent par un niveau de dépendance modéré, un peu moins de la moitié relève du groupe iso-ressource (Gir) 4 et 26 % du Gir 3.

Graphique n° 1 : Les principales caractéristiques des bénéficiaires de l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du Département.

Entre 2018 et 2024, le coût cumulé de l'Apa à domicile s'élève à 1,5 Md€, dont 734 M€ supportés par le Département, 607 M€ par la Sécurité sociale et 76 M€ par l'État. La dépense moyenne annuelle par bénéficiaire atteint 7 497 €. L'Apa à domicile constitue l'un des principaux postes budgétaires du Département, et représente 25 % des aides directes à la personne et 10 % des charges courantes.

1. Une politique cohérente avec les objectifs nationaux mais n'assurant pas l'adéquation entre l'offre d'accompagnement et les besoins

En dépit d'un coût significatif pour les acteurs publics, les interventions menées dans le cadre de l'Apa à domicile sont peu adaptées aux besoins des bénéficiaires et des territoires. Cette politique, cohérente avec les objectifs nationaux, manque toutefois de priorités locales ciblées, de régulation et de pilotage.

Des bénéficiaires mal connus

Le département du Pas-de-Calais dispose d'une connaissance insuffisante des caractéristiques et des besoins des bénéficiaires de l'Apa à domicile et des territoires malgré un système d'information relativement riche, mais ancien, et l'existence de liens établis entre les allocataires et les maisons de l'autonomie – services départementaux déconcentrés.

Or comme l'illustre le travail d'identification de trois idéaux-types mené par la chambre, les profils des publics accompagnés sont très hétérogènes et vont de bénéficiaires quasi-autonomes à des personnes âgées dont les besoins nécessitent un accompagnement substantiel le matin, le midi et le soir, voire la nuit. Cette carence réduit la capacité du Département à adapter son accompagnement aux spécificités des personnes concernées.

Une politique cohérente avec les cadres nationaux, mais qui manque de priorités locales ciblées

La loi a défini plusieurs principes fondamentaux en matière d'autonomie des personnes âgées et d'Apa à domicile, parmi lesquels un accompagnement adapté aux besoins et aux ressources de la personne, dans le respect de son projet de vie et permettant de répondre aux conséquences de sa perte d'autonomie. Le droit à l'information et à la prise en compte de ses souhaits sont également consacrés afin que l'usager reste acteur de son parcours de vie.

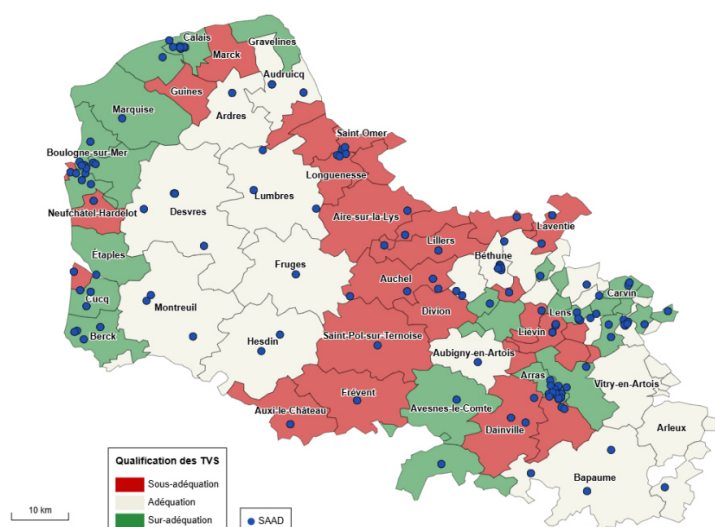
Les départements, en tant que chefs de file de l'action sociale locale, doivent décliner ces orientations pour leur donner une résonance et une adaptation locales. Dans le Pas-de-Calais, les principes directeurs fixés par le législateur et les orientations issues de la convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'État et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie trouvent un prolongement dans le schéma de l'autonomie.

Toutefois, le Département manque de priorités locales ciblées en matière d'accompagnement des personnes âgées dépendantes, alors même qu'il lui incombe, en sa qualité de chef de file de l'action sociale et des politiques d'autonomie, de mettre en œuvre territorialement un dispositif et une politique de portée nationale.

Un pilotage et une régulation ne permettant pas d'assurer la cohérence avec les profils et les besoins des bénéficiaires et des territoires

L'offre d'accompagnement apparaît moins dense dans le Pas-de-Calais que dans le reste des départements. Les indicateurs de couverture et d'accessibilité potentielle localisée, qui traduisent la capacité d'un territoire à répondre aux besoins d'autonomie, demeurent inférieurs aux moyennes régionale et nationale.

Carte n° 1 : Adéquation entre les besoins des bénéficiaires et l'offre d'accompagnement selon le territoire de vie-santé



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du Département et de la Drees.

Dans ce contexte non-imputable au Département, la régulation de l'offre d'accompagnement est indispensable. Malgré les outils mis à sa disposition par le législateur, la régulation départementale demeure insuffisante : les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, le pilotage des autorisations d'activité et l'habilitation à l'aide sociale sont insuffisamment mobilisés. Il en résulte des inégalités territoriales marquées, certains territoires disposant d'une offre surabondante, quand d'autres connaissent des situations de relative pénurie.

2. Une politique qui ne garantit pas le maintien de la qualité de vie des bénéficiaires dans le Pas-de-Calais

L'Apa à domicile ne permet pas de maintenir la qualité de vie des bénéficiaires, malgré un accès aux droits étendu dans le Pas-de-Calais, point fort du Département à conserver. En effet, l'exercice effectif des droits à l'Apa n'est pas garanti, le maintien à domicile dans des conditions de vie décentes est incertain pour une partie des personnes accompagnées, et la qualité des prestations délivrées est d'un moindre niveau.

Un accès aux droits étendu, conformément aux objectifs nationaux

Dans le Pas-de-Calais, l'accès formel aux droits à l'Apa à domicile est étendu, avec des taux de recours et de couverture des incapacités sévères et modérées supérieures aux autres territoires. À titre d'illustration, la proportion d'allocataires de l'Apa à domicile parmi les personnes de 60 ans et plus s'élève à 7,7 %, contre 4,5 % au plan national et 4,9 % dans les départements comparables.

Ce point fort pourrait encore être renforcé par l'amélioration de l'utilisation des dispositifs de crédits d'impôt, qui permettent de réduire la participation financière du bénéficiaire, et par le respect du délai de deux mois de notification de la décision d'Apa, délai qui n'est actuellement pas respecté dans 20 % des dossiers de demande.

Une capacité réelle des bénéficiaires à exercer leurs droits en matière d'aide à domicile qui connaît des limites

L'exercice effectif des droits liés à l'Apa à domicile suppose d'évaluer le niveau de dépendance et les besoins du bénéficiaire au moyen de la grille Aggir. Ce référentiel, obligatoirement utilisé dans tous les départements, présente toutefois des limites, notamment d'importants effets de seuil. Ainsi, des personnes avec des niveaux de dépendance très proches peuvent être classées dans des groupes iso-ressources différents, ce qui conditionne, en partie, le montant du plan d'aide qui leur est attribué. Dans ce contexte, il est indispensable d'évaluer de façon concrète et régulière le niveau de dépendance et le profil des bénéficiaires, en veillant à l'harmonisation des évaluations par les équipes médico-sociales.

Or les pratiques d'évaluation mises en œuvre par le Département divergent, ce qui crée une inégalité entre les personnes âgées dépendantes : à profils similaires, les niveaux de dépendance et les plans d'aide diffèrent selon les évaluateurs et les territoires. Au surplus, les modalités d'évaluation retenues par le Département sont doublement non-conformes à la loi : d'une part, dans deux cas sur trois, l'obligation de réaliser une visite à domicile n'est pas respectée, ce qui obère la capacité à apprécier *in concreto* la situation de la personne âgée ; d'autre part, les réexamens des situations de dépendance sont menées à des intervalles trop irréguliers, puisque 20 % d'entre elles dépassent la durée de cinq ans que s'est fixé le Département, alors même que les autres acteurs du secteur, caisses de retraite ou opérateurs,

visent, eux, une réévaluation annuelle. Ce faisant, le niveau de dépendance et les besoins des allocataires ne sont pas actualisés, ce qui les prive d'un accompagnement sur mesure et révisé périodiquement, comme la loi l'impose pourtant.

Une politique récente d'optimisation budgétaire portant atteinte aux droits des bénéficiaires

En raison de contraintes budgétaires, le Département a, depuis 2025, mis en place des mesures d'optimisation pour réduire les dépenses d'Apa à domicile. Celles-ci visent, notamment, à faire baisser le volume d'aide-ménagère pour 11 000 allocataires, et à procéder au « regirage » mécanique de quelques 2 500 bénéficiaires. Concrètement, cela signifie que des personnes qui avaient droit à l'Apa à domicile s'en trouvent soudainement exclues.

Or il n'est pas possible, au regard des obligations légales en la matière, de procéder au retrait ou à l'abrogation de la décision d'Apa sans prendre le soin de réévaluer les situations individuelles des personnes concernées. Plus encore, cette orientation emporte des conséquences sur les parcours d'accompagnement : les bénéficiaires doivent désormais arbitrer l'utilisation de leur plan d'aide entre heures de ménage, de courses ou de lessive pour ceux qui sont maintenus dans l'Apa. Pour les autres, qui sont des personnes vulnérables, aucun dispositif ne garantit un relais auprès de leurs caisses de retraite ou mutuelles afin d'obtenir une aide. En outre, ces mesures reposent sur une hypothèse, implicite et contestable, d'amélioration du niveau de dépendance avec l'âge.

À l'issue de la phase de contradiction avec la chambre, le président du conseil départemental a souligné que cette politique d'économie budgétaire « *ne concerne qu'une mesure exceptionnelle et ponctuelle qui n'a pas vocation à être reconduite* ».

Une efficacité inégale de l'Apa en matière de maintien à domicile et de qualité de vie

L'Apa à domicile a des effets contrastés sur le maintien à domicile dans des conditions de vie décentes. Certains allocataires sortent très rapidement du dispositif pour être placés ou, sans que la chambre puisse l'expliquer, décèdent rapidement et massivement, alors même que leur niveau de dépendance est relativement faible. Pour eux, l'allocation ne permet pas d'accompagner leur perte d'autonomie. Pour d'autres, en revanche, elle est efficace, puisque leur parcours indique une dégradation logique et progressive du niveau de dépendance, mais un maintien à domicile, alors qu'il s'agissait d'une population initialement moins autonome. La chambre ne constate pas de décès en grand nombre pour ces allocataires.

S'agissant des hospitalisations pour chute ou des hospitalisations évitables, l'Apa ne semble pas suffisamment efficace pour en réduire l'occurrence : ses bénéficiaires apparaissent plus exposés, en dépit de l'aide humaine et matérielle dont ils disposent, même si un biais de sélection dans la population étudiée existe.

Une moindre qualité des prestations délivrées dans le Pas-de-Calais

L'évaluation de la qualité des prestations met en lumière des dysfonctionnements et des fragilités. Les allocataires interrogés déplorent très majoritairement des horaires non respectés, des plannings instables, des rotations excessives d'intervenants, des absences non remplacées, un manque de professionnalisme et des difficultés de contact avec les services.

Ces témoignages récurrents trouvent une confirmation dans l'analyse quantitative : le secteur de l'aide à domicile dans le Pas-de-Calais se distingue par un niveau élevé d'arrêts maladie, d'accidents du travail, de maladies professionnelles, et par une rotation importante du personnel. Ces conditions de travail dégradées pèsent directement sur la qualité des prestations servies aux usagers.

3. Une capacité incertaine d'assurer durablement l'accompagnement des personnes âgées dépendantes dans les prochaines années

La situation financière du département est inquiétante, au point de ne disposer de presque aucune marge de manœuvre pour ajuster son financement. Or le tarif appliqué aux services d'aide et d'accompagnement à domicile est insuffisant pour couvrir leurs charges, ce qui induit pour eux un déséquilibre économique structurel, une absence de rentabilité et, à court terme, des difficultés de trésorerie.

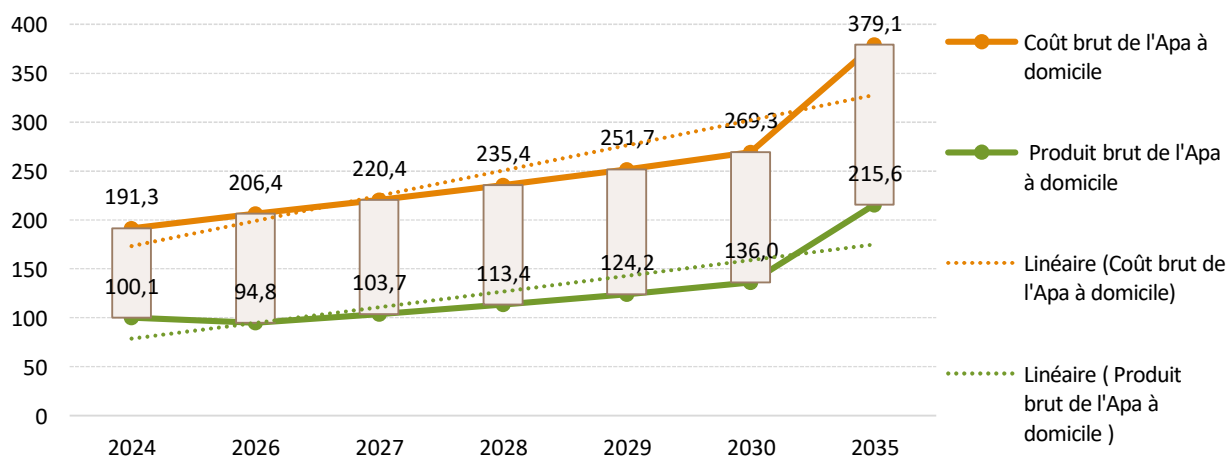
La capacité d'assurer durablement l'accompagnement des personnes âgées dépendantes ces prochaines années dans le Pas-de-Calais est incertaine, voire compromise, en l'absence de réformes d'ampleur du financement national et d'une régulation locale des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Un financement de l'Apa à domicile dont la soutenabilité n'est pas garantie pour le Pas-de-Calais

Trois facteurs principaux limitent fortement la soutenabilité financière de l'Apa à domicile pour le Département. *Primo*, sa situation financière est particulièrement préoccupante et susceptible de réduire une partie de sa capacité à financer l'Apa à domicile. Le Département n'est plus en mesure d'autofinancer ses investissements, ni de se désendetter, alors que ses charges courantes sont très supérieures à ses produits courants. Sa capacité d'autofinancement représente moins de 1 % des recettes de fonctionnement, et sa capacité de désendettement atteint presque 40 années, soit des niveaux très dégradés.

Secundo, qu'il s'agisse des montants globaux ou des valeurs rapportées au nombre d'allocataires, l'Apa à domicile est plus coûteuse dans le Pas-de-Calais que dans les autres territoires. Ainsi, le reste à financer par bénéficiaire atteint 3 266 € dans le Département, contre 2 599 € au niveau national, soit un écart de 666 € représentant 19,3 M€. Cette différence s'explique principalement (81 %) par un niveau de coût plus élevé dans ce territoire, plus que par une moindre recette (19 %).

Graphique n° 2 : Projection des dépenses, des recettes et du reste à financer de l'Apa à domicile en M€



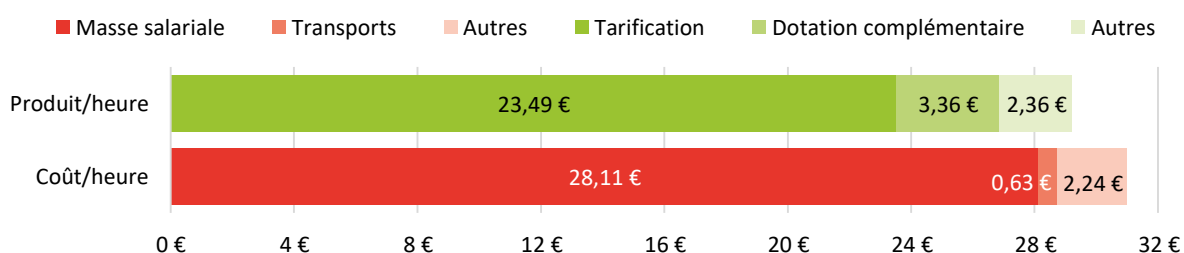
Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes des données du Département et du modèle « Livia ». Nota bene : les données de l'exercice 2024 sont définitives et issues du compte de gestion du Département.

Tertio, le vieillissement démographique et la priorité nationale donnée au maintien à domicile laissent présager une hausse du nombre de bénéficiaires et, par conséquent, des dépenses d'intervention et du reste à financer, alors même que les contraintes budgétaires du Département sont déjà très fortes.

Des services d'aide et d'accompagnement à domicile en grande difficulté

Les modèles économiques des services d'aide et d'accompagnement à domicile ne sont pas viables et compromettent leur capacité à assurer durablement la fourniture des prestations, en l'état actuel du schéma national de financement et des tarifs arrêtés par le conseil départemental. Entre 2018 et 2024, deux tiers des services du Département – représentant près de 80 % de l'offre – sont déficitaires. Ces structures présentent un taux de marge brute négatif et un chiffre d'affaires insuffisant pour couvrir la masse salariale. Leur trésorerie est fragilisée et assure en moyenne 48 jours de charges courantes, alors que le décalage entre encaissements et décaissements liés à l'Apa atteint environ deux mois.

Graphique n° 3 : Coût et produit pour une heure de prestation d'Apa à domicile pour un Saad tarifé (2022-2023)



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du Département.

L'écart entre le tarif horaire appliqué et le coût réel des interventions explique en grande partie ces déséquilibres : en moyenne, le coût de revient s'élève à 31 € par heure, pour une recette tarifaire de 29 €, soit un déficit de 2 € par heure, porté à 7,5 € si l'on considère uniquement le produit tarifaire tel que fixé par le Département. Le modèle local et national de financement de l'Apa à domicile et des services qui en assurent la délivrance n'est ainsi plus adapté et entraîne d'importantes difficultés pour les acteurs de cette politique publique.

À l'issue de ses travaux d'évaluation, la chambre relève que la politique d'accompagnement des personnes âgées dépendantes du Pas-de-Calais n'est que faiblement en adéquation avec les besoins des usagers et du territoire, et qu'elle est en l'état difficilement soutenable et devrait gagner en efficacité. L'accès aux droits est, à l'inverse, un point fort à entretenir.

Afin de garantir l'exercice réel des droits des bénéficiaires et leur maintien à domicile dans des conditions décentes, le Département, désormais pilote du service public départemental de l'autonomie, pourrait réorienter sa politique autour du triptyque : réguler, piloter et accompagner, *a fortiori* dans un contexte national évolutif et complexe pour tous les acteurs du secteur.

Pour y parvenir, plusieurs actions devraient être mises en œuvre. La chambre formule en ce sens les recommandations suivantes :

Garantir aux usagers le respect de leurs droits et de leurs besoins

Rappel au droit 1. Respecter les modalités d'évaluation et de réévaluation du niveau de dépendance et des plans d'aide prévus par les articles L. 232-6 et R. 232-7 du code de l'action sociale et des familles.

Rappel au droit 2. Se conformer aux articles L. 242-1 à L. 242-4 du code des relations entre le public et l'administration pour procéder au retrait ou à l'abrogation d'une décision individuelle créatrice de droits.

Recommandation 5. Renforcer les méthodes et les outils d'harmonisation des pratiques évaluatives afin de garantir une prise en comptes des besoins équitables.

Recommandation 6. S'assurer que les mesures d'optimisation budgétaire futures n'entraînent pas de rupture de parcours pour les usagers.

Se doter d'une stratégie de régulation et de pilotage du secteur de l'aide à domicile

Recommandation 2. Définir des priorités propres à l'Apa à domicile et les accompagner d'indicateurs chiffrés.

Recommandation 4. Réguler territorialement l'offre d'aide à domicile dans le Pas-de-Calais, en mobilisant l'ensemble des outils prévus par le code de l'action sociale et des familles.

Recommandation 8. Renforcer le contrôle et le pilotage de la qualité des prestations fournies par les services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Recommandation 10. Assurer une supervision financière de l'ensemble des services d'aide à domicile afin d'accompagner la restructuration du secteur.

Se doter des outils permettant d'accomplir ses missions

Recommandation 1. Fiabiliser et rendre exploitable l'ensemble des données des bénéficiaires dont dispose le département afin de procéder, ensuite, à leur exploitation.

Recommandation 3. Dresser un état des lieux multidimensionnel des caractéristiques et des besoins des bénéficiaires de l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais, afin de mieux connaître la population accompagnée, et l'actualiser régulièrement.

Recommandation 7. Mener, avec les institutions partenaires, une étude épidémiologique des effets sanitaires et médico-sociaux de l'Apa à domicile sur les bénéficiaires.

Recommandation 9. Construire une prospective financière des politiques départementales d'autonomie, afin d'apprécier la soutenabilité de l'Apa à domicile, et procéder, en tant que de besoin, aux ajustements nécessaires.

GLOSSAIRE

Aggir : Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources

Apa : Allocation personnalisée d'autonomie

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ASV : Adaptation de la société au vieillissement (Loi)

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CCAS : Centre communal d'action sociale

CIAS : Centre intercommunal d'action sociale

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Ehpad : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Gir : Groupe iso-ressources

Igas : Inspection générale des affaires sociales

Insee : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IPP : Institut des Politiques Publiques

Livia : Lieux de vie et autonomie (modèle Drees)

PCH : Prestation de compensation du handicap

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

Saad : Services d'aide et d'accompagnement à domicile

HCFEA : Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

INTRODUCTION

L'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) sert à financer, en totalité ou en partie, les aides humaines et matérielles nécessaires pour qu'une personne reste à son domicile, ou le tarif dépendance de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes où elle réside. Qu'elle soit attribuée dans l'un ou l'autre cas, elle constitue le principal instrument public d'accompagnement des séniors en perte d'autonomie.

Le président du conseil départemental du Pas-de-Calais a saisi la chambre régionale des comptes aux fins d'évaluer les interventions financées dans le cadre de l'Apa à domicile. Il a en effet impulsé depuis plusieurs années, conformément aux orientations nationales, un virage domiciliaire marqué en matière de soutien aux personnes âgées dépendantes. Comme le souligne sa saisine, « *la mise en œuvre de la politique publique d'accompagnement de la perte d'autonomie rencontre de nombreux défis qui concernent aussi bien l'efficacité que la soutenabilité du modèle d'intervention* ».

L'Apa à domicile, accordée sous son autorité, est d'un montant proportionnel au degré de perte d'autonomie. Celui-ci est apprécié, lors d'une visite à domicile, par une équipe médico-sociale du Département, à l'aide de la grille Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources (Aggir), référentiel national. Cette grille distingue six groupes iso-ressources (Gir) à niveaux décroissants de dépendance, du Gir 1 (perte d'autonomie sérieuse et irréversible), au Gir 6 (autonomie la mieux préservée). L'éligibilité à l'Apa est conditionnée au classement dans l'un des Gir 1 à 4, à un âge minimum fixé à 60 ans, ainsi qu'à une résidence stable et régulière sur le territoire national¹. Les personnes relevant des Gir 5 et 6 n'y sont pas éligibles mais peuvent, le cas échéant, recourir aux aides prévues par leurs caisses de retraite.

Pour chaque niveau de dépendance, l'Apa à domicile est encadrée par un plafond mensuel au-delà duquel les dépenses ne peuvent être prises en charge.

Le financement de l'Apa mobilise plusieurs niveaux d'acteurs. La Sécurité sociale intervient par l'intermédiaire des concours versés aux Départements par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, afin de couvrir une partie des charges liées au dispositif, mais aussi au travers des exonérations ou réductions de cotisations patronales et sociales applicables à l'emploi à domicile. L'État contribue également, au travers des dispositifs fiscaux relatifs aux services à la personne. Le Département demeure toutefois le premier financeur. Les allocataires fournissent une participation financière, dont le montant est calculé en fonction de leurs ressources et du plan d'aide accordé.

Trois modes d'organisation existent pour mettre en œuvre les prestations : l'emploi direct, le bénéficiaire recrutant lui-même un salarié pour assurer l'aide-ménagère ou l'accompagnement à la vie quotidienne ; le mode mandataire, une structure gérant les formalités administratives sans être l'employeur ; et le mode prestataire, qui repose sur l'intervention d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad). Conformément à l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles, le bénéficiaire est libre de choisir, de manière éclairée, le mode d'intervention qu'il souhaite. Le recours à un Saad constitue la modalité dominante dans le département du Pas-de-Calais, avec 86 % des heures d'aide facturées.

¹ Cf. articles L. 232-2 et R. 232-1 à R. 232-6 du code de l'action sociale et des familles.

Le régime de tarification des Saad dans le cadre de l'Apa à domicile

Les Saad sont des structures médico-sociales chargées d'apporter, au domicile des personnes, des prestations d'aide dans les actes de la vie quotidienne (aide à la toilette, ménage, courses, préparation des repas, accompagnement dans les déplacements, etc.).

Leur tarification obéit à deux régimes distincts. D'une part, les Saad habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, dits tarifés, relèvent d'une tarification administrative fixée par le département². Le tarif horaire applicable est arrêté à l'issue d'une analyse de l'activité et des charges du service, notamment de sa masse salariale, principal poste de dépense. Ce tarif, individualisé pour chaque service, constitue la base de financement de l'Apa et s'impose à l'ensemble des interventions réalisées auprès des bénéficiaires. Au 1^{er} janvier 2024, il s'élève à 25 € de l'heure.

D'autre part, les Saad non-habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, dits non-tarifés, fixent librement leurs prix. Toutefois, la participation du Département au titre de l'Apa est limitée à un tarif plafond national, déterminé par arrêté ministériel et revalorisé annuellement. Lorsque le tarif pratiqué par le service excède ce plafond, la différence reste à la charge du bénéficiaire, en sus de la participation résultant de ses ressources. Ce tarif socle a évolué de 23,50 € à 24,58 € à partir du 1^{er} janvier 2025³.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a posé les bases d'une refonte de l'offre d'aide, d'accompagnement et de soins à domicile, selon des modalités précisées par un décret du 13 juillet 2023. Ainsi, à compter du 31 décembre 2025, les Saad, les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) forment une catégorie unique : les services autonomie à domicile (article L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles). Pour la présente évaluation, l'usage du terme de Saad, en vigueur au cours de la période examinée, est privilégié.

Le Département est l'autorité responsable de l'Apa. Selon l'article L. 113-2 du code de l'action sociale et des familles, il « *définit et met en œuvre l'action sociale⁴ en faveur des personnes âgées et de leurs proches aidants (...). Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (...) les actions menées par les différents intervenants, y compris en faveur des proches aidants. Il définit des secteurs géographiques d'intervention. Il détermine les modalités d'information, de conseil et d'orientation du public sur les aides et les services relevant de sa compétence* ». Le code général des collectivités territoriales conforte cette responsabilité en consacrant le département comme chef de file des politiques d'autonomie. À ce titre, il est compétent pour conduire les actions de prévention et de prise en charge des situations de fragilité, pour favoriser le développement social et pour promouvoir l'autonomie des personnes, tout en garantissant l'accès aux droits et aux services des publics concernés⁵.

Ainsi, le Département instruit les demandes, organise l'évaluation médico-sociale de la perte d'autonomie, élabore le plan d'aide individualisé et finance la prestation, sous la forme d'un versement direct au bénéficiaire ou aux services intervenants. Il agit comme chef de file

² Articles L. 314-1 et L. 314-2-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

³ Article L. 347-1 du code de l'action sociale et des familles et arrêté du 19 décembre 2024 relatif aux prix des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile de certains services autonomie à domicile.

⁴ L'action sociale départementale est un ensemble de prestations et de services (comme l'Apa, la prestation de compensation du handicap, etc.) mis en place et financés par le département, destinés à accompagner les personnes les plus fragiles ou en difficulté, lorsque leurs ressources personnelles sont insuffisantes pour couvrir leurs besoins essentiels (voir articles L. 111-1 et L. 121-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles).

⁵ Articles L. 1111-9 et L. 3211-1 et suivants du code général des collectivités territoriales.

de l'action sociale en faveur des personnes âgées dépendantes, impliquant à la fois un rôle d'opérateur direct et une fonction de régulation territoriale.

Depuis 2024⁶, cette mission s'inscrit dans le périmètre du service public départemental de l'autonomie, qui vise à coordonner les aides et prestations, à garantir la continuité des parcours et à soutenir le maintien à domicile. Le Département en est le pilote et doit coordonner les acteurs impliqués dans la conduite des missions de ce service public, en lien avec l'agence régionale de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux, les communautés professionnelles territoriales de santé, etc. Ce pilotage est matérialisé par la gouvernance et la présidence de la conférence territoriale de l'autonomie.

Avec près de 1,46 million d'habitants en 2025⁷, le Pas-de-Calais est le deuxième département le plus peuplé des Hauts-de-France, et le huitième au niveau national. Sa densité de 218 habitants au km², soit près du double de la moyenne nationale, traduit une forte concentration humaine sur un territoire dépourvu de métropole. L'organisation urbaine repose sur un réseau de villes moyennes – Arras, Lens, Liévin, Béthune, Calais, Boulogne-sur-Mer ou Saint-Omer – qui structurent les principaux bassins de vie. Ce modèle polycentrique assure une répartition relativement homogène de la population, mais accentue les disparités entre, d'une part, les territoires littoraux attractifs et les pôles urbains dynamiques, et d'autre part, les anciens bassins miniers ou les espaces ruraux de l'Artois et du Ternois, marqués par des fragilités sociales et économiques persistantes.

Le taux de chômage (8,4 % au 1^{er} trimestre 2025) demeure structurellement supérieur à la moyenne nationale (7,5 %)⁸, les revenus médians sont plus faibles⁹ et la proportion de ménages modestes, notamment de familles monoparentales, y est plus élevée¹⁰. Sur le plan socio-professionnel, le Pas-de-Calais conserve une identité fortement héritée de son passé industriel. La part des ouvriers y est nettement supérieure à la moyenne nationale, avec 15,5 % de la population active. À l'inverse, les cadres et professions intellectuelles supérieures demeurent sous-représentés avec 5,2 % des actifs¹¹.

La structure par âge reflète une population à la fois jeune et vieillissante. Les moins de 25 ans représentent près de 36 % des habitants, soit un peu plus que la moyenne nationale. Toutefois, la part des plus de 65 ans atteint 25,8 %, proche de la moyenne nationale, et celle des plus de 80 ans progresse rapidement. À l'âge de 60 ans, les habitants du Pas-de-Calais disposent d'une espérance de vie parmi les plus faibles de France : 26 années pour les femmes et 20 années pour les hommes, pour des niveaux sensiblement supérieurs observés au plan national¹². Le taux de prévalence de la perte d'autonomie y est parmi les plus élevés, puisque 18,8 % des personnes âgées de 60 ans ou plus sont en perte d'autonomie, contre 15,3 % au niveau national¹³.

⁶ Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie et articles L. 149-5 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

⁷ Recensement 2022 - Insee.

⁸ Taux de chômage localisé par département – Insee.

⁹ En 2021, le revenu disponible médian par unité de consommation dans le Pas-de-Calais était de 20 720 €, contre 23 000 € au niveau national, et 21 420 € dans la région.

¹⁰ 14,5 % des familles du département étaient monoparentales, chiffre supérieur à la moyenne nationale.

¹¹ Données Insee 2021, publiées en 2024.

¹² Ined, *Vit-on plus longtemps en bonne santé dans certains départements français*, 2021.

¹³ Insee, publication n° 1767, 2019.

1 LA MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

1.1 Les questions et sous-questions évaluatives retenues

Aux termes de l'article R. 245-2-1 du code des juridictions financières, la chambre doit évaluer les résultats et les impacts de l'Apa à domicile ainsi que les facteurs qui les expliquent. L'appréciation porte sur la cohérence, l'efficacité et l'efficience de la politique publique concernée. Après avis du comité d'accompagnement, elle a retenu les questions et sous-questions évaluatives présentées dans le tableau n° 1.

Tableau n° 1 : Questions et sous-questions évaluatives de la chambre régionale des comptes

Thématique	Questions évaluatives
Cohérence	Dans quelle mesure le modèle d'interventions financées par l'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes à domicile dans le Pas-de-Calais est-il cohérent avec les objectifs nationaux et départementaux et avec les besoins de sa population ?
	<i>Sous question n° 1 : Dans quelle mesure les objectifs du département en matière d'accompagnement de la perte d'autonomie sont-ils cohérents avec les objectifs nationaux et infranationaux ?</i>
	<i>Sous question n° 2 : Dans quelle mesure le modèle d'Apa du Pas-de-Calais est-il calibré en cohérence avec les besoins de sa population ?</i>
Efficacité	Dans quelle mesure le modèle d'interventions financées par l'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes à domicile dans le Pas-de-Calais concourt-il à maintenir la qualité de vie des bénéficiaires ?
	<i>Sous question n° 1 : Dans quelle mesure le modèle d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile du Pas-de-Calais permet-il un accès effectif aux droits des bénéficiaires ?</i>
	<i>Sous question n° 2 : Dans quelle mesure le modèle d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile du Pas-de-Calais permet-il d'accompagner la perte d'autonomie des personnes âgées dépendantes ?</i>
	<i>Sous question n° 3 : Dans quelle mesure le modèle d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile du Pas-de-Calais, reposant sur de l'intermédiation, présente-t-il une valeur ajoutée en termes de qualité de la prestation par rapport aux autres modes d'intervention ?</i>
Efficience et soutenabilité	Dans quelle mesure le modèle d'interventions financées par l'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes à domicile dans le Pas-de-Calais permet-il d'assurer durablement la fourniture du service d'aide à domicile ?
	<i>Sous-question n° 1 : Dans quelle mesure le modèle de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile mis en œuvre par le département du Pas-de-Calais peut-il être considéré comme soutenable sur le plan financier ?</i>
	<i>Sous-question n° 2 : Dans quelle mesure le modèle économique des services d'aide et d'accompagnement à domicile est-il soutenable ?</i>

Source : chambre régionale des comptes.

Celles-ci portent sur la cohérence du dispositif dans le Pas-de-Calais, au regard à la fois des objectifs nationaux et locaux et des besoins de la population. Elles s'attachent aussi à l'efficacité du modèle d'intervention financé par l'Apa à domicile, qu'il s'agisse de l'accès aux droits, du maintien des bénéficiaires à leur domicile ou de la qualité de l'accompagnement qui

leur est proposé. Elles intègrent enfin l'évaluation de la soutenabilité du dispositif, tant pour le Département que pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad).

L'évaluation de la chambre a été conduite de l'exercice 2018 jusqu'à la période la plus récente. Elle repose sur une démarche *ex post* mobilisant des méthodes complémentaires : analyses quantitative et qualitative, études de cas et exercices de parangonnage. La méthodologie est présentée dans les développements suivants.

1.2 Les données mobilisées

L'évaluation a comporté une dimension quantitative fondée sur l'exploitation et le croisement de plusieurs bases de données. Les travaux menés par la chambre ont abouti à la constitution d'un corpus inédit en la matière, rassemblant des informations qui n'avaient pas, jusqu'alors, été combinées. Cette démarche a rendu possible une analyse plus précise de l'efficacité du déploiement de l'Apa dans le Pas-de-Calais.

La chambre a rassemblé des données individuelles relatives aux bénéficiaires de l'Apa à domicile et aux services d'accompagnement et d'aide à domicile. Ce travail a nécessité la sollicitation de nombreux acteurs pour récupérer des données fiscales, de santé, etc. L'analyse s'est appuyée sur l'expertise d'un *data scientist* de la Cour des comptes, habilité à accéder aux bases de données disponibles *via* le centre d'accès sécurisé aux données¹⁴. Ce travail a permis l'élaboration de deux bases distinctes, l'une consacrée aux bénéficiaires, l'autre aux Saad.

1.2.1 Les données individuelles

Le Département utilise l'applicatif métier *Genesis* pour la gestion des bénéficiaires de l'Apa à domicile. Ce logiciel est connecté à un infocentre *Business Objects* à partir duquel la chambre a pu extraire les données nécessaires à la constitution d'une base d'analyses. Les extractions ont été effectuées sur la période 2018-2024, en retenant la situation des bénéficiaires au 31 décembre de chaque exercice.

Cette démarche s'est heurtée à plusieurs difficultés. La première, et la plus significative, tient à l'absence de données prêtes à l'emploi que le Département aurait utilisées dans le cadre de son pilotage de l'Apa à domicile. Les limitations de volumétrie de l'infocentre ont, par ailleurs, conduit à réaliser des extractions fragmentées, organisées par année et par variable, qui ont ensuite dû être compilées pour constituer une base unique. Cette opération a nécessité un travail important de consolidation et de vérification de cohérence. Plus de 130 bases ont ainsi été extraites, dont une partie contenait plusieurs millions de lignes.

Un autre défi provenait de l'absence de dictionnaire des variables, pour le logiciel *Genesis* et son infocentre. Cette lacune n'a pu être que partiellement compensée par la connaissance de ces outils par les équipes du Département. Plusieurs variables ont ainsi exigé

¹⁴ Le CASD est un groupement d'intérêt public associant l'Insee, le groupe des écoles nationales d'économie et de statistique, le CNRS, l'école polytechnique, HEC Paris et la Banque de France. Il met en œuvre des services d'accès sécurisé de données à des fins de recherche, d'étude, d'évaluation et d'innovation.

des investigations approfondies, afin d'en préciser la définition et le périmètre. De nombreux échanges avec les services du Département ont été nécessaires pour sécuriser l'interprétation des données et garantir la fiabilité de leur exploitation.

Certaines données n'ont, enfin, pas pu être extraites *via* l'infocentre, en raison de contraintes liées à l'architecture de l'outil¹⁵. Dans ces cas, le service informatique du Département a transmis les données sous forme de tables tirées directement des bases internes. Par exemple, une table *ad hoc* contenant toutes les variables des réexamens des plans d'aide par bénéficiaire, sur la période 2018-2024, a été transmise *a posteriori*.

Les variables¹⁶ intégrées dans la base couvrent notamment l'âge, le groupe iso-ressources, la commune de résidence, le niveau de revenus, le type de prestations perçues, les montants et volumes associés aux plans d'aide, le mode d'intervention, ainsi que l'identification des services d'aide et d'accompagnement à domicile prestataires.

L'évaluation a également conduit la chambre à retenir une approche large et multidimensionnelle de l'Apa à domicile tenant compte, par exemple, de l'état de santé ou de la consommation de soins du bénéficiaire, éléments dont ne dispose pas le Département. La chambre a pu obtenir les données concernées au titre du droit de communication dont elle bénéficie (articles L. 241-5 et L. 241-9 à L. 241-12 du code des juridictions financières), et selon lequel aucun secret protégé par la loi ne peut lui être opposé. La juridiction constitue, en outre, un tiers autorisé au sens du règlement général sur la protection des données, autrement dit une autorité disposant, en vertu de l'intérêt public qui s'attache à l'accomplissement de ses missions, du pouvoir de solliciter l'obtention de documents ou renseignements contenant des données à caractère personnel.

Ces informations individuelles de santé ont été communiquées par les organismes de sécurité sociale producteurs (caisses primaires d'assurance maladie du territoire, Mutualité sociale agricole) et, pour celles issues du programme de médicalisation des systèmes d'information, par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Des informations comme la présence d'affections de longue durée, le nombre et le motif d'hospitalisations ou la consommation de soins de ville ont pu être associés à chaque bénéficiaire. Leur exploitation, couplée aux travaux du *data scientist* sur le système national des données de santé, a rendu possible une caractérisation plus fine de la population étudiée, la neutralisation des écarts liés aux caractéristiques individuelles lorsque ceux-ci ne constituaient pas l'objet de l'analyse, et *in fine*, l'évaluation des effets de l'allocation sur les hospitalisations, qu'il s'agisse des chutes ou des admissions considérées comme évitables.

L'analyse de l'effectivité de l'accès au droit a également reposé sur les données fiscales obtenues de la direction générale des finances publiques. Celles-ci ont notamment permis de caractériser la situation financière et familiale des allocataires de l'Apa, mais également de déterminer si ceux-ci bénéficiaient des mécanismes de crédits d'impôts auxquels ils sont éligibles.

Le rapprochement avec les données départementales a permis de constituer une base à granularité individuelle couvrant un spectre large d'informations relatives aux bénéficiaires de

¹⁵ En raison des limites volumétriques de l'infocentre, les extractions ont dû être réalisées de manière fragmentée, par année et par type de caractéristique. Chaque extraction partielle a ensuite été compilée pour constituer une base unique, ce qui a nécessité un travail considérable en termes de temps et de vérifications de cohérence.

¹⁶ La liste exhaustive des variables *Genesis* de santé et fiscale est disponible en annexes n° 3 et n° 4.

l'Apa à domicile et à leurs conditions de vie. Cette base intègre les caractéristiques démographiques, économiques et sociales des allocataires, la nature et le volume de l'aide attribuée, l'éventuel recours à des dispositifs complémentaires tels que les crédits d'impôts, le niveau et les caractéristiques détaillées de la dépendance, ainsi que des éléments relatifs à l'état de santé, à l'accès aux soins et à leur consommation au sens large.

L'ensemble des données individuelles utilisées pour la présente évaluation seront détruites une fois la procédure close, comme le veulent les règles en la matière. Aucune ne sera communiquée aux administrations concernées par le service public départemental de l'autonomie, quand bien même pourraient-elles servir à analyser la population du département.

Par conséquent, le travail ponctuel conduit par la chambre ne saurait se substituer aux démarches que le Département devra engager pour bien piloter sa politique d'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Il lui appartient de fiabiliser et de rendre exploitables l'ensemble des données dont il dispose afin de procéder, ensuite, à leur exploitation, en lien avec les acteurs du service public départemental de l'autonomie. À cette fin, il devra notamment identifier les informations sur les bénéficiaires pour élaborer un dictionnaire des variables de *Genesis* et leur correspondance dans son infocentre. Il gagnera aussi à mobiliser la direction des services numériques, afin de procéder à des extractions régulières et de taille significative. Dans tous les cas, il doit disposer régulièrement de données fiables et exploitables pour piloter l'Apa à domicile et interagir avec les autres acteurs de l'autonomie.

Recommandation n° 1. Fiabiliser et rendre exploitable l'ensemble des données des bénéficiaires dont dispose le département afin de procéder, ensuite, à leur exploitation.

1.2.2 Les données des Saad agrégées

Chaque année, les Saad tarifés transmettent au Département, par l'intermédiaire d'un fichier standardisé *TeleCA*, des informations relatives à leur situation financière, leurs activités et leurs ressources humaines. À partir d'extractions de ce système, la chambre a pu reconstituer une base de données contenant les principaux indicateurs financiers et d'activité des Saad tarifés¹⁷. Pour chaque structure, elle a, par exemple, obtenu les résultats d'exploitation, financier, exceptionnel et comptable, la totalité des charges et des produits d'exploitation, la masse salariale, etc.

Bien qu'utiles, ces données présentent toutefois des limites. Déclaratives, souvent incomplètes, notamment pour tout ce qui concerne l'activité et les ressources humaines, elles ne permettent pas toujours de vérifier la ventilation analytique entre les différentes activités des Saad chargés de l'Apa, mais aussi d'autres prestations comme l'aide-ménagère ou la prestation de compensation du handicap. En outre, le dispositif *TeleCA* ne couvre pas les services non-tarifés, alors que le Département en compte 45. La chambre s'est donc rapprochée de la direction régionale des finances publiques afin d'obtenir une extraction des liasses fiscales des Saad non-tarifés et fiscalisés. Les indicateurs ainsi produits sont similaires, voire identiques, à ceux issus du fichier *TeleCA* pour les structures tarifées.

¹⁷ La liste exhaustive des variables relatives aux Saad est disponible en annexe n° 3.

L'utilisation de ces données relatives aux Saad non tarifés est toutefois marquée par plusieurs faiblesses. Elles ne concernent que les services fiscalisés, et elles sont disponibles par entreprise (Siren), et non par établissement géographique (Siret), ce qui constitue un périmètre plus large que celui couvert par *TeleCA*¹⁸. Par ailleurs, comme pour les Saad tarifés, la chambre n'a pas pu disposer d'une ventilation analytique permettant de distinguer les activités liées à l'Apa à domicile de celles relatives à d'autres prestations.

En dépit de ces limites, la chambre a pu disposer d'un socle de données relatives aux finances, à l'activité et aux ressources humaines pour l'ensemble des Saad, ce dont ne dispose pas le département du Pas-de-Calais, alors qu'il est chef de file de l'action sociale sur son territoire.

Ce corpus a été complété à deux niveaux. D'une part, des données nationales ont été intégrées, à partir du fichier *Fare* et de la base *Flores*. Le premier fournit les principales variables comptables et financières relatives aux Saad ; le second apporte des informations relatives à l'emploi salarié et aux rémunérations. D'autre part, l'exploitation des données issues de la déclaration sociale nominative¹⁹, obtenues auprès de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (caisse nationale des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales), a permis de prendre en compte la nature et la durée des contrats de travail, les effectifs, le montant des cotisations sociales, les données relatives aux accidents du travail et à l'absentéisme. La chambre a également mobilisé les informations de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail des Hauts-de-France.

Elle a donc disposé d'un spectre élargi de données relatives aux bénéficiaires et aux Saad : 413 variables ont été extraites et exploitées pour chaque exercice de la période 2018-2025. Des comparaisons entre Départements ont également été possibles. Jusqu'alors, aucun travail de croisement et de rassemblement de données de cette ampleur et de ce type n'avait été conduit par les juridictions financières. Ces données ont fait l'objet de traitements statistiques inédits, portant notamment sur les aspects médico-sociaux et sanitaires des bénéficiaires de la politique publique d'autonomie, et sur les structures chargées de sa mise en œuvre.

1.3 Les principes généraux de la méthode retenue

Les principes généraux de la démarche évaluative mise en œuvre par la chambre sont présentés dans les développements qui suivent. Des encadrés apportent, au fil du rapport, une description détaillée des outils quantitatifs et qualitatifs mobilisés afin de garantir la compréhension du lecteur, tandis que les annexes n° 5 à 19 exposent de manière exhaustive les étapes méthodologiques et les résultats.

¹⁸ Les données *TeleCA* sont disponibles par établissement (Siret).

¹⁹ La déclaration sociale nominative est un dispositif mensuel de transmission dématérialisée qui centralise, pour chaque salarié, les informations relatives à la rémunération, à la nature et à la durée du contrat de travail, aux périodes d'absence ou d'arrêt, ainsi qu'aux cotisations sociales correspondantes.

1.3.1 Les contraintes méthodologiques

La chambre a identifié différents biais et contraintes méthodologiques dont certains sont propres au Département et d'autres sont inhérents à toute évaluation de politique publique.

Comme mentionné dans la question évaluative n° 1, le Département ne s'est pas doté de priorités ciblées, ni d'objectifs chiffrés ou qualitatifs ou d'indicateurs spécifiques en matière d'accompagnement des personnes âgées dépendantes (cf. partie 2). Les orientations du Pas-de-Calais se confondent largement avec les principes posés par la loi, qui demeurent nécessairement généraux, puisqu'une marge d'appréciation est laissée aux Départements pour leur mise en œuvre. Cette absence de cadrage local propre a rendu particulièrement complexe l'évaluation des effets de l'Apa à domicile. Elle soulève, de manière plus fondamentale, la question même de l'existence d'effets mesurables pour une politique qui n'avait pas été pensée initialement en ces termes par la collectivité.

L'évaluation de l'efficacité du dispositif suppose, en outre, de mesurer son incidence sur les bénéficiaires. Or l'identification d'une unité de mesure de la qualité de vie, du degré de dépendance ou d'autres critères pertinents n'est ni prévue par les dispositions du code de l'action sociale et des familles, ni consensuelle dans la littérature. Il est en effet difficile de quantifier ce qu'un Département peut raisonnablement attendre de sa politique de soutien aux personnes âgées, tant les effets exogènes à cette politique publique, par exemple le niveau de santé, l'environnement social et familial de la personne, sont significatifs. L'Apa constitue un dispositif de soutien aux besoins quotidiens des bénéficiaires (portage de repas, aide-ménagère, accompagnement de la vie courante). Elle ne présente aucune dimension curative et n'a donc pas d'incidence directe sur les caractéristiques médicales et l'état de santé du bénéficiaire. Néanmoins, elle doit contribuer à une amélioration du cadre de vie en apportant un appui aux personnes dans la réalisation de leurs activités domestiques.

Enfin, l'état des données disponibles a rendu difficile, voire impossible, l'identification de groupes de contrôle. Les bénéficiaires de l'Apa en établissement auraient pu constituer une population de référence, mais les différences de niveau de dépendance et de santé limitaient fortement la pertinence de cette comparaison. Par ailleurs, le Département ne disposait pas de données individuelles pour ces allocataires. La chambre a donc centré son analyse sur les effets observés entre les différents Gir, ainsi que sur les distinctions liées au mode de prise en charge et au régime juridique et tarifaire des Saad.

1.3.2 Les principales méthodes quantitatives retenues

Les biais identifiés ont orienté les choix méthodologiques dans la conduite de l'analyse quantitative. Celle-ci a retenu un ensemble de méthodes statistiques, combinées à des approches qualitatives, de manière à assurer la complétude et la fiabilité de l'évaluation.

1.3.2.1 Une analyse microéconomique et géographique

Pour évaluer l'adéquation du dispositif aux besoins des bénéficiaires, la chambre s'est attachée à caractériser les publics concernés par l'Apa à domicile selon une approche microéconomique. Sur la base des données disponibles au 31 décembre 2024, trois catégories

de bénéficiaires de référence ont été identifiées. Ces idéaux-types²⁰ ont été construits à partir de neuf indicateurs sélectionnés pour leur robustesse statistique et leur pertinence dans l'appréhension des usages du dispositif. Cette démarche a poursuivi un double objectif : approfondir la connaissance des caractéristiques et des besoins des allocataires, afin d'évaluer la cohérence du dispositif départemental et disposer de groupes de contrôle.

En complément, la chambre a adopté une approche géographique visant à rapprocher l'offre et les besoins d'accompagnement des personnes âgées dépendantes. L'évaluation a été réalisée au niveau des « territoires de vie-santé »²¹ définis dans le Département. Elle a conduit à l'élaboration d'une cartographie faisant apparaître les zones de tension, lorsque la demande excède la moyenne de l'offre départementale, et celles où les services apparaissent surabondants. Cette démarche géographique a permis d'évaluer si le déploiement de l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais était ou non hétérogène, et si certains territoires pouvaient être considérés comme sous-dotés.

1.3.2.2 L'évaluation des effets de l'Apa, une analyse de séquence des bénéficiaires

Une finalité de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes est de leur permettre de vivre à leur domicile dans des conditions décentes et de limiter les effets de leur perte d'autonomie. La chambre a donc choisi de mesurer l'efficacité du déploiement de cette politique. Pour chaque bénéficiaire, elle a ainsi identifié sa trajectoire au sein de l'Apa à domicile, caractérisée par l'évolution de son niveau de dépendance (i.e. évolution des Gir) et le rythme de sortie du dispositif en raison d'un placement en institution ou du décès.

Cette analyse de séquence²² a permis d'évaluer si les personnes bénéficiant de l'Apa dans le Pas-de-Calais se maintenaient dans un état d'autonomie stable au sein de leur domicile. La chambre a, ensuite, identifié les facteurs explicatifs de ces différents parcours, en distinguant ceux relevant des caractéristiques intrinsèques des allocataires, des modalités d'accompagnement et de l'utilisation de l'Apa à domicile.

Il convient de distinguer le maintien de la qualité de vie et de l'état de santé d'une personne âgées dépendante. L'Apa à domicile permet d'accompagner une dégradation médicale, physique ou mentale ou les deux, en apportant une aide qui vise à compenser cette dégradation et à maintenir une qualité de vie. En tant que telle, elle ne saurait, en revanche déterminer l'amélioration de la situation médicale.

1.3.2.3 L'évaluation de la soutenabilité de l'Apa à domicile

Les présents travaux ont également porté sur l'évaluation approfondie de la soutenabilité du dispositif, envisagée à la fois du point de vue du département, en tant que pilote et financeur,

²⁰ L'idéal-type est un outil conceptuel élaboré par le sociologue Max Weber dans son ouvrage *Essais sur la théorie de la science*, 1922. Il ne s'agit pas d'un modèle parfait, mais d'une construction théorique qui simplifie et accentue certains traits d'un phénomène social pour mieux l'analyser et le comparer à la réalité.

²¹ Unité utilisée par la Drees, un territoire de vie-santé est un agrégat de communes construit autour d'un pôle d'équipements et de services constitué selon une logique proche du découpage en bassins de vie de l'Insee.

²² L'institut national des études démographiques (Ined) promeut l'analyse de séquence comme permettant « de décrire et classer les trajectoires des individus, en considérant chaque trajectoire d'un individu comme une suite d'états dans un espace fini de modalités ».

et du point de vue des services d'aide et d'accompagnement à domicile, en tant que prestataires chargés de la mise en œuvre opérationnelle.

Pour le Département, l'analyse a porté sur l'incidence financière de l'Apa sur l'équilibre global des comptes. L'examen ne s'est pas limité à une observation ponctuelle des charges, mais a intégré une dimension prospective visant à anticiper l'évolution des dépenses. Le modèle démographique et épidémiologique *Livia*, élaboré par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, a été mobilisé pour projeter le nombre de personnes âgées en situation de dépendance selon différents scénarios. Sur cette base, les charges d'Apa ont été estimées à l'horizon 2030 et 2035, ce qui permet d'appréhender l'effet mécanique du vieillissement démographique sur les finances départementales.

Pour les Saad, la chambre a élaboré une méthodologie spécifique destinée à évaluer la viabilité de leur modèle économique dans un contexte marqué par la progression des coûts de fonctionnement. Le calcul du coût de revient horaire des interventions à domicile a été réalisé selon une méthode analogue à celle utilisée par les fédérations représentatives du secteur, notamment l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles et la fédération de l'aide à domicile en milieu rural du Pas-de-Calais. Cette approche permet d'apprécier la capacité des Saad à maintenir leur équilibre financier dans la durée, et de mesurer l'adéquation entre les financements publics attribués et les coûts effectivement supportés par les structures.

1.3.3 Les apports de l'analyse qualitative

Les approches quantitative et qualitative ont été mobilisées de façon complémentaire. La première, à visée explicative, permet d'objectiver les relations de causalité entre variables à partir d'un grand nombre d'observations. La seconde, davantage compréhensive, repose sur l'analyse approfondie d'un nombre limité de situations.

Elle met en évidence des phénomènes qui échappent à la mesure statistique et permet d'identifier, à travers l'expérience des allocataires, les principaux atouts et limites du dispositif. Elle restitue également la perception des différentes parties prenantes de l'Apa, et plus particulièrement l'appréciation que les usagers portent sur ce soutien. Dans le cas étudié, elle a confirmé les résultats des traitements quantitatifs relatifs aux caractéristiques et aux besoins des allocataires, tout en apportant un éclairage qualitatif sur la prestation fournie.

La relation tripartite liant le département aux Saad et aux bénéficiaires justifiait, par ailleurs, une consultation directe de ces acteurs. Des entretiens ont ainsi été conduits auprès d'eux, afin de recueillir leur point de vue et d'enrichir l'analyse.

Pour conduire son analyse qualitative, la chambre a organisé des entretiens auprès des allocataires de l'Apa à domicile et de leurs aidants. Deux modalités complémentaires ont été retenues : des rencontres collectives permettant de croiser les expériences et de faire émerger des constats partagés ; des entretiens individuels offrant un éclairage plus approfondi sur les parcours et les besoins propres à chaque bénéficiaire.

Les entretiens collectifs ont constitué une modalité d'investigation privilégiée pour engager le dialogue. Cette approche a favorisé la constitution de groupes de discussion et a rendu possible un échange approfondi sur différents aspects du dispositif. Le caractère choral de ces rencontres a conduit à faire émerger, de manière directe, les points de convergence et les divergences dans les appréciations recueillies. Consciente du caractère technique de certaines

questions et de la fragilité d'une partie du public concerné, la chambre a élargi son champ d'analyse aux proches aidants²³.

Ces entretiens ont été systématiquement conduits par deux membres au moins de la chambre, dans un cadre semi-directif²⁴, et en s'appuyant sur des guides élaborés par elle, validés par des représentants locaux des associations des usagers, et différenciés selon les catégories d'interlocuteurs.

L'organisation opérationnelle de cette phase reposait sur une coopération étroite avec divers relais de terrain : maisons de l'autonomie, structures d'accueil rurales, centres communaux d'action sociale, haltes de répit ou plateformes pour les aidants. Ce choix méthodologique a garanti un maillage territorial dense et représentatif. Au total, 93 personnes ont été rencontrées, dont 67 allocataires et 26 aidants.

Ce processus présentait toutefois un biais de sélection²⁵ évident, puisque seuls les allocataires capables de se déplacer ont assisté aux entretiens collectifs. Les personnes âgées avec les niveaux les plus élevés de dépendance, en particulier ceux classés en Gir 1 et Gir 2, se trouvaient de ce fait exclus de l'échantillon. Pour atténuer ce biais, la chambre a complété son dispositif par des entretiens réalisés directement au domicile des personnes les plus fragiles.

La chambre a ainsi mené 37 entretiens individuels, dont 23 avec des bénéficiaires et 14 avec des proches aidants. L'échantillon retenu a porté sur les allocataires de l'Apa de cinq communes rurales et semi-rurales²⁶. Dans chacune d'elles, tous les bénéficiaires de l'Apa recensés ont été retenus, à l'exclusion des personnes placées sous tutelle ou curatelle. Il en a résulté un échantillon de population couvrant des situations diverses de dépendance et représentatif des réalités départementales.

Les entretiens individuels, conduits à domicile à partir d'un guide d'entretien conçu pour faciliter le dialogue avec les bénéficiaires, ont parfois rencontré des difficultés spécifiques liées à la condition des personnes : troubles de compréhension, d'élocution, de concentration ou épisodes de confusion. Ces limites ont, dans quelques cas, restreint la précision des réponses, mais elles constituent en elles-mêmes un élément significatif de l'évaluation. L'organisation matérielle de ces entretiens s'est également révélée exigeante, en particulier pour établir un contact initial avec un public vulnérable et organiser la rencontre au domicile des bénéficiaires.

In fine, ces entretiens individuels ont approfondi et affiné les constats issus des entretiens collectifs. Cette double modalité d'enquête, collective et individuelle, illustre le choix méthodologique de la chambre, consistant à croiser les sources d'information et à assurer la couverture la plus complète possible des profils concernés.

²³ Selon l'article L. 113-1-3 du code de l'action sociale et des familles, « est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne ».

²⁴ Trois modalités d'entretien sont classiquement distinguées : l'entretien libre, qui laisse l'enquêté s'exprimer sans orientation, l'entretien directif, fondé sur des questions fermées, et l'entretien semi-directif, qui constitue une approche intermédiaire. Ce dernier repose sur un nombre limité de questions ouvertes organisées autour de thèmes prédéfinis, l'ordre des échanges pouvant être adapté en fonction de la réactivité de l'interlocuteur.

²⁵ Le biais de sélection désigne l'erreur systématique qui se produit lorsque l'échantillon sélectionné pour l'analyse n'est pas représentatif de la population à analyser.

²⁶ Communes non listées dans ce rapport pour prévenir toute identification des participants aux entretiens.

Les constats qualitatifs exposés dans la suite du rapport ont été confirmés de manière convergente par l'ensemble des bénéficiaires rencontrés, malgré des profils sociodémographiques et des niveaux de dépendance très variés. Les observations issues des premiers entretiens se sont, en effet, retrouvées avec une fréquence marquée dans l'ensemble des échanges conduits par la chambre auprès des allocataires du Pas-de-Calais.

1.3.4 Le parangonnage avec d'autres départements

La chambre a estimé indispensable de situer le département du Pas-de-Calais par rapport à d'autres territoires. Ses caractéristiques en termes de besoin d'accompagnement des personnes âgées dépendantes et d'offre médico-sociale ont été comparées à celles des autres départements²⁷.

Une comparaison multivariée²⁸ a ainsi été effectuée pour identifier les départements les plus similaires. Le choix méthodologique s'est porté sur la distance de Mahalanobis²⁹, mesure statistique plus robuste que la distance euclidienne, car elle intègre à la fois la variance et les corrélations entre variables. L'application de cette méthode a conduit à retenir les départements de l'Aisne, du Nord, du Doubs, de la Somme, du Territoire de Belfort, des Bouches-du-Rhône, de l'Isère, de la Moselle et de la Haute-Loire.

Tableau n° 2 : Départements comparables pour l'accompagnement des personnes âgées dépendantes

Département	Distance de Mahalanobis
Pas-de-Calais	0.00
Aisne	3.25
Nord	3.29
Doubs	3.77
Somme	4.22
Territoire de Belfort	4.30
Bouches-du-Rhône	4.35
Isère	4.41
Moselle	4.43
Haute-Loire	4.46

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données en libre accès de la Drees.

Les données relatives au Pas-de-Calais ont été systématiquement interprétées en les confrontant, non seulement à la moyenne nationale, mais également aux résultats observés dans

²⁷ Cf. annexe n° 7 pour l'ensemble des variables comparatives retenues.

²⁸ La comparaison multivariée consiste à analyser simultanément plusieurs variables descriptives, afin d'évaluer la proximité ou la divergence entre des territoires. Contrairement à une approche univariée, qui examine chaque indicateur isolément, elle permet d'appréhender les profils dans leur globalité.

²⁹ La distance euclidienne constitue une mesure simple, mais elle ne tient ni compte des corrélations entre variables, ni des écarts de variance entre indicateurs. La distance de Mahalanobis, en revanche, corrige ces limites en intégrant, à la fois, la dispersion statistique et les interdépendances entre variables. Elle offre une comparaison plus robuste et fidèle à la réalité statistique.

ces départements comparables. Ce rapprochement statistique interdépartemental a été complété par des entretiens qualitatifs avec les départements du Nord et de la Sarthe.

En réponse au rapport d'évaluation provisoire, le président du conseil départemental souligne que la période d'évaluation a été marquée par d'importantes réformes structurelles et que le travail de comparaison interdépartementale n'est pas suffisamment abouti. Sur ce point, la chambre souligne qu'elle a mené son analyse à l'aune de l'ensemble des données disponibles à ce jour entre départements et au niveau national et qu'elle a procédé à un étalonnage à chaque fois que cela était possible afin de situer le Pas-de-Calais.

Selon le président du conseil départemental, le motif de sortie de l'Apa « amélioration de l'état de santé » pouvait être retenu dans l'analyse de la chambre. Toutefois, ce motif reste marginal statistiquement, comme le confirme l'étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques³⁰ selon laquelle 2,9 % des bénéficiaires de l'Apa verraient leur niveau de dépendance s'améliorer, sans évoquer d'ailleurs une sortie de l'Apa.

³⁰ Drees, *La durée de perception de l'allocation personnalisée d'autonomie est de 3 ans et demi en moyen*, octobre 2018.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'évaluation des interventions financées dans le cadre de l'Apa à domicile de 2018 à nos jours repose sur une double approche, quantitative et qualitative.

La réponse aux questions évaluatives a, tout d'abord, nécessité la mobilisation d'un volume considérable d'informations sur les bénéficiaires et les Saad. En l'absence de données départementales déjà exploitables et fiables, la chambre a procédé à plus de 200 extractions du système d'information de la collectivité, tâche particulièrement complexe en raison de contraintes techniques et organisationnelles internes. Eu égard aux objectifs de la politique publique évaluée, la chambre a construit une démarche pluridimensionnelle et constitué un corpus de données inédit en croisant les bases individuelles d'Apa à domicile produites par la chambre à partir des données du département, avec celles, médico-administratives, de l'assurance maladie et de l'hospitalisation, et avec certaines informations fiscales. Parallèlement, un ensemble de données relatives aux services d'aide et d'accompagnement à domicile a été élaboré en appariant les bases du département, des services fiscaux et de l'Urssaf.

In fine, la chambre a construit une base contenant plus de 400 variables individuelles et collectives. Ce travail ponctuel ne saurait se substituer aux efforts de mise en qualité des données individuelles que le Département doit engager au long cours pour piloter sa politique d'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

Les traitements statistiques de la chambre, conduits à partir du corpus constitué pour l'évaluation, ont comporté une dimension microéconomique et géographique, afin d'identifier les caractéristiques et les besoins des personnes âgées dépendantes du territoire. Ils ont également porté sur les effets de l'allocation sur la qualité de vie des bénéficiaires, en particulier sur leur maintien à domicile dans des conditions décentes et compatibles avec un état de santé satisfaisant. Les enjeux de soutenabilité financière ont été analysés, sur la base de projections démographiques de la dépendance, et en reconstituant les coûts de production des prestations.

Cette démarche quantitative a été complétée par une enquête qualitative auprès de 130 bénéficiaires rencontrés lors d'entretiens individuels ou collectifs. Il apparaissait en effet indispensable de recueillir leur avis, car ils sont les premiers concernés par cette politique publique. Conduits de manière homogène, selon un mode semi-directif et avec une trame de questions adaptée, ces entretiens ont été déterminants pour évaluer la qualité des prestations et le niveau de satisfaction. Enfin, la chambre a élargi son analyse en procédant à un parangonnage entre territoires. Neuf départements aux caractéristiques proches en matière d'offre et de besoins d'accompagnement ont été retenus comme points de comparaison pour l'évaluation.

2 UNE POLITIQUE COHERENTE AVEC LES OBJECTIFS NATIONAUX MAIS N'ASSURANT QU'UNE FAIBLE ADEQUATION ENTRE L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT ET LES BESOINS

Dans cette partie, la chambre propose des éléments de réponse à la question évaluative suivante : *dans quelle mesure le modèle d'interventions financées par l'Apa pour les personnes à domicile dans le Pas-de-Calais est-il cohérent avec les objectifs nationaux et départementaux et avec les besoins de sa population ?*

L'analyse s'organise autour de deux axes complémentaires qui constituent autant de sous-questions évaluatives. Le premier vise à examiner l'articulation entre les objectifs nationaux et ceux déclinés dans le département, afin d'évaluer dans quelle mesure le cadre national trouve une déclinaison opérationnelle et locale. Le second porte sur l'adéquation entre cette politique et les besoins effectifs des usagers, en prenant en considération leurs caractéristiques sociodémographiques, leur degré de dépendance et leurs conditions de vie quotidiennes.

Le nom et la commune de résidence des personnes mentionnées dans les encadrés ont été modifiés pour ne permettre aucune identification sur la base de leurs témoignages.

2.1 Une déclinaison du cadre national qui manque de priorités locales ciblées

La chambre apporte ici une réponse à la sous-question évaluative suivante : *dans quelle mesure les objectifs du département en matière d'accompagnement de la perte d'autonomie sont-ils cohérents avec les objectifs nationaux ?*

2.1.1 Les principales caractéristiques socio-démographiques des allocataires

2.1.1.1 Les bénéficiaires de l'Apa à domicile à l'échelle nationale

À partir des données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques³¹, l'Apa représente, à l'échelle nationale, plus de 90 % des aides sociales destinées aux personnes âgées. À la fin de l'année 2022, 1,3 million de personnes de 60 ans ou plus en bénéficiaient, soit 7,2 % de cette tranche d'âge. Parmi elles, 793 900 percevaient l'Apa à domicile et 542 500 en établissement. Les dépenses associées atteignaient 6,7 Md€, dont 4 Md€ au titre de l'aide à domicile, correspondant à un montant annuel d'environ 5 080 € par bénéficiaire.

³¹ *L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées* – édition 2024 – Panorama de la Drees.

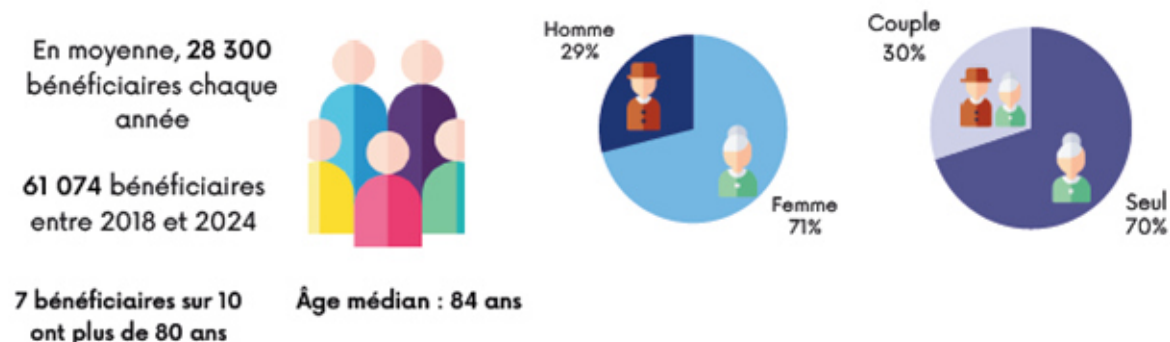
Le profil des bénéficiaires diffère sensiblement selon le lieu de résidence. Ceux classés en Gir 4 constituent 58 % des allocataires à domicile, alors qu'ils ne représentent que 24 % de ceux hébergés en établissement. À l'inverse, les personnes vivant en établissement présentent un niveau de dépendance plus élevé : 57 % sont classées en Gir 1 et Gir 2, contre seulement 20 % pour celles vivant à domicile.

La structure démographique des bénéficiaires montre une forte prépondérance des femmes, qui représentent plus de 70 % du total. La prévalence de l'Apa à domicile y est presque deux fois supérieure à celle des hommes, avec 5,4 % des femmes âgées de 60 ans et plus, contre 2,9 % des hommes du même âge. Par ailleurs, les bénéficiaires les plus jeunes demeurent marginaux, les personnes de moins de 65 ans ne représentant qu'environ 1,5 % des allocataires, tandis que les individus âgés de 80 à 89 ans en concentrent près de la moitié.

La quasi-totalité (92 % en 2022) des sommes versées au titre de l'Apa à domicile est consacrée à la rémunération d'intervenants chargés d'une aide physique. Le recours à un prestataire est de loin la modalité d'intervention dominante, concentrant 83 % des dépenses, tandis que l'emploi direct représente environ 14 % des prestations servies.

2.1.1.2 Les bénéficiaires de l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais

Graphique n° 4 : Les principales caractéristiques des bénéficiaires de l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais



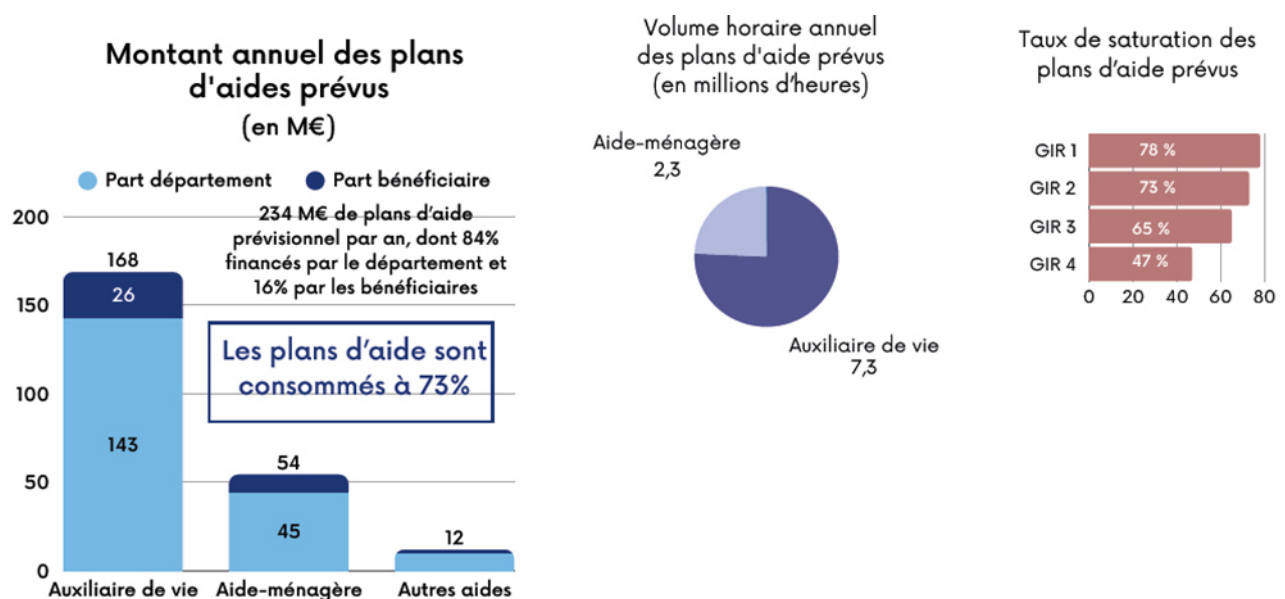
Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du Département.

Au 31 décembre de chaque année, le département du Pas-de-Calais compte en moyenne 28 300 bénéficiaires de l'Apa à domicile, soit 7,5 % de la population âgée de 60 ans et plus. Comme au niveau national, une forte prédominance féminine apparaît, avec 71 % des allocataires. La structure familiale met également en évidence une proportion majoritaire de personnes vivant seules (70 %). Sur le plan démographique, 70 % des bénéficiaires ont dépassé l'âge de 80 ans, et leur âge médian est de 84 ans. Selon les données de santé recueillies, 73 % des personnes accompagnées sont inscrites en affection de longue durée, ce qui traduit une prévalence élevée de pathologies chroniques parmi ce public.

Les bénéficiaires de l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais présentent, dans leur majorité, une perte d'autonomie modérée. Un peu moins de la moitié d'entre eux relève du Gir 4, et 26 % du Gir 3. Les Gir 2 en représentent environ un quart, et les Gir 1, personnes irréversiblement dépendantes, ne constituent que 2 % du total.

L'analyse de la chambre ne fait pas apparaître de particularités notables concernant le profil socio-démographique des bénéficiaires du Pas-de-Calais, leurs caractéristiques étant globalement conformes aux tendances nationales. Deux spécificités méritent néanmoins d'être relevées en matière d'accès aux droits et de niveau de dépendance. Le taux de recours est sensiblement plus élevé, traduisant une proportion d'allocataires supérieure parmi les 60 ans et plus. L'intensité de la dépendance observée dans le Pas-de-Calais apparaît plus marquée, confirmant une prévalence accrue des situations de perte d'autonomie.

Graphique n° 5 : Les principales caractéristiques des plans d'aide dans le Pas-de-Calais



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du Département.

Note de lecture : le taux de saturation correspond à la différence entre le plafond légal du plan d'aide et le montant réellement attribué par le département lors de l'évaluation des besoins. Le taux de consommation correspond à la différence entre le montant du plan d'aide attribué et les aides réellement consommées par le bénéficiaire.

La structure des plans d'aide attribués dans le cadre de l'Apa à domicile met en évidence une forte concentration autour de deux catégories de prestations. Les interventions d'auxiliaires de vie ou accompagnant social et éducatif³² en constituent l'élément central, avec plus de 70 % du coût total annuel, soit 168 M€. Celles relatives à l'aide-ménagère ou intervenant à domicile³³ occupent la seconde place, avec 54 M€. Les autres prestations, comme la téléassistance, la garde de jour ou de nuit ou encore certaines aides spécifiques, demeurent marginales dans la dépense globale mais concernent un nombre élevé de bénéficiaires, par exemple, selon le Département, 10 323 allocataires disposent de la téléassistance. L'ensemble des plans d'aide représente un coût annuel estimé à 234 M€, dont 84 % sont financés par le Département et 16 % par les

³² Un auxiliaire de vie ou un accompagnant social et éducatif est un professionnel chargé d'accompagner les personnes âgées en perte d'autonomie dans les actes essentiels de la vie quotidienne, comme l'aide à la toilette, aux repas, aux déplacements, etc. Depuis 2016, les diplômes d'auxiliaire de vie et d'aide médico-psychologique ont fusionné pour devenir le diplôme d'accompagnant éducatif et social.

³³ Une aide-ménagère ou un intervenant à domicile est un intervenant chargé d'assurer les tâches domestiques nécessaires au maintien à domicile de la personne âgée (entretien courant du logement, linge, préparation des repas, courses). Contrairement à l'auxiliaire de vie, son rôle se concentre sur le soutien matériel et logistique, sans prise en charge directe des actes essentiels liés à la perte d'autonomie.

bénéficiaires. Ceux-ci ne mobilisent toutefois pas toujours l'intégralité des prestations prévues : le taux de consommation³⁴ moyen varie de 73 % à 93 %, selon le mode d'intervention, prestataire ou emploi direct. La répartition en volume confirme cette prédominance.

Les prestations d'auxiliaires de vie totalisent environ 7,3 millions d'heures annuelles, contre 2,3 millions pour l'aide-ménagère, soit un cumul de 9,6 millions d'heures. En 2024, un allocataire de l'Apa à domicile a bénéficié chaque mois de 7,9 heures d'aide-ménagère et de 28,1 heures d'intervention d'auxiliaire de vie.

La structure des plans d'aide révèle également l'existence d'un segment de bénéficiaires recourant à des dispositifs plus légers. En 2024, 13 % des allocataires, soit 3 599 personnes, disposaient uniquement d'une aide-ménagère, sans prestation d'auxiliaire de vie. En y ajoutant les bénéficiaires ayant seulement mobilisé des services périphériques, tels que la téléassistance ou l'acquisition de matériel d'incontinence, la proportion atteint 20 %, soit 5 570 personnes. Ce profil correspond majoritairement à des allocataires moins dépendants, dont 87 % étaient classés en Gir 4 en 2024.

2.1.2 Les principaux objectifs, nationaux et départementaux, de l'Apa à domicile

L'Apa à domicile s'inscrit dans le cadre d'orientations nationales visant à garantir l'équité de traitement, sur l'ensemble du territoire, et à soutenir le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Ces orientations font, en principe, l'objet d'une déclinaison locale, par les Départements, chefs de file et pilotes en matière d'autonomie.

2.1.2.1 Des objectifs nationaux larges qui laissent des marges de manœuvre aux Départements

Le livre premier du code de l'action sociale et des familles établit les principes directeurs et les finalités générales des politiques publiques relatives à l'accompagnement de la perte d'autonomie. L'article L. 113-1-1 consacre le droit, pour toute personne âgée en situation de dépendance, de bénéficier d'« (...) aides adaptées à ses besoins et ses ressources, dans le respect de son projet de vie, pour répondre aux conséquences de sa perte d'autonomie, quels que soient la nature de sa déficience ou de son mode de vie ». Le droit à l'information des personnes âgées et de leurs familles sur les formes d'accompagnement et de prise en charge correspondant aux besoins et aux souhaits de la personne âgée en perte d'autonomie est, pour sa part, énoncé à l'article L. 113-2 du code précité.

En déclinaison de ces dispositions, un corpus législatif³⁵ précise les objectifs de l'Apa. Ainsi, « toute personne âgée (...) qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins ». Celle-ci a pour objectif de contribuer à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, par exemple la

³⁴ Le taux de consommation des plans d'aide est le rapport entre le volume d'heures facturé et le volume d'heures notifié au bénéficiaire.

³⁵ Notamment les lois 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, du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, et l'ordonnance n° 2021-1554 du 1^{er} décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la création de la cinquième branche du régime général de la sécurité sociale relative à l'autonomie.

toilette ou l'habillement. Pour les bénéficiaires résidant à domicile, l'Apa prend la forme d'une prestation affectée à la couverture de dépenses diverses, inscrites dans un plan d'aide établi par une équipe médico-sociale, sur la base d'une évaluation multidimensionnelle en application du référentiel défini par l'arrêté du 5 décembre 2016³⁶.

Le cadre juridique prévoit également la reconnaissance du rôle du proche aidant. Celui-ci peut bénéficier, dans le périmètre de l'Apa à domicile, et sans préjudice du plafond du plan d'aide, de dispositifs destinés à répondre aux besoins de répit dans la limite de 500 euros par an. Ces interventions sont appréciées et calibrées par l'équipe médico-sociale départementale, lors de l'évaluation de la situation globale du ménage.

2.1.2.2 Une allocation qui dépend aussi des objectifs assignés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

En 2022, l'État et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ont signé une convention d'objectifs et de gestion couvrant la période 2022-2026. Ce document précise le rôle confié à la branche Autonomie, définit les moyens de fonctionnement et fixe les principales orientations stratégiques que la Caisse doit conduire, en lien avec les acteurs territoriaux.

La convention comporte trois objectifs. Le premier consiste à garantir la qualité du service public de l'autonomie, l'accès aux droits et l'égalité des chances des personnes âgées et de leurs proches aidants. Cette orientation nécessite de mieux recueillir le niveau de satisfaction et de renforcer la co-construction des parcours des bénéficiaires de l'Apa.

Le deuxième axe vise l'adaptation de l'offre aux besoins et aspirations des publics. Il repose sur un dispositif de remontée et d'analyse régulière de données, afin d'ajuster les réponses aux besoins constatés. Il prévoit également un soutien renforcé aux proches aidants, la diffusion plus large d'aides techniques encore insuffisamment mobilisées, ainsi qu'un effort significatif pour rendre les métiers de l'autonomie plus attractifs et accompagner l'évolution des compétences professionnelles.

Le troisième concerne le pilotage du risque, c'est-à-dire la recherche d'une meilleure efficacité dans l'utilisation des ressources de la branche, afin d'orienter les financements vers des accompagnements adaptés, délivrés au bon moment et à un coût maîtrisé, tout en veillant à une répartition équitable des moyens entre les territoires. Cette approche repose sur une coopération renforcée entre départements, agences régionales de santé, professionnels et usagers, et s'accompagne de la mise en place d'un schéma directeur des systèmes d'information destiné à moderniser le suivi, la transparence et la qualité des interventions.

L'Apa à domicile repose donc sur un cadre juridique garantissant les droits fondamentaux des personnes âgées dépendantes et de leurs aidants. Ces droits s'accompagnent d'exigences de qualité et d'efficacité dans les dépenses et les prestations servies.

2.1.2.3 Des ambitions départementales alignées sur les orientations nationales

Conformément à l'article L. 113-2 du code de l'action sociale et des familles, le Département, en tant que collectivité cheffe de file, définit et met en œuvre l'action sociale en

³⁶ Arrêté du 5 décembre 2016 fixant le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants, prévu par l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles.

faveur des personnes âgées et de leurs proches aidants, coordonne les interventions des différents acteurs dans le cadre du schéma départemental social et médico-social, et organise l'information, le conseil et l'orientation du public sur les aides et services disponibles. En conséquence, il lui appartient de définir des objectifs et une stratégie d'accompagnement des personnes âgées dépendantes à domicile adaptés aux caractéristiques et aux besoins locaux.

Le Département du Pas-de-Calais a indiqué s'être fixé comme objectif de garantir l'accès aux droits de l'Apa à domicile, tels que prévus à l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles. Deux indicateurs lui sont associés par la collectivité : le taux de couverture de l'Apa à domicile parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, et le nombre de situations préoccupantes pour des personnes vivant à domicile.

2.1.2.4 Des priorités locales à définir

Le schéma départemental de l'autonomie

Ce document vise à assurer l'organisation territoriale et l'accessibilité de l'offre d'accompagnement destinée aux personnes handicapées et en perte d'autonomie et leurs aidants. Arrêté par le président du conseil départemental après concertation avec le représentant de l'État et avec l'Agence régionale de santé, il est soumis à l'avis du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie.

Construit à l'échelle départementale pour une durée de cinq ans, cet outil stratégique à destination des acteurs locaux a un caractère opposable. Son élaboration et son adoption constituent une obligation prévue aux articles L. 312-4 et L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles.

Il est le schéma où peuvent être ciblées, définies et déclinées les priorités locales en matière d'Apa à domicile.

Sur la période d'évaluation, deux schémas départementaux de l'autonomie se sont succédés.

Le schéma 2017-2022 reposait sur quatre orientations stratégiques : préserver l'autonomie et garantir l'exercice de la citoyenneté, accompagner la réalisation du projet de vie à domicile, assurer la continuité des parcours par la coopération entre acteurs, et diversifier l'offre pour répondre aux besoins et attentes des personnes concernées.

Le schéma 2023-2027 reprend et approfondit ces orientations, notamment par l'engagement de garantir la coordination entre acteurs. Il retient également de nouveaux engagements relatifs à la prévention et au retardement de la perte d'autonomie, à la prise en compte des besoins des personnes vivant à domicile et de leurs aidants, et à l'adaptation continue de l'offre d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées et en situation de handicap. En particulier, ce document affirme l'ambition d'assurer une évaluation multidimensionnelle des besoins des personnes en perte d'autonomie, de poursuivre et intensifier le soutien aux aidants, d'accompagner le virage domiciliaire, et d'engager les leviers nécessaires à la valorisation et à l'attractivité des métiers.

Ces objectifs apparaissent alignés avec les orientations nationales. Néanmoins, ils ne relèvent pas d'une véritable déclinaison locale des cadres nationaux et demeurent englobés dans la thématique générale de l'autonomie, sans cibler spécifiquement les personnes âgées à domicile. Le Département n'a pas, en effet, défini d'objectifs quant aux effets de l'Apa à domicile sur les bénéficiaires et sur leur maintien à domicile. Il n'a pas identifié d'indicateurs quantifiés de suivi pour évaluer la mise en œuvre de son schéma de l'autonomie. Il n'a pas

défini de priorités locales en matière d'accompagnement des personnes âgées dépendantes à domicile.

Le prochain schéma 2028-2032, dont la préparation pourrait intervenir relativement rapidement après cette évaluation, apparaît être l'occasion de faire des choix clairs et structurants et de définir ces priorités et ces indicateurs.

En réponse à la question posée, il ressort que les objectifs nationaux et départementaux sont globalement cohérents. En revanche, il n'est pas possible d'identifier des priorités de politique publique propres au Pas-de-Calais qui lui permettraient d'explicitier ce qu'il attend de l'Apa à domicile pour, le cas échéant, ajuster les modalités de mise en œuvre du cadre national. La chambre lui recommande donc de définir des objectifs en matière d'Apa à domicile et de les accompagner d'indicateurs chiffrés. La collectivité gagnerait à initier ce travail dès 2026 pour préparer le volet « Apa à domicile » du prochain schéma départemental de l'autonomie 2028-2032.

Recommandation n° 2. Définir des priorités propres à l'Apa à domicile et les accompagner d'indicateurs chiffrés.

2.2 Une faible adéquation avec les besoins des bénéficiaires, des leviers à mobiliser

Dans cette sous-partie, la chambre répond à la sous-question évaluative suivante : *dans quelle mesure le modèle d'Apa du Pas-de-Calais est-il calibré en cohérence avec les besoins de sa population ?*

L'analyse conduite par la chambre s'articule en trois temps. Elle examine d'abord le niveau de connaissance dont dispose le Département concernant les caractéristiques et les besoins des bénéficiaires. Elle s'attache ensuite à caractériser l'offre d'accompagnement des personnes âgées dépendantes dans le Pas-de-Calais, afin d'en évaluer, dans un troisième temps, l'adéquation avec les attentes et la situation des allocataires de l'Apa à domicile.

2.2.1 Une connaissance insuffisante des caractéristiques et des besoins des bénéficiaires de l'Apa à domicile par le Département

2.2.1.1 Une organisation en partie déconcentrée des services chargés de l'autonomie

Le Département a mis en place une organisation partiellement déconcentrée de la politique d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Au sein de la direction générale des services, il dispose d'un pôle solidarité composé de trois directions métiers : l'autonomie et la santé, les politiques d'inclusion durable, l'enfance et la famille. Au sein de la première, plusieurs services pilotent l'Apa à domicile en central, notamment ceux de l'aide sociale, de la coordination et de l'appui à l'autonomie, de la qualité et des financements, des dynamiques territoriales et des stratégies, de la santé publique et de la prévention.

Parallèlement, la collectivité dispose de neuf maisons de l'autonomie rattachées à ses maisons départementales de la solidarité. Elles constituent des lieux pour les personnes âgées et leurs aidants qui ont pour missions principales d'accueillir, d'orienter et d'informer les bénéficiaires, de piloter un guichet intégré³⁷, d'animer un réseau d'accueil de proximité de premier niveau, de réaliser les évaluations du niveau de dépendance et des plans d'aide des personnes âgées. Ces maisons assurent également un rôle de centre de ressources sur les territoires et accompagnent les projets et le travail partenarial en matière d'aide aux proches aidants, d'habitat inclusif et de déclinaison locale des axes de la Conférence des financeurs³⁸.

2.2.1.2 De nombreuses informations à disposition du Département

Le Département du Pas-de-Calais dispose d'un logiciel métier, *Genesis*, alimenté par ses services au cours de l'instruction de la demande d'Apa à domicile, de la définition du plan d'aide et de la révision de ce dernier. Cet outil centralise des informations variées et fournit un panorama détaillé des caractéristiques et des besoins des allocataires.

Exemple d'un profil individuel construit par la chambre à partir des extractions de Genesis

Madame Jean, âgée de 79 ans, résidant seule à Auchel, est relativement dépendante avec un Gir 3 (incapacité à réaliser sa toilette et son habillage haut et bas, capacité cognitive complète, etc.). Son plan d'aide associe quatre prestations, à savoir 11 heures mensuelles d'aide-ménagère, 32 heures d'auxiliaire de vie réparties entre jours ouvrés et week-ends, 10 portages de repas mensuels et une prestation de téléassistance. Ce plan d'aide est assuré par le service d'aide à domicile mixte de Rely. Le montant du plan d'aide notifié s'élève à 1 114 € dont 871 € à la charge du Département et 243 € à la charge du bénéficiaire, soit une participation de 22 % calculée en fonction de ses revenus.

Les données enregistrées couvrent plusieurs dimensions. Elles concernent l'identité et la situation du bénéficiaire (nom, prénom, âge, sexe, lieu de résidence, composition familiale, présence éventuelle d'un tuteur ou d'un curateur, revenu fiscal de référence du foyer). Elles renseignent également le niveau de dépendance, mesuré par la grille *Aggir*, ainsi que la nature et le volume des aides mobilisées (aide-ménagère, auxiliaire de vie, téléassistance, portage de repas) et le montant de la participation financière légal. Enfin, elles précisent le mode d'intervention retenu par la personne accompagnée (emploi direct, recours à un service prestataire ou mandataire), ainsi que la raison sociale de la structure intervenante.

Parallèlement à ces informations centralisées dans *Genesis*, les neuf maisons de l'autonomie disposent d'une connaissance fine des bénéficiaires. Ces structures, chargées de l'évaluation du degré de dépendance et de l'élaboration des plans d'aide, entretiennent en effet des échanges réguliers, mais largement informels, avec les services d'aide à domicile, ce qui permet de faire remonter des informations de terrain en provenance directe des intervenants.

En dépit de la richesse de ces différentes informations, la collectivité ne dispose pas d'une connaissance consolidée des caractéristiques et des besoins des bénéficiaires sur le terrain. Les

³⁷ Il s'agit d'un ensemble coordonné des lieux d'accueil, d'information et d'orientation.

³⁸ La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie est une instance départementale instaurée par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement pour coordonner les interventions, programmer des actions collectives de prévention et veiller à la complémentarité entre les financements existants, de façon à garantir une meilleure cohérence de l'offre sur le territoire.

données sont dispersées dans les maisons de l'autonomie, et leur transmission à l'échelon central est irrégulière. Aucun traitement systématique et approfondi, tel que celui conduit par la chambre pour la présente évaluation, n'est réalisé. Cette carence obère la capacité du Département à piloter l'accompagnement des personnes âgées dépendantes à l'échelle pertinente.

Conscient de cette fragilité, le Département s'est doté, en 2025, d'un « portrait des territoires » qui retrace, notamment, la ventilation des Gir 1 à 4 selon les neuf territoires des maisons de l'autonomie, l'évolution du volume moyen d'aide humaine pour les plans d'aide des personnes en Gir 4, la volumétrie des plans sans « actes essentiels ». Ce document compte aussi des indicateurs de pilotage, comme la répartition de la nature des demandes (i.e. première demande ou révision), les délais moyens d'instruction des dossiers selon la nature des demandes, la répartition des modes d'intervention et le montant moyen des plans d'aide accordés selon le Gir du bénéficiaire.

En réponse au rapport d'évaluation provisoire, le président du conseil départemental indique que de nombreux outils et moyens ont été mis en place afin de disposer d'une connaissance des profils et des besoins des bénéficiaires ainsi que des territoires. Il cite, par exemple, le formulaire d'évaluation multidimensionnelle issu d'un travail avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie³⁹, le recrutement d'un agent en septembre 2024 chargé de produire des études et des analyses sur l'Apa, la mise en place d'une mission de pilotage du système d'information, l'existence d'un « collège métier » et de « commissions Apa » pour renforcer les échanges d'informations entre le siège et les services départementaux déconcentrés telles que les maisons de l'autonomie.

2.2.1.3 Les caractéristiques et les besoins : trois grandes familles de bénéficiaires de l'Apa à domicile aux caractéristiques et aux besoins différents

La chambre, dans le cadre de l'évaluation, a mené un travail de caractérisation des bénéficiaires et de leurs besoins. Pour cela, elle a procédé à ses propres extractions de Genesis, ne pouvant s'appuyer sur les travaux du Département. Elle a également construit sa propre méthodologie, en l'absence d'étude similaire menée dans les territoires.

Construction des idéaux-types des bénéficiaires de l'Apa à domicile

La construction des idéaux-types se base sur une photographie des bénéficiaires de l'Apa à domicile au 31 décembre 2024. Neuf indicateurs ont été sélectionnés pour leur pertinence dans l'appréhension des usages de l'Apa (situation familiale, revenu fiscal de référence, montant du plan d'aide, Gir, etc.⁴⁰). Les données ont ensuite été standardisées⁴¹ pour permettre une pondération équivalente entre les indicateurs.

³⁹ Le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants comporte douze dimensions dont l'environnement social et physique, la situation administrative et budgétaire, etc.

⁴⁰ Cf. liste exhaustive en annexe n° 18.

⁴¹ Pour modéliser la distribution des données, la chambre s'est appuyée sur le théorème central limite, qui justifie la convergence des moyennes d'échantillons vers une distribution normale. Chaque variable a ensuite été centrée et réduite, afin d'obtenir une loi normale centrée réduite décrivant la distribution normalisée des données.

Pour déterminer des idéaux types, la méthode de classification par k-moyennes a été retenue. Le principe consiste à répartir les observations (ici, les bénéficiaires) en un nombre choisi de groupes, de manière à ce que les individus d'un même groupe soient les plus similaires possibles entre eux, et que les groupes soient bien distincts les uns des autres. Après plusieurs itérations, le choix de trois clusters s'est avéré le plus robuste et le plus lisible.

Ces trois idéaux-types ont été répartis entre les différents territoires de vie-santé du Pas-de-Calais. Cette répartition géographique repose sur la comparaison, pour chaque profil, de la part qu'il représente au sein du territoire considéré, avec la moyenne départementale observée pour ce même profil⁴².

Cet exercice a permis de dégager trois idéaux-types de profils socio-économiques des bénéficiaires : les « moins accompagnés », les « intermédiaires » et les « plus accompagnés ». Il éclaire, en ce sens, les pratiques d'attribution, la politique d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, et la soutenabilité financière du dispositif.

Tableau n° 3 : Présentation des trois idéaux types

Variable	Bénéficiaires les « moins accompagnés »	Bénéficiaires intermédiaires	Bénéficiaires les « plus accompagnés »
Effectif	6 047	12 652	8 831
Âge moyen	81 ans	82 ans	86 ans
Pourcentage de bénéficiaires vivant seuls	58 %	70 %	84 %
Ressources moyennes	22 800 €/an	20 900 €/an	18 632 €/an
Niveau de dépendance	GIR 1 : 0,2 %	GIR 1 : 0,3 %	GIR 1 : 6 %
	GIR 2 : 5 %	GIR 2 : 9 %	GIR 2 : 58 %
	GIR 3 : 12 %	GIR 3 : 22 %	GIR 3 : 36 %
	GIR 4 : 83 %	GIR 4 : 68 %	GIR 4 : 0,2 %
Nombre de prestations mobilisées	1	2,6	3,1
Volume mensuel d'heures	8 h/mois	22 h/mois	54 h/mois
Montant moyen du plan	189 €/mois	496 €/mois	1 262 €/mois
Participation moyenne du bénéficiaire	42 €/mois	93 €/mois	172 €/mois
Taux moyen de saturation du plan	22 %	57 %	87 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du Département.

Le premier idéal-type, au profil « moins accompagné », regroupe un peu plus de 6 000 bénéficiaires âgés en moyenne de 81 ans. En grande majorité classés en Gir 4, leur dépendance est peu marquée, seuls quelques-uns relevant des Gir 1 ou 2. Leur recours à l'Apa demeure limité, avec des plans d'aide représentant environ un cinquième du plafond légal et composés presque exclusivement d'heures de ménage, soit huit heures par mois en moyenne. Leur participation financière s'élève à 22 %, pour un reste à charge moyen de 42 € et un plan mensuel de 189 €. Ces bénéficiaires disposent globalement de revenus supérieurs à la moyenne départementale, autour de 22 800 € par an. Leur état de santé se caractérise par une proportion

⁴² Pour prendre en compte la variabilité naturelle entre territoires, un seuil de sur- ou sous-représentation est fixé à plus ou moins un écart-type autour de la moyenne départementale. Par exemple, un profil est considéré comme sur-représenté dans un territoire de vie-santé si sa part y dépasse la moyenne départementale + 1 écart-type.

importante de personnes en affection longue durée (62 %), une consommation de psychotropes un peu inférieure à la moyenne, et environ huit consultations annuelles en médecine de ville.

Le deuxième idéal-type, au profil « intermédiaire », compte 12 600 personnes, avec un âge moyen de 82 ans. Leur niveau de dépendance est modéré, la plupart étant classées en Gir 3 ou 4. Ce groupe se caractérise par une forte proportion de personnes vivant seules (70 %). Leur recours à l'Apa est plus diversifié : ils mobilisent en moyenne près de trois types de prestations, pour un volume d'un peu plus de 21 heures mensuelles. Le montant moyen du plan atteint 496 €, avec un reste à financer de 93 € et un taux de saturation relativement limité (57 %). Le revenu annuel moyen est proche de la moyenne départementale (20 900 €). Sur le plan médical, 62 % relèvent d'une affection longue durée, leur consommation de psychotropes est supérieure à la moyenne, et leur suivi médical est de sept consultations annuelles en ville.

Le dernier idéal-type, au profil « plus accompagné », concerne près de 8 800 bénéficiaires parmi les plus âgés, avec un âge moyen de 86 ans. Il se distingue par une forte prévalence des situations de dépendance lourde : près des deux tiers sont classés en Gir 1 ou 2 et une large majorité vit seule. Les plans d'aide y sont particulièrement étoffés, avec une cinquantaine d'heures par mois en moyenne, et plus de trois prestations distinctes mobilisées. Le montant mensuel atteint 1 262 €, pour un reste à charge moyen de 172 €, soit une participation de 13,6 %. Ces bénéficiaires disposent de revenus plus faibles que la moyenne départementale (18 600 € annuels). Le taux de saturation des plans d'aide avoisine 90 %, ce qui traduit une mobilisation maximale des plafonds autorisés, et le taux de consommation des plans atteint 83 %. Enfin, si plus de la moitié présente une affection longue durée, leur consommation de psychotropes est modérée, et le recours à la médecine de ville est le plus faible des trois profils, avec cinq consultations par an.

Au-delà des différences de prévalence de la dépendance, l'analyse des profils de bénéficiaires met en évidence des écarts significatifs dans le recours à l'Apa à domicile, à travers la saturation des plafonds légaux, et dans les volumes et la répartition des plans d'aide. Le reste à vivre moyen présente également des écarts sensibles : 1 858 € par mois pour le premier groupe, 1 648 € pour les « intermédiaires » et 1 380 € pour le troisième groupe.

Ces idéaux-types, identifiés statistiquement, sont corroborés par l'étude qualitative menée par la chambre. Parmi les 130 bénéficiaires rencontrés, des différences marquées existaient en termes de dépendance, de structure familiale, de plan d'aide et de mobilisation de ce dernier.

Illustrations de trois familles des bénéficiaires de l'Apa à domicile

Trois portraits ont été élaborés à partir du croisement des données statistiques des idéaux-types et des résultats de la rencontre des 130 bénéficiaires de l'Apa à domicile par la chambre.

• *Mme Claudine, 81 ans, appartenant au groupe des « moins accompagnés »*

Mme Claudine vit avec son mari dans un pavillon à Fruges. Elle relève du Gir 4 et a sollicité l'Apa il y a cinq ans, sur les conseils de son entourage, en raison de douleurs aux épaules et au cou. Elle bénéficie de huit heures de ménage par mois, financées à hauteur de 189 €, avec un reste à charge d'environ 40 €. La réduction progressive de ses aides les a amenés, elle et son mari, à solliciter davantage leurs enfants.

• *Mme Dupont, 82 ans, relevant du groupe des « intermédiaires »*

Mme Dupont vit seule à Bapaume. Elle bénéficie de l'Apa depuis une quinzaine d'années, après avoir été déclarée invalide à la suite de douleurs chroniques au dos. Elle dispose aujourd'hui d'un plan d'aide de 500 €, couvrant environ 22 heures mensuelles de prestations : ménage, aide à la toilette et à l'habillage. Son reste à charge de 90 € reste soutenable, mais pèse sur un budget restreint.

• *Mme Josette, 86 ans, appartenant au groupe des « plus accompagnés »*

Mme Josette vit seule dans une commune rurale. Son entrée dans l'Apa remonte à quatre ans, après une hospitalisation pour chute. Classée Gir 2, elle bénéficie d'un plan d'aide conséquent de 53 heures par mois, pour 1 262 €, dont 172 € restent à sa charge. Trois passages quotidiens l'aident à se lever, s'habiller, prendre ses repas et se coucher. Elle reçoit également une aide hebdomadaire pour le ménage.

La répartition des trois profils apparaît relativement homogène à l'échelle départementale : chacun est présent dans l'ensemble des 55 territoires de vie-santé sans qu'aucun ne s'impose de manière nette. Certains déséquilibres ressortent toutefois : les profils « moins accompagnés » et « intermédiaires » sont en proportion plus importante dans 15 territoires, tandis que les « plus accompagnés » sont majoritaires dans dix secteurs spécifiques, dont Auchel, Avion, Bully-les-Mines, Harnes, Lillers, Oignies, Saint-Omer, Sallaumines, Vimy et Wingles. Cette disparité géographique met en évidence des besoins contrastés, étroitement liés aux caractéristiques sociodémographiques et sanitaires des populations locales.

En sa qualité de chef de file de l'action sociale et de pilote du nouveau service public de l'autonomie, le Département du Pas-de-Calais doit renforcer sa connaissance des besoins et des profils de ses usagers, lesquels présentent une hétérogénéité marquée selon les individus et les territoires. Une telle démarche constitue un préalable nécessaire à la définition d'objectifs clairs pour cette politique et pour piloter effectivement l'accompagnement des personnes âgées dépendantes à domicile. La réalisation d'un état des lieux multidimensionnel, c'est-à-dire incluant les aspects médico-sociaux mais aussi sanitaires, économiques, démographiques de la dépendance, gagnera à être menée en lien avec ses partenaires locaux du service public départemental de l'autonomie, comme, par exemple, les communes et les intercommunalités, l'assurance maladie et l'agence régionale de santé, les caisses de retraites et les établissements de santé et médico-sociaux⁴³.

Recommandation n° 3. Dresser un état des lieux multidimensionnel des caractéristiques et des besoins des bénéficiaires de l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais afin de mieux connaître la population accompagnée, et l'actualiser régulièrement.

2.2.2 Une offre d'accompagnement des personnes âgées dépendantes plus réduite dans le Pas-de-Calais que dans les autres départements

2.2.2.1 Les acteurs de proximité de l'Apa à domicile dans les départements

Pour la majorité des départements, la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile dépend principalement de trois structures au niveau local : les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, les services d'aide et d'accompagnement à domicile et les équipes médico-sociales de la collectivité départementale.

Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge souligne le rôle central des centres communaux et intercommunaux d'action sociale dans l'action de proximité⁴⁴. Leur quasi-totalité (96 %) proposent des prestations ou des accompagnements spécifiques aux personnes

⁴³ Article L. 149-6 du code de l'action sociale et des familles.

⁴⁴ Cf. rapport *Enquêtes conduites auprès des acteurs locaux du Grand Âge, Travaux du Conseil de l'âge sur les conditions du bien vivre et du bien vieillir à domicile*, 2023.

âgées dépendantes. Près des deux tiers disposent de guichets ou d'équipes facilitant l'accueil et l'orientation, et la majorité entretient des liens réguliers avec les centres locaux d'information et de coordination gérontologique, renforçant ainsi la qualité de l'information délivrée aux usagers. Ces structures jouent aussi un rôle dans l'accès aux droits, puisque quatre centres sur cinq accompagnent les personnes âgées dans la constitution des dossiers et le remplissage des formulaires.

Les équipes médico-sociales du Département⁴⁵ assurent l'évaluation des besoins, en veillant à ce que les prises en charge correspondent aux réalités et attentes des bénéficiaires. Elles expliquent le fonctionnement des dispositifs socio-fiscaux de soutien à l'autonomie, orientent les demandeurs de plan d'aide et prennent en considération la situation des proches aidants. Elles sont également confrontées aux contraintes financières pesant sur les ménages (participation financière du bénéficiaire, dépenses ponctuelles élevées), ainsi qu'aux limites de l'offre sanitaire et médico-sociale. Elles procèdent enfin à un ajustement régulier des plans d'aide afin de maintenir une prise en charge adaptée dans la durée. Dans le Pas-de-Calais, ces équipes sont rattachées aux maisons de l'autonomie.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile interviennent directement auprès des bénéficiaires de l'Apa et constituent les opérateurs principaux chargés de la mise en œuvre des plans d'aide. Près de la moitié d'entre eux consacrent plus de 80 % de leur activité à des prestations directes d'accompagnement au domicile. Ils interviennent au domicile des usagers par l'intermédiaire d'aide-ménagères et d'auxiliaires de vie⁴⁶. Leurs missions couvrent un champ étendu qui comprend l'entretien du logement, les courses, le ménage et le repassage, l'accompagnement dans les actes essentiels de la vie quotidienne tels que le lever et le coucher, la toilette, la préparation et la prise des repas, les soins d'hygiène, l'aide au déplacement à l'extérieur du domicile et l'assistance administrative et l'aide à la prise de médicaments. Ces interventions s'élargissent à des actions de prévention de la perte d'autonomie, à travers des activités intellectuelles, sensorielles et motrices, et à l'accompagnement des personnes âgées dans leurs déplacements.

Le recours à ces services correspond au mode dit « prestataire », qui constitue l'une des trois modalités d'organisation de l'Apa à domicile.

Les Saad sont des structures privées lucratives, associatives ou publiques. Ils sont parfois mixtes, c'est-à-dire intégrés au sein d'un service polyvalent d'aide et de soins à domicile pour une prise en charge intégrée regroupant les aides à la vie quotidienne et les soins médicaux et paramédicaux. Les Saad peuvent être tarifés ou habilités à l'aide sociale⁴⁷.

⁴⁵ Ces équipes regroupent des professionnels aux compétences complémentaires (assistants sociaux, infirmiers, ergothérapeutes, psychologues et autres intervenants habilités) contribuant à l'analyse globale de la situation du bénéficiaire et de son environnement familial et social. En application de l'article R. 232-7 du code de l'action sociale et des familles, elles comprennent au moins un médecin et un travailleur social.

⁴⁶ Articles L. 312-1 et L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles.

⁴⁷ Article L. 313-6 du code de l'action sociale et des familles.

2.2.2.2 Les caractéristiques de l’offre dans le Pas-de-Calais

- *Une majorité de Saad associatifs*

D’après le fichier national des établissements sanitaires et sociaux, l’offre nationale d’aide et d’accompagnement à domicile est constituée de 10 102 Saad. Près de la moitié relèvent du secteur privé non lucratif (44 %, soit 4 457 structures, dont 4 346 associatives), une proportion similaire appartient au secteur privé lucratif (45 %, soit 4 575 structures, principalement des sociétés à responsabilité limitée – SARL – et des sociétés par actions simplifiées – SAS), tandis que 10 % dépendent du secteur public (1 052 structures, dont 905 centres communaux ou intercommunaux d’action sociale – CCAS/CIAS).

À l’échelle régionale, les 783 Saad recensés présentent des caractéristiques proches de la moyenne nationale. Le secteur non lucratif représente 39 % de l’offre (305 structures, dont 297 associations), le secteur lucratif 45 % (351 structures, dont 191 SARL et 139 SAS), et le secteur public 16 % (127 structures, dont 82 CCAS ou CIAS).

Dans le Pas-de-Calais, la structure de l’offre présente des spécificités, avec une surreprésentation du secteur associatif. Sur les 140 Saad recensés, 51 % sont des structures privées à but non lucratif (71 associations), 39 % relèvent du secteur privé lucratif (54 Saad, dont 31 SARL et 22 SAS), et 10 % sont des structures publiques (13 CCAS/CIAS).

- *Un taux de couverture des bénéficiaires de l’Apa à domicile par un Saad plus faible*

L’offre d’accompagnement des personnes âgées dépendantes est moins développée dans le Pas-de-Calais. Ce dernier compte 4,8 Saad pour 1 000 bénéficiaires de l’Apa à domicile contre, respectivement, 9,6 et 12,4 Saad pour 1 000 allocataires aux niveaux régional et national⁴⁸. Le taux de couverture des personnes âgées de 60 ans ou plus par un service d’accompagnement et d’aide à domicile est également inférieur dans le Département (0,35 Saad pour 1 000 personnes âgées de 60 ans ou plus) par rapport à la région Hauts-de-France (0,5 Saad) et le territoire national (0,53 Saad).

Comme souligné par le Département durant la contradiction, ce ratio ne tient toutefois pas compte des Saad extérieurs au Pas-de-Calais intervenant sur le territoire⁴⁹. Au surplus, il n’inclut pas la capacité d’intervention du service d’aide à domicile, contrairement à l’accessibilité potentielle localisée.

- *Une accessibilité potentielle localisée (APL) aux structures médico-sociales destinées aux personnes âgées en moyenne plus faible dans le Pas-de-Calais*

L’accessibilité potentielle localisée⁵⁰ mesure la capacité d’un territoire à répondre aux besoins des personnes âgées en perte d’autonomie, en tenant compte de l’offre en services médico-sociaux, de la demande locale, liée au nombre de personnes âgées dépendantes, et de la distance ou du temps d’accès à ces services. En l’espèce, elle est définie par le nombre

⁴⁸ Données Insee, estimation de population par sexe et par âge au 1^{er} janvier 2025.

⁴⁹ Cette limite à l’utilisation du fichier national des établissements sanitaires et sociaux est valable pour l’ensemble des départements du territoire national.

⁵⁰ L’indicateur d’accessibilité potentielle localisée (APL), inspiré du modèle *Two-Step Floating Catchment Area*, a été élaboré conjointement par l’Institut de recherche et documentation en économie de la santé et la Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques.

d'employés d'un service d'aide à domicile à moins de 30 minutes pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus.

Le Pas-de-Calais, avec une accessibilité potentielle localisée moyenne aux services d'aide à domicile de 1 084 employés en équivalent temps plein⁵¹, apparaît moins bien doté que les autres départements, tant aux niveaux national (APL moyenne de 1 155 employés) que régional (APL moyenne de 1 256 employés). Le constat est similaire concernant l'accessibilité potentielle localisée aux établissements pour personnes âgées avec, en moyenne, 79 437 lits à moins de 60 minutes pour 100 000 résidents potentiels âgés de 60 ans ou plus (APL moyenne de 84 282 lits et 85 392 lits, respectivement, aux niveaux national et régional).

L'examen comparatif met donc en évidence une offre d'accompagnement des personnes âgées dépendantes dans le Pas-de-Calais sensiblement plus restreinte que dans les autres départements. Cette contrainte structurelle impose au Département un pilotage plus précis et rigoureux de l'offre disponible.

2.2.3 Un pilotage de l'offre et son adéquation aux besoins à améliorer

2.2.3.1 Les principes généraux du pilotage des Saad

Plusieurs outils de pilotage des Saad et de l'offre d'accompagnement des personnes âgées dépendantes sont à disposition des Départements, autorités de tarification et de contrôle⁵².

- *Un régime d'autorisation par le président du conseil départemental et l'habilitation à l'aide sociale des Saad*

En application des articles L. 312-1 et L. 313-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles, les Saad doivent recevoir une autorisation d'activité délivrée par le Département. Cette autorisation définit la zone d'intervention de la structure, laquelle peut être restreinte à quelques communes dans un objectif de pilotage de l'offre. D'une durée de 15 ans, l'autorisation est conditionnée à la participation à un appel à candidatures départemental et peut être refusée, suspendue ou retirée en cas de manquement. Elle est accordée si le projet est compatible avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale, et s'il répond au cahier des charges fixant les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement applicables aux services d'accompagnement et d'aide à domicile établi par décret le 22 avril 2016⁵³. Ce dernier encadre en particulier les qualifications du personnel, l'organisation des prestations, la qualité de service et les engagements en matière de continuité et de coordination de la prise en charge.

Outre l'autorisation d'activité, les services d'aide et d'accompagnement à domicile peuvent être habilités à l'aide sociale⁵⁴. Par principe, toute autorisation ou tout renouvellement

⁵¹ Des différences d'accessibilité potentielle localisée existent entre les territoires du département. En effet, l'écart-type, indicateur qui mesure la dispersion d'une série de données, de l'accessibilité potentielle localisée entre les « territoires de vie-santé » est de 756 équivalents temps plein.

⁵² Articles L. 314-1, R. 314-2 et R. 314-3 du code de l'action sociale et des familles.

⁵³ Décret n° 2016-502 du 22 avril 2016.

⁵⁴ L'aide sociale départementale est un ensemble de prestations et de services (Apa, prestation de compensation du handicap, etc.) mis en place et financés par le département, destinés à accompagner les personnes les plus

vaut habilitation à accueillir des bénéficiaires de l'aide sociale⁵⁵. Cette habilitation entraîne la tarification obligatoire du service par le Département, tandis qu'un Saad peut être tarifé sans pour autant être habilité. Elle constitue également un outil de pilotage.

- *La signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens*

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, conclus entre le Département et les services d'aide et d'accompagnement à domicile, constituent un instrument privilégié de régulation et de pilotage de l'offre. Ils permettent d'inscrire l'action des Saad dans un cadre contractuel pluriannuel, offrant à la fois de la visibilité aux gestionnaires et des leviers de suivi au Département.

Ces contrats participent à la déclinaison opérationnelle des orientations du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale⁵⁶. Ils peuvent également favoriser la structuration territoriale de l'offre d'aide à domicile et la mise en œuvre de leur mission au service du public. Dans leur contenu, ils précisent notamment les catégories de bénéficiaires accompagnés sur une période donnée, les zones géographiques desservies et les modalités d'intervention. Ils définissent aussi les objectifs poursuivis, les moyens mobilisés, ainsi que les engagements relatifs à la participation aux actions de prévention de la perte d'autonomie et à l'optimisation des parcours des personnes âgées⁵⁷.

2.2.3.2 Des outils de pilotage de l'offre encore insuffisamment mobilisés par le Département, malgré la relance récente des audits

L'ensemble des leviers mentionnés précédemment sont insuffisamment mobilisés par le Département afin de piloter l'offre en faveur des personnes âgées dépendantes.

Les autorisations d'activité des Saad, délivrées par le Département ou issues de la réforme de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, ne sont pas géographiquement restrictives à l'exception des 17 Saad publics, majoritairement des centres communaux et intercommunaux d'action sociale. Les autres, soit 137 Saad, sont libres d'intervenir dans tout le département du Pas-de-Calais sans limitation territoriale de leur activité. Celle-ci n'est donc ni régulée, ni pilotée à l'échelle infra-départementale en fonction des besoins de la population sauf pour les Saad publics.

Cette situation s'explique, pour partie, par la réforme du régime des autorisations et des agréments, introduite par la loi précitée. En effet, coexistaient, jusqu'en 2015, des Saad agréés par les services de l'État sans restriction de zone d'activité et des Saad autorisés par le Département. Dans une logique d'uniformisation des exigences et des garanties, la loi a organisé la bascule automatique dans le régime de l'autorisation des Saad prestataires ex-agrégés qui interviennent auprès des personnes âgées dépendantes. Leur zone d'intervention demeure celle prévue dans le cadre de leur agrément. Le département du Pas-de-Calais a hérité d'une situation historique qui a réduit ses marges de manœuvre pour réguler son offre de Saad.

fragiles ou en difficulté, lorsque leurs ressources personnelles sont insuffisantes pour couvrir leurs besoins essentiels (articles L. 111-1 et L. 121-1 et suivants du CASF).

⁵⁵ Article L. 313-6 du code de l'action sociale et des familles.

⁵⁶ Article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles.

⁵⁷ Cf. liste exhaustive à l'article L. 313-11-1 du code de l'action sociale et des familles.

Pour le reste, l'absence de régulation s'explique par le choix du Département de ne pas se saisir des outils à sa disposition. En effet, une majorité de Saad étaient déjà sous le régime de l'autorisation, laquelle n'introduisait aucune restriction territoriale de l'activité.

Corolaire de l'uniformisation du régime d'autorisation des Saad, l'article 46 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement a permis au Département de conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec les Saad de son territoire, afin de mieux réguler et structurer l'offre d'accompagnement pour répondre aux besoins identifiés sur son territoire.

Or, 65 Saad sur 154 au total seraient à ce jour couverts par un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens⁵⁸. Alors que tous ces contrats prévoient, en leur article 2, que « conformément à la loi d'adaptation de la société au vieillissement, une zone d'intervention sera déterminée par la voie d'un avenant pour chaque service d'aide à domicile, basée sur les heures effectuées lors de l'année N-1 de la signature de cet avenant », aucun document de ce type n'a été produit par le Département durant la présente évaluation de la chambre pour la majorité d'entre eux. À l'inverse, les contrats d'objectifs et de moyens conclus avec la fédération ADMR du Pas-de-Calais et le groupe Filiéris précisent la zone d'intervention des Saad.

L'article 5 de ces contrats définit « des objectifs à atteindre relatifs à l'inscription dans les politiques publiques transversales ». Le constat qui les fonde est strictement le même pour tous les contrats. Les objectifs, par exemple « de dynamique de coopération parcours » ou « d'aide aux aidants », sont également identiques, tout comme les fiches actions qui les détaillent.

Enfin, très peu de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sont évalués à leur expiration. Le Département en a évalué 29 en 2018. Entre 2019 et 2024, il n'a réalisé aucun audit. Depuis 2025, il a lancé une nouvelle vague de 24 audits dans le cadre de la renégociation des contrats arrivant à expiration. Cette relance des audits confirme sa volonté de piloter davantage l'offre d'accompagnement.

Entre un héritage historique et une mobilisation insuffisante des outils à sa disposition, le Département ne procède pas à une régulation de l'offre d'accompagnement sur son territoire, alors que des outils ont été prévus par le législateur et que cette régulation relève de son rôle aux termes de la loi. L'engagement récent dans un renforcement des audits manifeste cependant sa volonté de, désormais, mieux piloter les Saad.

En réponse au rapport d'évaluation provisoire, le président du conseil départemental indique qu'un travail, en lien avec l'Agence régionale de santé des Hauts-de-France, a été conduit afin que 15 services d'autonomie à domicile mixtes disposent d'une zone d'intervention pilotée et délimitée dans le cadre de la réforme de services d'aide à domicile.

⁵⁸ Le département a produit 65 CPOM à la demande de la chambre.

2.2.3.3 Une adéquation imparfaite de l'offre et de la demande

La chambre a évalué l'adéquation de l'offre et de la demande d'accompagnement des personnes âgées dépendantes dans le Pas-de-Calais. Pour ce faire, elle a établi un zonage permettant de qualifier les déséquilibres territoriaux.

Méthode d'adéquation relative de l'offre et de la demande

Cette méthode repose sur le croisement des données relatives à l'offre disponible et l'intensité de besoins. Afin de mesurer le niveau d'offre d'accompagnement sur chaque territoire de vie-santé, les indicateurs retenus reflètent la capacité de ce dernier à proposer des prestations et à mobiliser des ressources en réponse aux besoins des personnes âgées dépendantes. À titre d'illustration, la chambre a utilisé les accessibilités potentielles localisée aux résidences autonomie, aux services autonomie à domicile, à la médecine générale et aux infirmiers libéraux.

Du côté des besoins, les indicateurs utilisés pour chaque territoire de vie-santé sont, par exemple, le Gir moyen, la part des bénéficiaires girés rapportée à la population des 65 ans et plus⁵⁹, la prévalence des affections de longue durée parmi les bénéficiaires girés, la consommation moyenne de psychotropes.

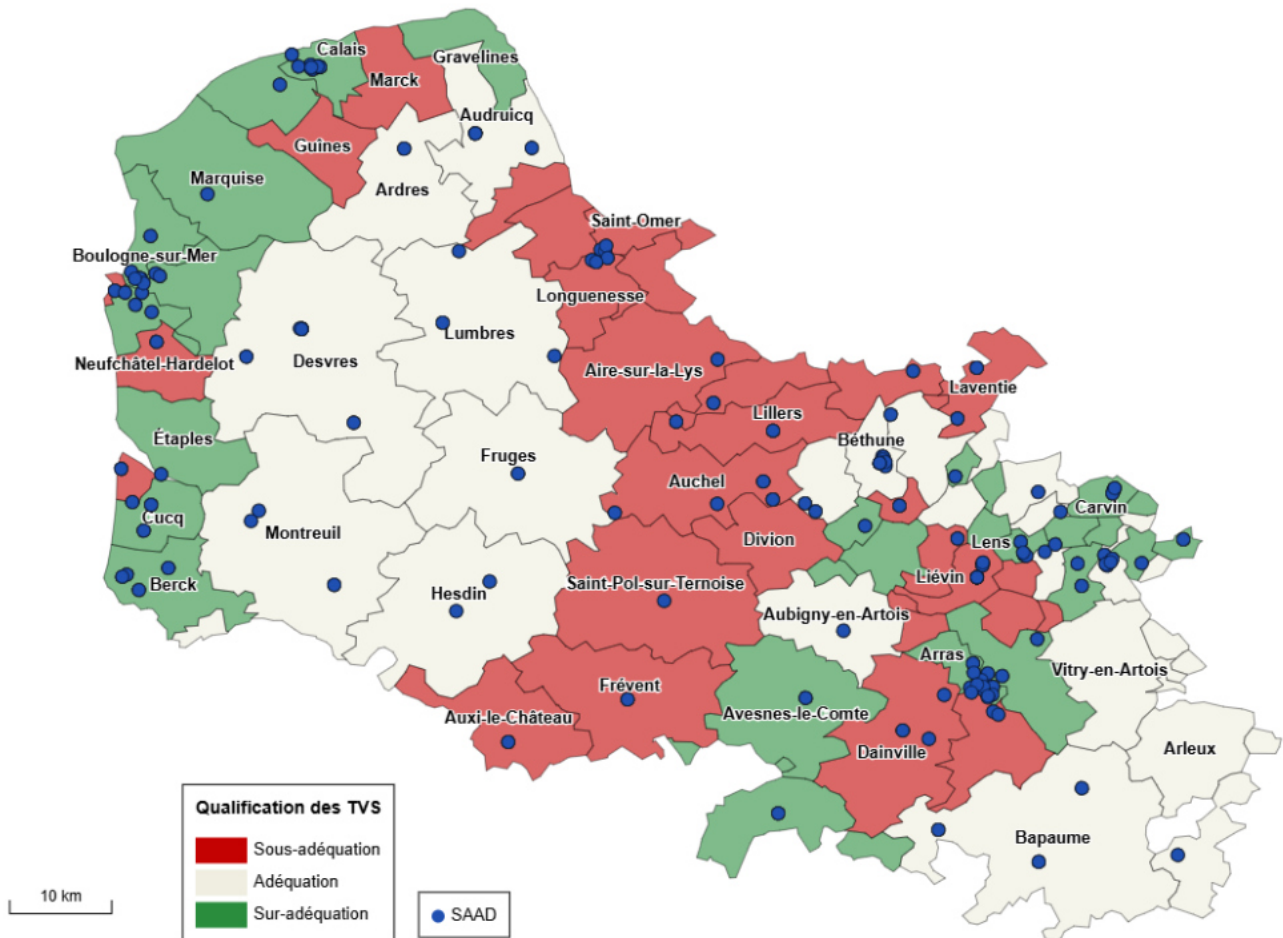
L'ensemble des indicateurs est équipondéré, chacun contribuant de manière égale à la caractérisation de l'offre et de la demande d'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Face à l'hétérogénéité des unités d'œuvre des indicateurs utilisés, la chambre a transformé les résultats bruts en scores comparables sur une même échelle (échelle de 1 à 4) grâce à la méthode du z-score⁶⁰. Cela permet de mesurer, pour chaque territoire, l'écart à la moyenne départementale de chaque variable, en tenant compte de la dispersion globale.

Chaque territoire de vie-santé a été positionné en fonction de l'écart entre son score (besoin ou offre) et la moyenne départementale. Cette méthode, fondée sur le calcul des z-scores, permet de comparer l'ensemble des territoires à une référence commune et de mettre en évidence leurs dynamiques relatives. Les 81 territoires du département ont ainsi été répartis en quartiles, distinguant quatre niveaux d'intensité (très faible, faible, modéré, fort), tant pour l'offre que pour les besoins. À partir de ce double classement, une typologie a été élaborée afin d'identifier les situations d'équilibre ou de désajustement, par exemple lorsque besoins et offre apparaissent tous deux faibles, traduisant une forme d'adéquation locale.

⁵⁹ En l'absence de données nationales disponibles pour les 60-65 ans, la chambre a choisi comme borne d'entrée les personnes de 65 ans et plus. Le biais, s'il existe, est néanmoins très limité, puisque seulement 1,5 % des bénéficiaires ont moins de 65 ans.

⁶⁰ Le z-score permet de centrer et réduire chaque variable i retenue sur le territoire j , c'est-à-dire $\forall i [1, X], \forall j [1, N], z_{i,j} = (x_{i,j} - \bar{x}_i) / \sigma_i$ où $x_{i,j}$ est la variable i pour le territoire j , \bar{x}_i est la moyenne de la variable i sur l'ensemble des territoires et σ_i est l'écart type de la variable i sur l'ensemble des territoires. Une fonction de répartition Φ est ensuite appliquée à chaque $z_{i,j}$, où Φ désigne la fonction de répartition d'une loi normale centrée réduite ($\Phi(z_{i,j}) = P(Z \leq z_{i,j})$, avec $Z \sim \mathcal{N}(0,1)$). *In fine*, le score obtenu $Z_{i,j}$ est calculé comme suit, $Z_{i,j} = 1 + 3 \cdot \Phi(z_{i,j})$. Ainsi $Z_{i,j}$ tend vers 1 si la valeur est très inférieure à la moyenne, $Z_{i,j}$ tend vers 4 si elle est très supérieure et $Z_{i,j}$ tend vers 2,5 si elle est proche de la moyenne.

Carte n° 2 : Adéquation entre les besoins des bénéficiaires et l'offre d'accompagnement selon le territoire de vie-santé



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du Département et de la Drees.

Sur les 81 territoires de vie-santé du Pas-de-Calais, seuls 25 présentent une adéquation entre l'offre d'accompagnement et le niveau de besoin constaté, caractérisée par des couples cohérents tels que « besoin faible / offre faible » ou « besoin modéré / offre modérée ». À l'inverse, 56 territoires présentent une inadéquation entre l'offre et les besoins observés. Parmi eux, 28 sont en situation de sous-adéquation, marquée par une offre inférieure aux besoins identifiés. Les 28 autres territoires se caractérisent par une sur-adéquation, dans laquelle l'offre disponible excède le niveau des besoins mesurés.

Dans seulement un tiers des cas, l'offre et la demande d'accompagnement sont régulées. L'intervention des pouvoirs publics, ici le Département, semble indispensable pour contribuer à un meilleur accompagnement des personnes âgées dépendantes. Le mécanisme de la « main invisible » d'Adam Smith⁶¹ et l'allocation Pareto optimale des ressources semblent quasi-inatteignables en l'absence d'auto-régulation de l'offre et de la demande d'accompagnement.

⁶¹ Théorisée dans la *Richesse des Nations* (1776), la main invisible symbolise la capacité des marchés libres à auto-organiser l'économie et à produire des résultats socialement souhaitables, grâce à l'initiative individuelle.

En réponse à la question évaluative posée, il ressort que la politique d'Apa à domicile du département du Pas-de-Calais n'est pas pleinement en cohérence avec les besoins et les caractéristiques des bénéficiaires, ni avec les spécificités territoriales. L'absence de connaissance consolidée et structurée de la population bénéficiaire limite la capacité de la collectivité à piloter sa politique d'accompagnement des personnes âgées dépendantes. D'autre part, l'offre d'accompagnement des personnes âgées dépendantes n'est pas régulée à l'échelle infra-départementale, ce qui se traduit par des déséquilibres : certains territoires sont sous-dotés, tandis que d'autres présentent une densité d'offre excédant les besoins locaux.

La chambre recommande de réguler territorialement l'offre d'aide à domicile dans le Pas-de-Calais, en mobilisant l'ensemble des outils prévus par le code de l'action sociale et des familles, comme la réévaluation des autorisations d'activité, en particulier la zone d'intervention, à l'occasion de la révision du schéma de l'autonomie, en 2027, la signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens complets et adaptés à la structure de chaque Saad, ou la réalisation d'audits à un rythme plus soutenu.

<p>Recommandation n° 4. Réguler territorialement l'offre d'aide à domicile dans le Pas-de-Calais, en mobilisant l'ensemble des outils prévus par le code de l'action sociale et des familles.</p>
--

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La chambre a évalué la cohérence entre les objectifs nationaux et départementaux en matière d'accompagnement des personnes âgées dépendantes à domicile. Il ressort de son analyse que ces objectifs apparaissent alignés : les principes directeurs fixés par le législateur et les orientations issues de la convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'État et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie trouvent un prolongement dans les schémas de l'autonomie du Pas-de-Calais. Toutefois, le Département n'a pas défini d'objectifs propres aux interventions financées par l'Apa à domicile, ni établi d'indicateurs chiffrés permettant d'en mesurer l'atteinte. Alors qu'il est chef de file de l'action sociale et pilote du service public départemental de l'autonomie, il manque de priorités locales objectivées et mesurables pour l'Apa qu'il gagnera à définir dans le cadre de son futur schéma de l'autonomie 2028-2032.

La chambre a également examiné dans quelle mesure la politique d'Apa à domicile conduite par le Département intègre effectivement les caractéristiques et les besoins des bénéficiaires, ainsi que ceux propres aux territoires. Alors que cette politique lui coûte chaque année plus de 200 M€, les modes d'intervention à domicile financés par l'Apa ne tiennent pas suffisamment compte des besoins et des caractéristiques des usagers. L'analyse a ainsi mis en évidence deux constats principaux.

D'une part, le Département dispose d'une connaissance insuffisante des personnes âgées dépendantes sur son territoire, alors que ses bases de données internes sont riches et que ses services déconcentrés, les maisons de l'autonomie, sont actives dans les territoires. Comme l'illustre le travail d'identification des profils types, les besoins des publics accompagnés se révèlent très hétérogènes. Le Département a tout intérêt à dresser régulièrement l'état des lieux, multidimensionnel, de leurs caractéristiques et de leurs besoins, afin de mieux connaître la population accompagnée.

D'autre part, l'offre d'accompagnement apparaît moins dense dans le Pas-de-Calais que dans les autres départements. Les indicateurs de couverture et d'accessibilité potentielle localisée, qui traduisent la capacité d'un territoire à répondre aux besoins d'autonomie, demeurent inférieurs aux moyennes régionale et nationale. Bien que ce contexte ne soit pas imputable au Département, un pilotage de l'offre est nécessaire. Or, malgré les outils mis à sa disposition par le législateur, la régulation par le Département reste insuffisante : les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, le pilotage des autorisations d'activité et l'habilitation à l'aide sociale sont faiblement mobilisés. Il en résulte des inégalités marquées entre territoires, certains ayant une offre surabondante, d'autres souffrant de pénurie relative. Il importe de réguler territorialement l'offre d'aide à domicile dans le Pas-de-Calais, en mobilisant tous les outils prévus par le code de l'action sociale et des familles.

3 UNE MISE EN ŒUVRE DE L'APA A DOMICILE QUI NE GARANTIT PAS LE MAINTIEN DE LA QUALITE DE VIE DES BENEFICIAIRES DANS LE PAS-DE-CALAIS

Dans cette partie, la chambre s'est attachée à répondre à la question suivante : *dans quelle mesure le modèle d'interventions financées par l'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes à domicile dans le Pas-de-Calais concourt-il à maintenir la qualité de vie des bénéficiaires ?*

La notion de qualité de vie est multidimensionnelle, articulant des notions à la fois objectives – conditions matérielles d'existence, état de santé, environnement, sécurité – et subjectives – bien-être ressenti, satisfaction dans les différents domaines de l'existence. Progressivement, elle s'impose comme un critère d'évaluation des politiques publiques, en particulier dans le champ médico-social et sanitaire⁶².

Selon les travaux de Monique Formanier⁶³, fondés sur la grille d'analyse proposée par Alain Leplège⁶⁴, la qualité de vie s'organise autour de quatre grands domaines : l'état physique, entendu comme le degré d'autonomie et les capacités fonctionnelles ; les sensations somatiques, incluant symptômes, douleur et effets de traitements ; l'état psychologique, marqué notamment par l'émotivité, l'anxiété ou la dépression ; enfin, les relations sociales et le rapport à l'environnement, qu'il soit familial, amical ou professionnel. L'Insee⁶⁵, dans une approche complémentaire, souligne que la qualité de vie ne saurait être assimilée au seul niveau de vie et propose une grille plus large intégrant huit dimensions : conditions matérielles, santé, éducation, emploi, relations sociales, sécurité, engagement civique, environnement et bien-être subjectif.

La chambre a décliné ce cadre théorique en trois axes d'analyse. Elle a d'abord examiné l'accès effectif des bénéficiaires de l'Apa à domicile à leurs droits et leur capacité à les exercer. Elle a ensuite évalué les conditions du maintien à domicile et l'évolution de leur état physique. Enfin, elle a analysé la qualité de la prise en charge et des prestations délivrées.

Commentaire : Le nom et le lieu de résidence des personnes mentionnées dans les encadrés ont été modifiés pour ne permettre aucune réidentification sur la base de ces témoignages.

3.1 Un accès aux droits relativement étendu, mais des limites dans la capacité des bénéficiaires à les exercer dans les faits

Dans cette sous-partie, la chambre propose des éléments de réponse à la sous-question suivante : *dans quelle mesure le modèle d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile du Pas-de-Calais permet-il un accès effectif aux droits des bénéficiaires ?*

⁶² OMS, *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)*, *Social Science & Medicine*, 1995.

⁶³ Monique Formanier, *Les concepts en sciences infirmières*, 2012.

⁶⁴ Alain Leplège, *Les mesures de la qualité de vie*. Ed PUF, col Que Sais-je, 1999.

⁶⁵ Insee, *Mesurer la qualité de vie*, 2011.

Pour y répondre, l'analyse a été structurée en quatre séquences complémentaires. La chambre a d'abord examiné les conditions d'accès formel aux droits des personnes âgées dépendantes. Elle s'est ensuite attachée à apprécier l'égalité de traitement des bénéficiaires lors de l'évaluation de leur niveau de dépendance. Enfin, elle a évalué les modalités effectives d'exercice de ces droits, tant dans le fonctionnement courant de l'Apa à domicile que dans le cadre des mesures récentes d'optimisation budgétaire mises en œuvre par le Département.

3.1.1 Un accès aux droits relativement étendu dans le Pas-de-Calais, mais des marges de progrès existent

3.1.1.1 Un recours à l'Apa à domicile plus important dans le Pas-de-Calais

La proportion de personnes âgées bénéficiaires de Apa, qu'elles vivent à domicile ou en établissement, s'élève en moyenne, au niveau national, à 7,6 % de la population âgée de 60 ans et plus sur la période 2018-2022. Ce taux est légèrement supérieur dans les départements comparables (7,8 %) et ceux de la région Hauts-de-France (8,4 %). Le Pas-de-Calais se distingue toutefois par un niveau sensiblement plus élevé (10,5 %, soit un écart de près de trois points avec la moyenne nationale). Cette situation rejoint les constats du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge⁶⁶, selon lesquels la proportion d'allocataires de l'Apa s'établit à 7,3 % pour l'ensemble des départements, mais demeure plus élevée dans le Pas-de-Calais que dans la plupart des autres territoires.

Cette spécificité se retrouve avec encore plus d'acuité pour le domicile. Dans le Pas-de-Calais, la part d'allocataires parmi les personnes âgées de 60 ans et plus atteint 7,7 %, soit un niveau supérieur à ceux observés nationalement (4,5 %), dans les départements comparables (4,9 %), et dans ceux des Hauts-de-France (5,4 %). Le département se caractérise donc par une mobilisation plus fréquente de l'Apa au profit du maintien à domicile.

L'analyse du taux de couverture des incapacités confirme cette singularité. En moyenne nationale, le Haut Conseil évalue ce taux à 51 % des personnes âgées présentant des incapacités, avec une répartition de 46 % pour celles à caractère modéré et de 66 % pour les limitations sévères. Le Pas-de-Calais se situe au-dessus de ces niveaux, tant pour les premières que pour les secondes, et enregistre un taux de couverture des incapacités totales supérieur au reste des départements.

Les données disponibles mettent ainsi en évidence un recours à l'Apa plus étendu dans le Pas-de-Calais qu'ailleurs, particulièrement pour l'aide à domicile, et une couverture des incapacités plus large.

3.1.1.2 Une mobilisation trop limitée des dispositifs fiscaux en faveur des bénéficiaires de l'Apa à domicile

Les bénéficiaires de l'Apa à domicile sont éligibles au crédit d'impôt relatif aux services à la personne. Prévu à l'article 199 *sexdecies* du code général des impôts, il ouvre droit, pour les contribuables domiciliés en France, à la prise en charge de 50 % des dépenses engagées au

⁶⁶ HCFEA, *Situations et perspectives départementales en termes de besoins, de recours et d'offre*, décembre 2023.

titre des services à la personne rendus à leur résidence⁶⁷. Ce dispositif complète l’allocation, en allégeant la charge financière des usagers, et constitue, *de facto*, un élément structurant de leur accès effectif aux droits.

À partir du fichier *Pote*⁶⁸ 2023 de la Direction générale des finances publiques, la chambre a examiné le recours au crédit d’impôt par les ménages dont les occupants sont âgés de 60 ans et plus⁶⁹. L’analyse fait apparaître que 279 552 foyers fiscaux ont mobilisé ce dispositif en 2023, dont 188 113 foyers composés d’une seule personne et 91 409 ménages composés de deux personnes. Ce sont au total 370 931 bénéficiaires qui ont eu recours au crédit d’impôt pour services à la personne, pour un coût de 573 M€, soit un montant moyen de 1 545 € par bénéficiaire.

Dans le Pas-de-Calais, 6 682 ménages ont utilisé ce dispositif, représentant 8 625 bénéficiaires, pour un coût total de 10,9 M€, soit un coût moyen de 1 261 € par personne. Ce montant apparaît sensiblement inférieur à celui observé dans les départements comparables (2 004 € par senior) et à celui constaté dans les Hauts-de-France (1 537 €). Rapporté au nombre de bénéficiaires de l’Apa à domicile, 30 % d’entre eux ont bénéficié de ce dispositif, contre 47 % à l’échelon national.

Tableau n° 4 : Recours au dispositif de crédit d’impôt relatif aux services à la personne en 2023

	Nombre de foyers	Nombre de bénéficiaires	Coût total en €	Coût/bénéficiaire en €
France	279 552	370 931	573 219 961	1 545
Départements comparables	24 954	32 651	65 448 504	2 004
Région Hauts-de-France	19 218	25 028	38 467 535	1 537
Pas-de-Calais	6 682	8 625	10 879 138	1 261

Source : chambre régionale des comptes, à partir du fichier « POTE » de la DGFIP.

Bien que le recours au crédit d’impôt pour l’emploi d’une aide à domicile existe dans le Pas-de-Calais, son niveau demeure relativement limité en comparaison des autres territoires. L’amélioration de l’accès à ce droit constitue une marge de manœuvre pour l’ensemble des acteurs locaux accompagnant les personnes âgées dépendantes : le Département, les services d’aide à domicile, les centres communaux et intercommunaux d’action sociale, etc. Au-delà, le rôle des services de l’État en la matière est également souligné par le Département.

⁶⁷ Les dispositions fiscales prévoient que seules les sommes restant à la charge du contribuable après déduction de l’Apa sont éligibles à ce crédit d’impôt. Ainsi, lorsqu’une personne engage des dépenses d’aide à domicile, l’Apa versée par le département vient en déduction de la dépense éligible, le crédit d’impôt étant calculé sur la participation financière et le reste à charge extra-légal.

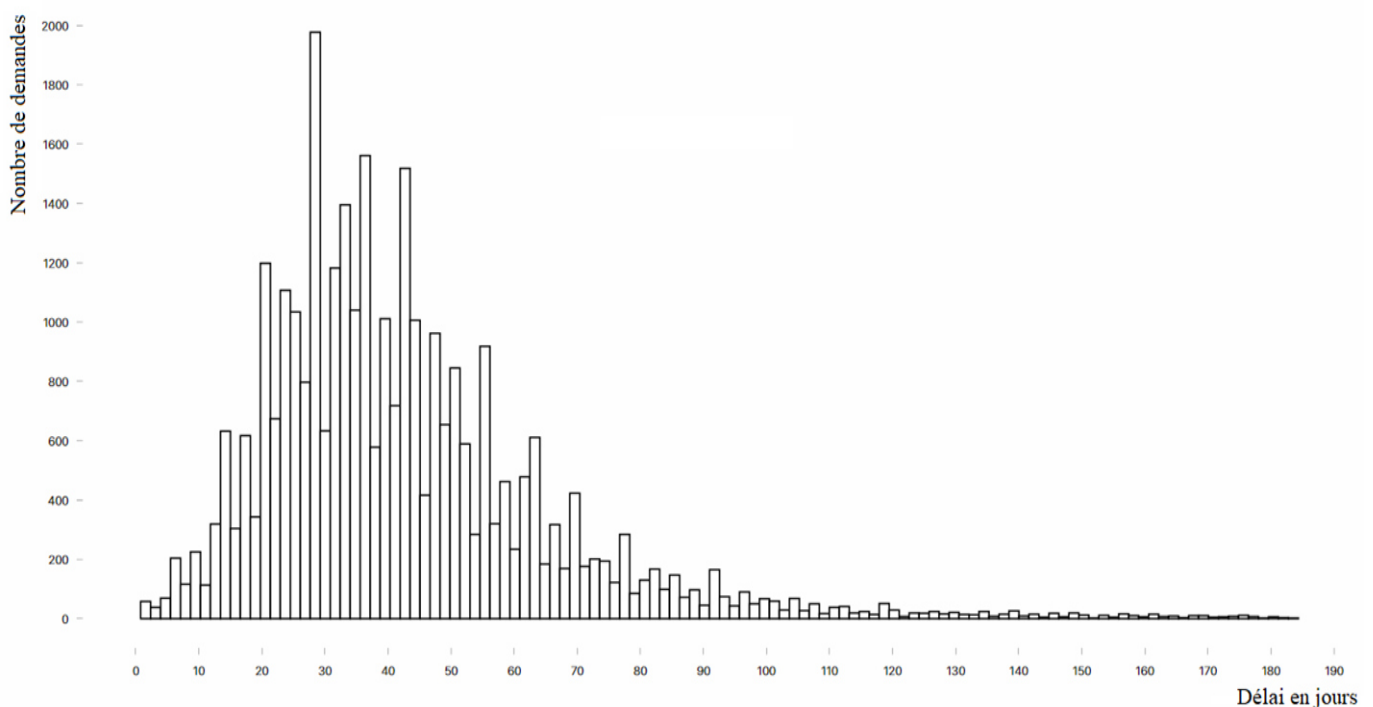
⁶⁸ Le fichier « Pote » rassemble les informations recensées à l’occasion de la déclaration des revenus grâce au formulaire n° 2042. Au cas d’espèce, il permet de décrire, par département et pour des tranches d’âges plus fines que celles disponibles en libre accès, la distribution des revenus fiscaux, le mode de cohabitation et la mobilisation du crédit d’impôt relatif au service à la personne.

⁶⁹ Le crédit d’impôt s’applique à tous les services à la personne, ce qui introduit un biais d’analyse limité, puisque la quasi-totalité des aides déclarées par les foyers de 60 ans et plus concernent, directement ou indirectement, les allocataires de l’Apa à domicile. Sur les 386 807 types d’aides déclarés par les foyers composés de personnes de 60 ans et plus, 358 781 types d’aides concernent les bénéficiaires de l’Apa à domicile.

3.1.1.3 Des délais de notification des décisions d'Apa à domicile non respectés dans un cas sur cinq

En vertu de l'article L. 232-14 du code de l'action sociale et des familles, le président du conseil départemental dispose d'un délai de deux mois à compter de la date du dépôt du dossier de demande complet pour notifier sa décision relative à l'Apa. Entre 2019 et 2025, la durée médiane d'instruction des demandes d'Apa à domicile s'élève à 38 jours. Elle est stable d'une année sur l'autre, sauf en 2023, au cours de laquelle la médiane atteint 43 jours⁷⁰. Pour autant, environ 20 % des demandes excèdent la durée légale de deux mois. Parmi ces 20 % dont la durée d'instruction n'est pas conforme à la loi, la grande majorité des demandes ne dépasse toutefois pas 90 jours, comme l'illustre le graphique n° 6.

Graphique n° 6 : Distribution des demandes selon leur délai d'instruction



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du Département.

Note de lecture : près de 2 000 demandes ont un délai d'instruction total de 28 jours.

L'expiration du délai de deux mois oblige, en théorie, l'administration à accorder de plein droit une aide forfaitaire égale à 50 % du tarif national du Gir 1⁷¹, engendrant un surcoût potentiellement significatif (20,9 M€) pour l'Apa à domicile. Dans la pratique, le Département n'applique cependant pas ce montant forfaitaire, contrevenant ainsi à ses obligations.

⁷⁰ 328 913 demandes pour 89 241 bénéficiaires de l'Apa à domicile ont été analysées. Les valeurs négatives et supérieures à 183 jours ont été supprimées. Pareillement, les mesures administratives de révision des plans d'aide sont neutralisées.

⁷¹ En 2025, le plafond légal du Gir 1 s'élève à 2 045,56 € par mois.

Dans l'ensemble, l'accès aux droits des bénéficiaires est relativement assuré, notamment à travers le taux de recours à l'Apa à domicile et la couverture des incapacités sévères et modérées. Des marges de progrès persistent néanmoins en matière de mobilisation des dispositifs fiscaux et des délais d'instruction des demandes d'Apa à domicile. La persistance de dépassements récurrents des délais légaux témoigne d'une organisation encore trop peu efficiente et expose la collectivité à des charges financières accrues, en sus de limiter l'accès aux dispositifs d'accompagnement pour les personnes âgées dépendantes concernées.

En réponse au rapport d'évaluation provisoire, le président du conseil départemental indique plusieurs motifs susceptibles d'expliquer le dépassement de la durée réglementaire d'instruction des dossiers de demande d'Apa dont l'impossibilité d'effectuer une visite sur place en raison de l'hospitalisation ou de l'absence de la personne. Il évoque également le délai supplémentaire laissé aux demandeurs pour un retour quant à l'acceptation ou au refus de leur plan d'aide en raison de la fragilité de ce public. Il ajoute que « *la direction de l'autonomie et de la santé a réaffirmé auprès de l'ensemble des maisons de l'autonomie, le cadre réglementaire* ».

3.1.2 Une égalité de traitement incertaine dans l'évaluation du niveau de dépendance

3.1.2.1 Un référentiel national aux effets de seuil significatifs

- *La grille Aggir, référentiel national partagé par les départements pour appréhender le niveau de dépendance des personnes âgées en perte d'autonomie*

Conformément à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles, l'Apa à domicile est accordée à toute personne attestant d'une résidence stable et régulière et remplissant les conditions d'âge et de perte d'autonomie. Cette dernière est appréciée au moyen du référentiel national *Aggir*, dont l'application revêt un caractère obligatoire pour les équipes départementales chargées d'évaluer les demandes d'Apa. Cette grille repose sur l'évaluation de la capacité de la personne à faire 17 activités : 10 dites « corporelles et mentales » et sept dites « domestiques ».

Le degré de perte d'autonomie est coté selon trois modalités pour chaque critère : « A » pour activité réalisée, « B » pour activité partiellement réalisée, « C » pour activité non-réalisée. La cotation se fait en deux temps. Dans un premier temps, si la personne ne fait jamais seule l'activité, même partiellement et même difficilement, s'il faut faire à sa place ou tout refaire en totalité et à chaque fois, l'activité est cotée « C ». Dans un second temps, si l'activité n'est pas évaluée « C », l'équipe médico-sociale répond par « oui » ou « non » à quatre questions concernant les adverbes « spontanément », « totalement », « habituellement » et « correctement »⁷² pour déterminer la modalité « B » ou « A » dans la réalisation de l'activité. Si la réponse à l'une de ces quatre questions est non, l'activité est classée « B ».

⁷² « Spontanément » correspond à la situation dans laquelle il n'existe pas d'incitation ou de stimulation, « totalement » indique que l'ensemble des activités du champ analysé est réalisé, « habituellement » fait référence au temps et à la fréquence de réalisation, et « correctement » recouvre la qualité de la réalisation, la conformité aux usages et la sécurité vis-à-vis de soi et des autres.

Les données recueillies sont ensuite traitées par un algorithme de calcul unique qui permet de classer les demandeurs selon leur niveau de perte d'autonomie⁷³. En pratique, seules huit activités sont intégrées dans le calcul du Gir (cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts et déplacements intérieurs), le reste concourant à l'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée en perte d'autonomie. Le score sortant de l'algorithme permet de classer la personne dans l'un des six niveaux de Gir et conditionne le montant de l'allocation. Le plan d'aide ne peut excéder un montant plafond associé à chaque niveau de Gir.

La grille *Aggir*, référentiel national et support de la définition du plan d'aide, embrasse un champ d'évaluation relativement étendu, couvrant à la fois les dimensions corporelles, mentales et domestiques de l'existence quotidienne. Par cette approche, le dispositif vise à appréhender de manière globale la situation du bénéficiaire, en intégrant des variables multiples qui influencent directement son autonomie, et partant, la nature et l'ampleur de l'aide qui peut lui être octroyée.

- *Un outil national avec d'importants effets de seuil*⁷⁴

Selon les constats établis par le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge⁷⁵, plusieurs limites affectent la pertinence et la portée opérationnelle de la grille *Aggir* en tant qu'instrument d'évaluation du niveau de dépendance.

En premier lieu, cette grille n'avait pas vocation à mesurer le coût associé aux prises en charge et à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, ni à contribuer à la définition du plafond d'aide selon le Gir⁷⁶. S'ajoute le fait qu'elle a été élaborée selon une logique d'éligibilité de l'Apa en établissement et non à domicile. L'outil ne reflète donc pas de manière adéquate la réalité des besoins spécifiques liés, par exemple, à la présence de troubles cognitifs lorsqu'une personne vit à domicile, situation dont les conséquences pratiques et le poids pour les proches-aidants diffèrent substantiellement d'une prise en charge en institution.

L'analyse des modalités de construction de ce référentiel met, de surcroît, en évidence qu'il n'est pas totalement adapté pour servir au repérage des personnes en perte d'autonomie. Fondée sur l'évaluation de huit activités et sur trois niveaux de cotation, la grille *Aggir* permet théoriquement de dégager 6 561 configurations⁷⁷ de restrictions d'activité. Toutefois, moins de 40 % de ces combinaisons sont observées en pratique, certaines apparaissant d'ailleurs incohérentes⁷⁸. En réalité, seules 2 510 configurations, soit 38 % des combinaisons théoriquement possibles pour les Gir 1 à 4, sont effectivement rencontrées parmi les bénéficiaires de l'Apa âgés de plus de 75 ans.

⁷³ Article R. 232-3 du code de l'action sociale et des familles.

⁷⁴ Un effet de seuil désigne une situation dans laquelle le franchissement d'une limite quantitative ou qualitative produit un changement disproportionné par rapport à la variation initiale.

⁷⁵ HCFEA, *ibid.*

⁷⁶ Dès 2007, le rapport Gisserot soulignait qu'un « élément de perturbation dans l'application de la grille *Aggir* provient du fait qu'elle remplit une double fonction : une fonction « biomédicale » d'évaluation de l'état de la personne pour ouvrir les droits à l'Apa ; une fonction de détermination du niveau d'aide susceptible d'être financé par l'Apa. Or la grille n'a pas été validée pour cette seconde fonction [...] ».

⁷⁷ La notion de configuration de restriction d'activité désigne la synthèse des cotations sur l'ensemble des huit restrictions d'activité entrant dans le calcul du Gir.

⁷⁸ Par exemple, le cas d'une personne cotée « A » sur l'item « alimentation » (préparation correcte et spontanée des repas), alors qu'elle serait cotée « C » pour l'ensemble des autres activités.

Une analyse approfondie de l'algorithme *Aggir* conduite par le Haut Conseil identifie, par ailleurs, cinq conditions alternatives permettant, appliquées successivement, de couvrir l'ensemble des personnes éligibles à l'Apa. Cette limite méthodologique peut conduire à exclure certaines catégories de personnes âgées dont la perte d'autonomie est médicalement avérée mais qui ne satisfont pas aux critères de la grille. C'est notamment le cas des personnes présentant des troubles cognitifs sans autres restrictions d'activité. L'algorithme de *scoring* présente ainsi des effets de seuil marqués qui ont une incidence sur l'éligibilité à l'Apa : le changement de cotation sur l'un des huit items suffit à modifier l'accès au dispositif pour près d'un individu sur cinq. Les axes « cohérence », « orientation » et « déplacements intérieurs » n'ont que peu d'effet sur la définition du Gir et seule la cotation « C » pour les différentes restrictions d'activité semble déterminante pour le classement dans un Gir donné.

- *Des limites nationales du référentiel Aggir corroborées au niveau local*

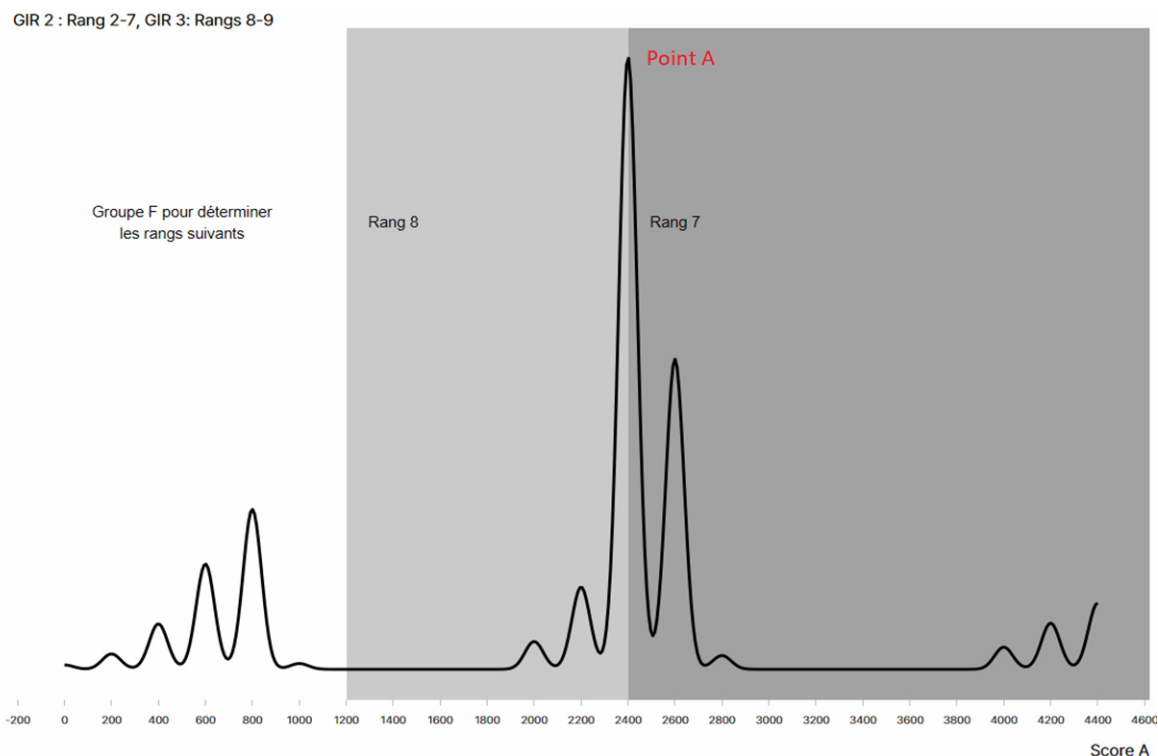
À partir des données issues de 108 519 évaluations en Gir 1 à 6 depuis 2018⁷⁹, et après reconstitution de l'algorithme de *scoring* par la chambre⁸⁰, il ressort que la grille *Aggir* présente d'importants effets de seuil pour tous les Gir de l'Apa à domicile. Ainsi, 2 176 bénéficiaires se situent dans une zone de sensibilité, à plus ou moins 100 points du score déterminant le passage du Gir 2 au Gir 1. Dans ce contexte, la modification d'une seule cotation relative à l'une des huit restrictions d'activité suffit à entraîner un reclassement du demandeur dans un Gir supérieur, ouvrant droit à un plafond d'aide sensiblement plus élevé. Le constat est encore plus significatif pour le passage du Gir 3 au Gir 2 : 6 390 bénéficiaires se trouvent à proximité immédiate du seuil critique correspondant au Gir 2 et au Gir 3.

Alors que la conception théorique de l'outil supposerait une faible densité de bénéficiaires autour de ces seuils afin de limiter les effets de marge, l'observation empirique montre au contraire une forte concentration dans ces zones, ce qui amplifie le risque de basculement d'un groupe iso-ressources à l'autre, sur la base d'une variation minimale de cotation. D'ailleurs, pour les autres rangs⁸¹, qui sont pourtant sans incidence sur le Gir, ces effets de marge sont beaucoup moins forts, comme l'illustre le graphique n° 7.

⁷⁹ Pour la constitution de cet échantillon, la chambre a retenu les 10 activités corporelles et mentales théoriquement discriminantes dans l'évaluation du Gir. Elle a aussi procédé au toilettage des données du département qui comportaient diverses incohérences comme, par exemple, des personnes classées en Gir 1 à 4, alors que l'ensemble de leurs activités est coté « A ».

⁸⁰ Voir annexe n° 2 du décret n° 97-427 du 28 avril 1997.

⁸¹ La cotation en Gir 1 à 4 se ventile, pour chaque Gir, en différents rangs. Le Gir 1 correspond au rang 1, le Gir 2 aux rangs 2 à 7, le Gir 3 aux rangs 8 à 9, et le Gir 4 aux rangs supérieurs ou égal à 10.

Graphique n° 7 : Distribution du score de l'algorithme de girage entre les Gir 2 et Gir 3

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du Département.

Note de lecture : le point A correspond au nombre de bénéficiaires dont le score de girage se situe à la limite entre le Gir 2 et le Gir 3. L'abscisse correspond au score, l'ordonnée au nombre d'évaluations.

Dans la continuité des analyses déjà conduites par le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, la chambre a examiné la volatilité de la grille *Aggir*, en adoptant une méthodologie distincte, bien que proche⁸².

Les effets demeurent substantiels en matière de répartition des bénéficiaires entre les Gir et d'éligibilité à l'Apa à domicile. Le passage d'une cotation de « B » vers « A » de l'ensemble des activités, soit une amélioration légère de la dépendance du bénéficiaire, conduit à une modification du Gir dans 14 % des cas, et une perte de l'accès à l'Apa dans 8 % des situations (i.e. correspondant à un reclassement en Gir 5 et 6). Les activités relatives à la toilette et à l'habillage apparaissent particulièrement sensibles : leur variation induit une modification du classement dans 39 % et 34 % des cas, et une perte de l'allocation dans respectivement 36 % et 30 % des cas. La bascule d'une cotation « C » vers « B » produit également des effets notables. En moyenne, 30 % des bénéficiaires connaissent un reclassement dans un autre Gir à l'issue de la simulation. L'éligibilité à l'Apa n'est toutefois que très peu affectée par ce changement (0,2 % en moyenne).

⁸² Là où le Haut Conseil procède à une variation directe de la cotation de « C » vers « A », la chambre a retenu une approche progressive, consistant à faire évoluer les cotations de « C » vers « B » ou de « B » vers « A » pour chacune des activités du référentiel.

Tableau n° 5 : Volatilité de la grille *Aggir*

Hypothèse	Modification de la cotation	Activité	Proportion de personnes avec un Gir différent	Proportion des personnes avec un perte ou un gain d'éligibilité
Perte potentielle d'éligibilité	B vers A	Total des 10 activités	14,3%	8,3%
		Toilette	38,9%	36,3%
		Habillage	34,2%	30,0%
	C vers A	Total des 10 activités	29,5%	0,2%
		Cohérence	72,2%	1,0%
		Transferts	64,4%	0,0%
Gain potentiel d'éligibilité	A vers B	Total des 10 activités	50,1%	22,3%
		Élimination	100,0%	48,1%
		Transferts	100,0%	45,4%
	B vers C	Total des 10 activités	23,5%	21,4%
		Élimination	51,9%	51,9%
		Toilette	46,7%	46,7%

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du Département.

Note de lecture : lorsque la cotation de l'activité « toilette » passe de « B » vers « A », la proportion d'allocataires avec un Gir supérieur est de 38,9 %, et la part de personnes sortant de l'Apa s'élève à 36,3 %.

La simulation conduite en sens inverse consistant à dégrader artificiellement le niveau de dépendance⁸³ confirme la volatilité de la grille *Aggir* en termes de répartition de Gir, et surtout, de gain d'éligibilité.

Dans le cas d'un passage d'une cotation de « A » vers « B », 50 % des bénéficiaires connaissent une modification de leur classement en Gir, proportion qui s'élève à 24 % dans l'hypothèse d'un passage de « B » vers « C ». Les gains d'éligibilité se révèlent d'une ampleur comparable dans les deux scénarios : 22 % des bénéficiaires accèdent à l'allocation en cas de bascule de « A » vers « B », et 22 % en cas de bascule de « B » vers « C ». Comme précédemment, l'ensemble des activités ne présente pas le même degré de volatilité. La modification de la cotation relative à l'élimination apparaît déterminante, puisqu'elle conduit à un reclassement en Gir dans une proportion comprise entre 52 % et 100 % des cas, et à un gain d'éligibilité compris entre 48 % et 52 %.

Il ressort de cette analyse que si la grille *Aggir*, référentiel obligatoire pour apprécier le niveau de dépendance d'une personne âgée et contribuer à la définition de son plan d'aide, constitue un cadre d'évaluation unifié et partagé par les équipes médico-sociales, son application produit des effets de seuil significatifs qui peuvent influencer sensiblement sur l'accès à l'Apa et sur le niveau d'aide attribué.

Ce constat rend d'autant plus indispensable la réalisation d'une visite sur place par les services du Département pour apprécier *in concreto* le niveau de dépendance et les besoins des personnes qui sollicitent cette allocation, à l'aune de leur environnement social et de leur logement.

⁸³ La simulation consiste à faire varier de « A » vers « B » et de « B » vers « A » les cotations de l'ensemble des activités de la grille « Aggir », là où le HCFEA les fait directement varier de « A » vers « C ».

3.1.2.2 Des différences marquées dans les pratiques évaluatives du Département

Entre 2018 et 2024, 69 853 primo-évaluations ont été réalisées par les 141 évaluateurs mobilisés sur 61 secteurs d'intervention rassemblés au sein des neuf maisons de l'autonomie du Département. La médiane du nombre de personnes évaluées par équipe médico-sociale est de 138. Un quart des équipes ont évalué moins de 14 personnes (premier quartile⁸⁴), et un quart d'entre elles ont évalué plus de 900 personnes (troisième quartile).

L'analyse de la chambre met en évidence de réelles différences dans l'évaluation des bénéficiaires de l'Apa à domicile. L'âge moyen, la proportion de personnes vivant seules et le niveau de ressources des allocataires sont relativement homogènes entre les équipes. En revanche, la part des personnes classées en Gir 4 varie substantiellement, selon les équipes. L'écart-type⁸⁵ de cette proportion atteint 25 %, alors que celui de l'âge moyen n'est que de 1 %.

Ces écarts s'expliquent certes par des différences du niveau de dépendance entre les bénéficiaires, mais ils traduisent surtout des pratiques évaluatives non homogènes sur le territoire. Des allocataires présentant des caractéristiques similaires peuvent recevoir des évaluations différentes de leur niveau de dépendance. Comme l'illustre le graphique n° 8, l'âge moyen, la proportion de femmes, la part de personnes vivant seules et le niveau de ressources sont relativement constants entre les 84 évaluateurs (i.e. trait du graphique proche de 100), tandis que la part de Gir 4 varie fortement (i.e. trait du graphique éloigné de 100), matérialisant l'hétérogénéité des pratiques évaluatives.

Le degré d'harmonisation des pratiques évaluatives apparaît, de surcroît, inégal selon les territoires. Les évaluations conduites par les équipes médico-sociales des maisons de l'autonomie du Calais, d'Hénin-Carvin et de l'Audomarois présentent une relative homogénéité. À l'inverse, celles des maisons de l'autonomie de l'Arrageois, de l'Artois et du Montreuillois se caractérisent par un déficit marqué d'harmonisation.

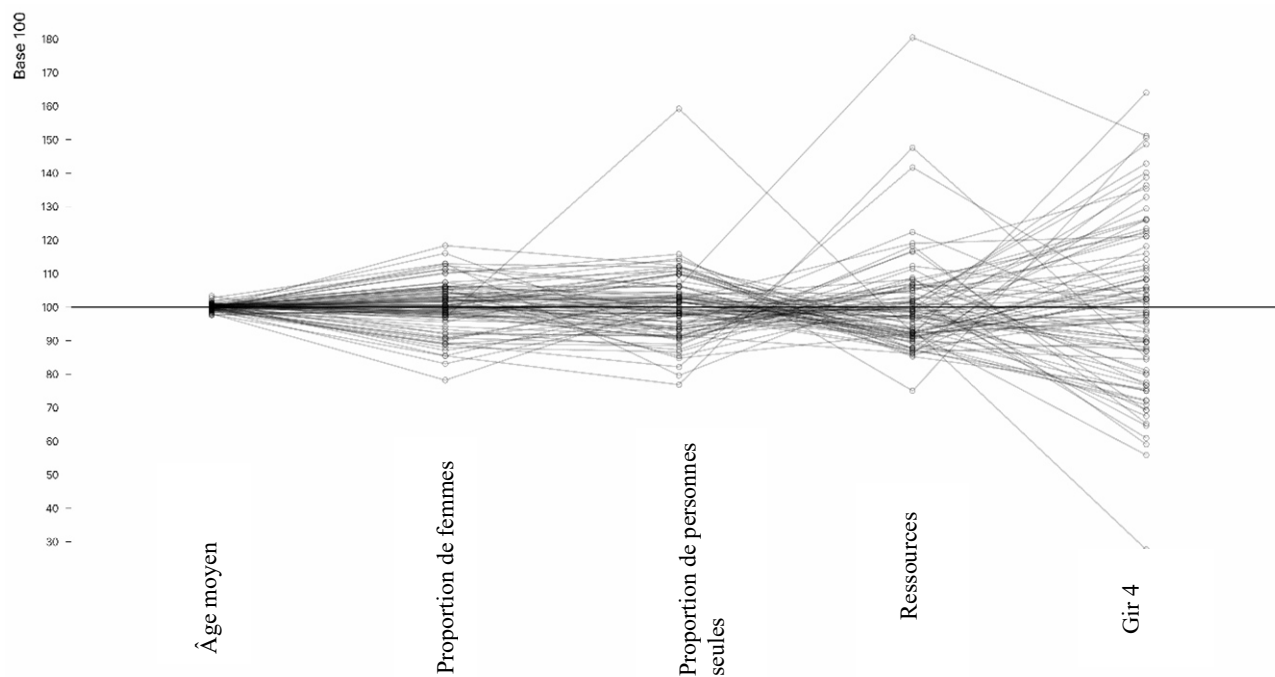
Après redressement des données⁸⁶, près de 15 % des évaluateurs surestiment le niveau de dépendance des bénéficiaires, et 14 % le sous-estiment. Ce constat n'est pas marginal : la moitié de ces équipes ont, chacune, réalisé plus de 500 évaluations.

⁸⁴ Un quartile est une valeur qui partage une série de données ordonnées en quatre parties égales, chacune contenant 25 % des données.

⁸⁵ L'écart-type est un indicateur statistique qui mesure la dispersion des données autour de leur moyenne. Plus il est élevé, plus les valeurs sont éloignées de la moyenne ; plus il est faible, plus elles sont regroupées autour d'elle. En d'autres termes, il indique à quel point les données sont concentrées ou dispersées.

⁸⁶ La chambre a utilisé la méthode de standardisation directe permettant d'attribuer un poids à chaque personne évaluée, de sorte que la distribution repondérée de leurs caractéristiques soit similaire à l'ensemble de la population évaluée sur la période.

Graphique n° 8 : Illustration de l'absence d'homogénéisation des pratiques évaluatives



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du Département.

Note de lecture : chaque point représente la valeur en base 100 des caractéristiques des bénéficiaires évalués pour chaque évaluateur. Si un point en Gir 4 vaut 120, cela veut dire que l'évaluateur a une part de Gir 4 de 20 % supérieure à la moyenne des évaluateurs.

3.1.2.3 Des outils d'harmonisation des pratiques évaluatives à renforcer

Afin d'harmoniser les pratiques d'évaluation des équipes médico-sociales et garantir une égalité de traitement des bénéficiaires de l'Apa à domicile, le Département dispose de différents outils. Un « collège de l'évaluation », composé d'agents de la direction de l'autonomie et de représentants des équipes évaluatives, se réunit périodiquement pour traiter des thématiques concourant à l'unification des pratiques. En 2025, quatre réunions ont été organisées. L'ordre du jour de celle de juillet comprenait un point d'étape sur le système d'information national de l'Apa, un échange sur les situations des bénéficiaires relevant des Gir 4 et 5, ainsi qu'une présentation de la réforme des Saad.

Le guide départemental des pratiques d'évaluation, constitué de 18 fiches relatives à l'Apa et de 12 fiches sur l'évaluation multidimensionnelle, structure également l'activité des équipes. Chaque fiche comporte des rubriques « généralités », « modalités d'évaluation » et « points de vigilance ». Par exemple, celle relative à « l'expression de la personne » rappelle de bien préciser les souhaits du bénéficiaire. Ce guide constitue un support relativement détaillé pour accompagner l'évaluation des situations et la définition des plans d'aide. Le Département complète ces outils par la diffusion d'un marque-page récapitulatif relatif à l'Apa, l'organisation de webinaires lors de la pause méridienne, et de formations ponctuelles sur des thématiques spécifiques, comme l'incontinence.

Ces dispositifs contribuent à harmoniser les pratiques, mais restent insuffisants au regard des effets de seuil de la grille *Aggir* qui concernent l'ensemble des départements et de la complexité intrinsèque d'évaluer la dépendance de personnes physiques ayant chacun leur propre parcours.

La chambre recommande donc de renforcer les méthodes et les outils d'harmonisation afin de garantir une évaluation équitable et uniforme des besoins dans tout le Pas-de-Calais. La mise en place d'un parcours de formation obligatoire, d'une commission d'harmonisation pilotée au niveau central, d'un outil de régulation des demandes et des plans d'aide, de directives dans l'application du guide d'évaluation sont autant de leviers de nature à contribuer à harmoniser les pratiques évaluatives, en sus du respect des obligations d'une visite sur place et d'un réexamen régulier du niveau de dépendance et des besoins des bénéficiaires (voir ci-après).

Recommandation n° 5. Renforcer les méthodes et les outils d'harmonisation des pratiques évaluatives, afin de garantir une prise en compte des besoins équitable.

Dans sa réponse au rapport d'évaluation provisoire, le président du conseil départemental détaille les différentes instances et la dynamique de travail conjointes entre les services centraux et déconcentrés en matière d'harmonisation des pratiques évaluatives. En plus des éléments mentionnés par la chambre, il fait état de l'existence d'un « collège métier » spécifique comme instance technique de suivi et de partage des pratiques, de groupes de travail associant les cadres et les évaluateurs pour l'élaboration d'outils et de process, d'un comité de pilotage de l'harmonisation des pratiques qui se réunit annuellement et de « commissions Apa » permettant d'étudier les évaluations et les préconisations des plans d'aide en lien avec les médecins experts.

Pour sa part, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie rappelle « *l'intérêt pour les professionnels d'utiliser les formations offertes par la CNSA pour l'harmonisation des pratiques* ». Elle indique qu'en moyenne une dizaine d'agents du Département participent aux formations et aux webinaires qu'elle propose sur le sujet.

3.1.3 Une méconnaissance des droits des bénéficiaires dans le fonctionnement courant de l'Apa à domicile

3.1.3.1 Une consommation locale des plans d'aide qui rejoint les constats nationaux

Sous réserve d'une correcte évaluation des besoins, le taux de consommation des plans d'aide constitue un indicateur pertinent de l'exercice effectif des droits des bénéficiaires de l'Apa à domicile.

Méthode d'analyse des caractéristiques ayant une incidence sur la consommation des plans d'aide

De la même manière que la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques⁸⁷, la chambre a déterminé les caractéristiques des bénéficiaires qui sont associées à une sous-consommation des plans d'aide. L'analyse comprend 17 850 allocataires de l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais. La notion de sous-consommation est identique à celle de la Drees, soit le ratio entre le volume d'heures réalisées et celui subventionné par le Département, c'est-à-dire après neutralisation de la participation financière du bénéficiaire.

⁸⁷ Drees, *Allocation personnalisée d'autonomie : en 2017, un bénéficiaire sur deux n'utilise pas l'intégralité du montant d'aide humaine notifié*, juin 2020.

L'analyse est réalisée sous l'angle du recours aux aides à domicile, mais pas sous celui des autres aides, comme l'aménagement du logement, les transports des bénéficiaires, les aides au répit, etc.

Les résultats présentés ci-après sont obtenus à partir d'une régression logistique⁸⁸ de la sous-consommation du plan d'aide selon la tranche d'âge, le sexe, le fait d'être en couple, le montant des ressources mensuelles, le Gir, le régime juridique et tarifaire du Saad, le lieu de résidence et la présence d'un médecin traitant. Les résultats sont présentés sous forme d'odds-ratios⁸⁹.

Sur l'ensemble de la période, ce taux s'établit à 72,4 % pour les bénéficiaires ayant choisi le mode prestataire. Il se caractérise par une stabilité interannuelle et croît avec le degré de dépendance : 69,3 % pour les personnes classées en Gir 4 contre 77,9 % pour celles relevant du Gir 1. Il présente également des différences selon le sexe, avec une consommation plus élevée chez les femmes (73,8 %) que chez les hommes (69 %).

La moitié des allocataires ne consomment pas la totalité de leur plan d'aide. La sous-consommation baisse avec le niveau de dépendance. De fait, 39 % des Gir 1 sous-consomment quand 52 % et 55 % des Gir 3 et 4 n'utilisent pas la totalité de leur plan d'aide.

Plusieurs facteurs ont une incidence à la hausse sur la consommation des plans d'aide à domicile. L'âge du bénéficiaire joue un rôle : les personnes de plus de 75 ans ont entre 14 % et 29 % de chances en moins de sous-consommer leur plan. Autrement dit, plus le bénéficiaire est âgé, plus il utilise effectivement l'aide qui lui est accordée. La composition du ménage influence également à la hausse la consommation du plan d'aide, puisqu'une personne seule a entre 90 % et 88 % de chance en moins de sous-consommer son plan d'aide qu'un allocataire vivant en couple. De la même manière, lorsque le bénéficiaire dispose d'un médecin traitant, le risque de sous-consommation de ses aides diminue.

À l'inverse, d'autres facteurs influencent négativement le taux de consommation des allocataires de l'Apa. La consommation des plans d'aide est décroissante avec la hausse du niveau de dépendance. Par exemple, l'odds-ratio des Gir 4 est de 2,25, compris dans l'intervalle [1,78 ; 2,85]. Un bénéficiaire Gir 4 a ainsi entre 78 % et 185 % de chance supplémentaire de sous-consommer son plan d'aide par rapport à un Gir 1. Le statut juridique du Saad joue sur le taux de consommation : les bénéficiaires d'un Saad associatif sous-consomment davantage leur plan d'aide que ceux contractualisant avec un Saad non-associatif⁹⁰. Ils ont entre 28 % et 49 % de chance en plus de ne pas utiliser l'ensemble de leurs aides.

⁸⁸ La régression logistique permet d'analyser la probabilité qu'un événement binaire se produise (par exemple, la consommation effective d'un plan d'aide) en fonction de plusieurs facteurs explicatifs. Elle estime le rapport entre la probabilité de réalisation et de non-réalisation de l'événement, appelé odds-ratio.

⁸⁹ L'odds-ratio est une mesure statistique qui compare la probabilité qu'un événement se produise dans un groupe par rapport à un autre. Un odds-ratio inférieur à 1 indique que l'événement (ici, la sous-consommation) est moins fréquent dans le groupe considéré par rapport au groupe de référence.

⁹⁰ Ce constat peut être nuancé au regard de la couverture géographique et des profils des bénéficiaires : les Saad commerciaux limitent souvent leur intervention dans des milieux urbains ou périurbains auprès de bénéficiaires ayant plus facilement accès à un médecin traitant et souvent des revenus moyens plus élevés ; les Saad associatifs ou publics intervenant auprès de populations aux revenus plus modestes, en milieu rural.

Tableau n° 6 : Principaux déterminants de la consommation des plans d'aide

Catégorie	Variable	Odds-ratio	Intervalle de confiance à 95 %
Tranche d'âge	60-74 ans	1	
	Plus de 75 ans	0,78	[0,71 ; 0,86]
Mode de cohabitation	Couple	1	
	Personne seule	0,11	[0,10 ; 0,12]
Gir	Gir 1	1	
	Gir 2	1,68	[1,32 ; 2,14]
	Gir 3	1,96	[1,54 ; 2,50]
	Gir 4	2,25	[1,78 ; 2,85]
Médecin traitant	Non	1	
	Oui	0,91	[0,85 ; 0,99]
Statut associatif du Saad	Non	1	
	Oui	1,38	[1,28 ; 1,49]
Tarification libre du Saad	Non	1	
	Oui	0,93	[0,86 ; 1]

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du Département.

Note de lecture : pour la catégorie tranche d'âge, le odds-ratio des plus de 75 ans est de 0,78. Il est compris dans l'intervalle de confiance à 95 % de [0,71 ; 0,86]. Il indique la probabilité de sous-consommer par rapport à la valeur de référence de chaque catégorie, ici la tranche d'âge 60-74 ans.

L'ensemble de ces constats concernant le Pas-de-Calais rejoignent ceux formulés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques⁹¹ pour le niveau national. En effet, près d'un bénéficiaire sur deux ne consomme pas l'intégralité de son plan d'aide, et cette proportion est décroissante avec le niveau de dépendance. La probabilité qu'un bénéficiaire ne consomme pas l'intégralité de son plan d'aide diminue également avec l'âge et la sévérité de la dépendance, comme constaté à l'échelon local.

Les allocataires de l'Apa à domicile dans le département ne se distinguent pas par la consommation de leur plan d'aide, ni par les facteurs qui la déterminent. L'exercice effectif des droits, à l'aune du taux de consommation et des facteurs de sous-utilisation des aides, est donc équivalent à celui observé au niveau national.

3.1.3.2 Des évaluations non-conformes aux exigences de la loi, au détriment des droits des bénéficiaires

- *La procédure de primo-évaluation des bénéficiaires de l'Apa à domicile*

La procédure d'attribution de l'Apa repose sur une démarche légalement structurée afin de garantir les droits des personnes concernées⁹². Elle débute par l'appréciation du degré de perte d'autonomie du demandeur, réalisée à partir de la grille *Aggir*, déterminant l'éligibilité à la prestation. Les équipes médico-sociales du Département en sont le principal acteur.

⁹¹ Drees, *ibid.*

⁹² Articles L. 232-6 et L. 232-7 du code de l'action sociale et des familles.

Une évaluation approfondie de la situation du bénéficiaire et de ses proches aidants est conduite pour identifier les besoins effectifs et les priorités d'intervention. Sur cette base, l'équipe chargée de cette mission propose un plan d'aide personnalisé, conformément à l'article L. 232-3 du code de l'action sociale et des familles, qui précise les modalités d'intervention les plus adaptées, inclut, le cas échéant, un temps pour le lien social en prévention de la perte d'autonomie, et informe exhaustivement le bénéficiaire sur l'ensemble des dispositifs disponibles sur le territoire. Conformément à l'article R. 232-7 du même code, chaque évaluation donne lieu à une visite au domicile du demandeur réalisée par un membre de l'équipe médico-sociale, à laquelle peuvent assister le médecin du demandeur ou son représentant légal. Cette visite constitue un moment central, puisqu'elle permet non seulement d'apprécier *in concreto* la situation de la personne, mais aussi d'assurer une information complète du bénéficiaire, et le cas échéant, de ses proches aidants.

Lorsque le degré de perte d'autonomie constaté ne justifie pas l'élaboration d'un plan d'aide, l'équipe médico-sociale établit un compte-rendu de visite, qui peut être transmis, sous réserve de l'accord du demandeur, à la caisse de retraite dont relève celui-ci. Ce compte-rendu comporte l'évaluation du niveau de dépendance, ainsi que, le cas échéant, l'appréciation des besoins identifiés. Il peut également indiquer les modalités de réorientation vers les caisses de retraites ou autres.

La décision d'attribution doit mentionner le délai de révision du plan d'aide⁹³.

- *La procédure de réexamen des situations de l'Apa à domicile*

La procédure de réexamen, en raison du parallélisme des formes, est similaire à la primo-évaluation. Elle intervient d'abord à l'initiative du Département, soit de manière périodique dans le cadre d'un calendrier fixé localement, soit à l'occasion d'un contrôle de la mise en œuvre du plan d'aide. Le réexamen peut également être déclenché à la demande du bénéficiaire ou de ses proches, en cas d'évolution notable de sa situation, qu'il s'agisse d'une aggravation de son état de santé, d'un changement dans son environnement familial ou matériel, ou encore d'une hospitalisation.

L'équipe médico-sociale procède à une nouvelle évaluation de la perte d'autonomie à partir de la grille *Aggir* et analyse les besoins actualisés du bénéficiaire et de ses proches aidants. Dans ce cadre, une nouvelle visite à domicile est organisée, associant le bénéficiaire, son représentant légal ou ses aidants, afin d'actualiser le plan d'aide et de vérifier la pertinence des prestations financées⁹⁴.

En l'espèce, le département du Pas-de-Calais s'est donné pour règle de procéder à une réévaluation, *a minima*, tous les cinq ans.

- *Des évaluations qui, dans les faits, ne respectent pas ces exigences*

Les évaluations conduites pour l'Apa à domicile, et plus particulièrement les opérations de réévaluation du degré de dépendance ainsi que des plans d'aide, ne respectent pas les

⁹³ Articles R. 232-27 et R. 232-28 du code de l'action sociale et des familles.

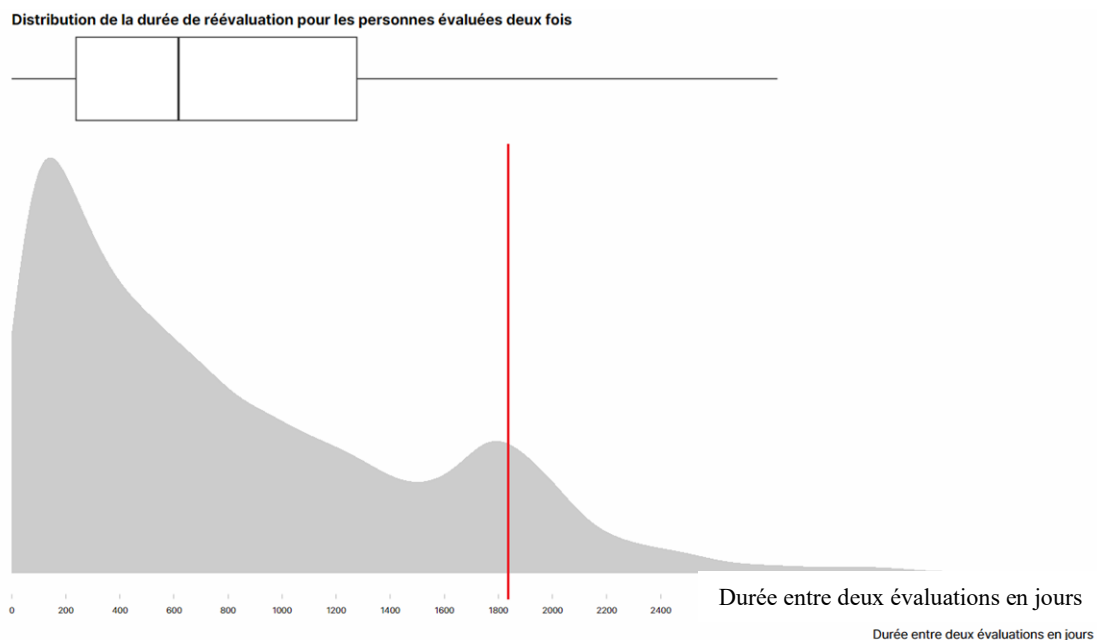
⁹⁴ Article R. 232-28 du code de l'action sociale et des familles.

exigences légales. Ce constat s'appuie sur un échantillon représentatif de 73 797 bénéficiaires évalués⁹⁵.

Il apparaît, tout d'abord, que les décisions d'attribution ne mentionnent pas le délai de révision des plans d'aide, en méconnaissance des articles R. 232-7 et R. 232-8 du code de l'action sociale et des familles.

Au surplus, bien que le Département indique avoir fixé une périodicité minimale de cinq années pour la révision de ces plans, cette exigence n'est pas respectée dans la pratique. Comme le met en évidence le graphique n° 9, une proportion significative de bénéficiaires n'a pas fait l'objet d'une évaluation au cours de cette période de cinq ans (i.e. les évaluations au-delà du trait rouge).

Graphique n° 9 : Distribution de la durée d'évaluation et de réexamen du niveau de dépendance et des plans d'aide des bénéficiaires de l'Apa à domicile



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du Département.

Note de lecture : au-delà du trait rouge, la durée d'évaluation ou de réévaluation excède cinq ans. L'abscisse correspond à la durée entre deux évaluations, l'ordonnée correspond au nombre d'évaluations.

Le temps médian séparant deux évaluations s'élève à près de deux années, tandis qu'un quart d'entre elles se sont déroulées dans un laps de temps excédant trois ans et demi. Ces constats contrastent avec les normes et les pratiques d'autres organismes du champ de la dépendance. La Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail impose une réévaluation annuelle du niveau de dépendance et des plans d'aide de ses bénéficiaires des Gir 5 et 6. Du côté des opérateurs, la fédération Aide à domicile en milieu rural (ADMR) du Pas-de-Calais

⁹⁵ Les évaluations « administratives » de début d'année consécutives, notamment, au changement du tarif socle et du tarif des Saad tarifés, ont été neutralisées afin de concentrer l'analyse sur les évaluations de la situation du bénéficiaire. D'autres toilettages ont également été effectués.

astreint ses Saad à réaliser une visite à visée évaluative par an au domicile du bénéficiaire conformément au cahier des charges des Saad précité.

L'analyse des données révèle, par ailleurs, une fréquence limitée des réexamens des situations des bénéficiaires de l'Apa à domicile. Ainsi, près de la moitié d'entre eux n'ont été évalués qu'une seule fois au cours de leur parcours dans l'Apa. Seuls 27 % et 13 % des allocataires ont fait l'objet, respectivement, de deux et de trois évaluations, tandis que 10 % ont bénéficié de quatre évaluations ou davantage. Ces résultats, illustrant le rythme modeste de réexamen des niveaux de dépendance et des besoins des personnes, sont toutefois à apprécier à l'aune de la durée passée dans le dispositif d'Apa à domicile.

Ces éléments sont corroborés par les constats qualitatifs recueillis auprès des personnes âgées dépendantes, et par les échanges menés avec les maisons de l'autonomie.

Témoignages issus de l'analyse qualitative

Mme Denis, Gir 4, est bénéficiaire de l'Apa depuis près de 17 ans, à la suite de problèmes de santé. Elle évoque avoir été très affectée par la réduction des heures de ménage, ne comprenant pas pourquoi son aide avait été réduite, alors même que ses besoins sont de plus en plus importants. Elle indique ne jamais avoir été réévaluée en 17 ans. Elle ajoute ne jamais avoir eu d'échange avec le Département depuis son évaluation initiale, et ne pas connaître les démarches pour se faire réévaluer.

Mme Courq, est proche aidante de sa mère, Gir 2. Celle-ci bénéficie de l'Apa depuis près de 10 ans et ne peut pas être laissée seule en raison de multiples problèmes de santé (hémiparésie avec aphasie). Au vu du nombre insuffisant d'heures attribuées, Mme Courq a arrêté de travailler pour s'occuper de sa mère chez elle. En 10 ans, elle indique n'avoir vu les agents du Département qu'une fois, au moment de l'évaluation.

- *Des réexamens des situations des bénéficiaires sans visite à domicile*

Les évaluations et réexamens constituent un moment central de l'exercice des droits des bénéficiaires de l'Apa à domicile. Elles sont encadrées par des règles précises, au premier rang desquelles figure l'obligation d'une visite au domicile de la personne concernée.

Or la pratique du département du Pas-de-Calais s'écarte de ce cadre. En 2024, sur 1 623 réexamens effectués⁹⁶, seuls 511 ont été réalisés au domicile des bénéficiaires. Autrement dit, moins d'un tiers des réexamens respectent l'exigence réglementaire, les deux autres tiers se limitant à de simples « réexamens administratifs » conduits par téléphone. La situation n'est guère différente en 2025 : sur 1 561 réexamens, seuls 637 ont donné lieu à une visite à domicile, soit 40 % des cas.

Cette pratique est non seulement contraire aux obligations posées aux articles L. 232-6 et R. 232-7 du code de l'action sociale et des familles, mais elle réduit aussi l'effectivité des droits des bénéficiaires, en les privant d'un examen approfondi de leur situation réelle. Elle traduit enfin un suivi particulièrement discontinu du parcours des allocataires à domicile.

La chambre rappelle au Département l'impératif de se conformer aux modalités d'évaluation et de réexamen des situations prévues par la loi, soit l'obligation d'une visite sur

⁹⁶ La chambre a demandé communication de la ventilation des réexamens des situations de dépendance pour la période 2018-2024, et le département ne lui a transmis les données que pour 2024 et 2025.

place et d'un examen régulier des conditions de dépendance et des besoins des allocataires de l'Apa à domicile.

Au-delà de sa dimension juridique, cette obligation constitue une condition essentielle pour assurer un accompagnement de qualité des personnes âgées dépendantes et garantir l'exercice effectif de leurs droits.

Rappel au droit n° 1. Respecter les modalités d'évaluation et de réexamen du niveau de dépendance et des plans d'aide prévus par les articles L. 232-6 et R. 232-7 du code de l'action sociale et des familles.

En réponse au rapport d'évaluation provisoire, le président du conseil départemental indique que « *dans les courriers transmis à l'usager, ce dernier est systématiquement informé qu'il peut, à tout moment, solliciter une révision de son dossier, en dehors de la périodicité des cinq années. En outre, dans le cadre du service public départemental de l'autonomie et de la responsabilité partagée des acteurs dans la prise en charge des personnes âgées, le département réaffirme régulièrement aux services d'aide et d'accompagnement à domicile, qui interviennent quotidiennement au domicile, leur rôle d'interpeller ses services suite au repérage d'un besoin éventuel d'une évolution de la situation.* » La chambre rappelle toutefois qu'il appartient au Département, à qui la loi a confié cette compétence, de s'assurer d'une révision du niveau de dépendance à un rythme adéquat.

Pour sa part, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie rappelle que le rythme de révision du niveau de dépendance doit « *être personnalisé à l'état du bénéficiaire et ne peut être assimilé à la révision annuelle des ressources faite obligatoirement annuellement, et qui n'impose pas de visite à domicile* », conformément à l'article R. 232-28 du code de l'action sociale et des familles.

3.1.4 Des mesures récentes « d'optimisation » budgétaire portant atteinte aux droits des bénéficiaires

3.1.4.1 Des mesures récemment décidées

Dans une note interne du 24 juin 2024, validée par le président du conseil départemental, les services de la collectivité exposent un ensemble de mesures visant à « *optimiser les dépenses d'Apa à domicile* », pour un montant d'économies estimé à 6 M€. Le document souligne le caractère jugé non soutenable du modèle actuel d'accompagnement à domicile et précise que la mise en œuvre de ces mesures nécessiterait la révision d'environ 15 000 plans d'aide.

Les premières mesures prévues portent sur les bénéficiaires classés en Gir 4. Elles impliquent une réduction du volume d'heures d'aide-ménagère (i.e. ménage, linge et courses alimentaires) dans les plans en cours pour ces allocataires ne disposant pas d'aide humaine : le plafond mensuel serait fixé à quatre heures, contre huit heures en moyenne actuellement, et ce, quel que soit le volume précédemment accordé. Cette mesure s'appliquerait à environ 4 000 allocataires de l'Apa à domicile. Pour les personnes en Gir 4 disposant d'un plan mixte, associant aide-ménagère et aide aux actes essentiels, un plafonnement de quatre heures mensuelles d'aide-ménagère est également appliqué. Au total, 5 702 personnes entreraient dans le champ de cette mesure.

Cette orientation est complétée par l'arrêt de l'attribution de l'aide-ménagère pour les personnes qui ne bénéficient d'aucune aide aux actes essentiels (c'est-à-dire dépourvues d'heures d'auxiliaire de vie dans leur plan d'aide). La note précitée indique « *qu'en effet, les mutuelles, caisses de retraite et systèmes assurantiels privés interviennent sur ce champ de prestation en priorité* ». L'économie attendue de cette mesure est évaluée à 1 M€ en année pleine.

Les allocataires en Gir 3 à 1 sont également ciblés par ces mesures d'économie. Le plafond mensuel d'heures d'activité ménagère, précédemment fixé à 13 heures pour une personne seule et 18 heures pour un couple bénéficiant chacun de l'Apa, serait réduit respectivement à 8 et 10 heures par mois. Cette mesure concerne près de 400 bénéficiaires.

Par ailleurs, la prise en charge des frais liés à l'incontinence ferait l'objet d'un abaissement du plafond, concomitant à un renforcement des contrôles d'effectivité. Le plafond mensuel, initialement fixé à 100 €, serait désormais de 40 € pour les Gir 4, 50 € pour les Gir 3 et 70 € pour les Gir 1. L'économie annuelle attendue de cette mesure est estimée à 1 M€.

3.1.4.2 Une mise en œuvre qui contrevient aux droits des bénéficiaires

S'agissant de la réduction du nombre d'heures d'aide au ménage, quelques 11 000 bénéficiaires ont été informés par courrier de la baisse de leurs aides sans qu'ils aient fait l'objet d'une réévaluation par une équipe médico-sociale. Ces courriers ne mentionnent pas les délais et voies de recours, à l'exception du recours administratif préalable obligatoire.

Or la décision d'attribution d'Apa à domicile présente les caractéristiques d'une décision individuelle créatrice de droits. Elle confère au bénéficiaire un droit opposable, immédiatement exigible à la date de l'ouverture des droits, portant sur le versement de l'allocation et la mise en œuvre du plan d'aide correspondant à ses besoins d'autonomie. Cette décision est personnalisée et individualisée, déterminée en fonction du groupe iso-ressources et des besoins évalués par l'équipe médico-sociale. Elle est exécutoire et doit être motivée, le montant de l'allocation et le plan d'aide étant directement liés aux résultats de l'évaluation médico-sociale.

En procédant ainsi, le département a méconnu les droits des bénéficiaires, car il ne pouvait pas revenir ainsi sur une décision individuelle créatrice de droits.

Les conditions d'abrogation et de retrait des décisions individuelles créatrices de droits

La qualité de décision créatrice de droits emporte des conséquences sur le régime d'abrogation et de retrait d'un tel acte. L'administration ne peut abroger (faire disparaître pour l'avenir, article L. 240-1 du code des relations entre le public et l'administration) ou retirer (faire disparaître pour l'avenir comme pour le passé, l'acte étant réputé n'avoir jamais existé) une telle décision de sa propre initiative ou à la demande d'un tiers que si elle est illégale et si l'abrogation ou le retrait intervient dans le délai de quatre mois suivant la prise de la décision concernée. Par dérogation, elle peut, sans condition de délai, abroger une décision dont le maintien est subordonné à une condition qui n'est plus remplie (articles L. 242-1 et L. 242-2 du code des relations entre le public et l'administration).

Sur demande du bénéficiaire de la décision, l'administration est tenue de procéder, selon le cas, à l'abrogation ou au retrait d'une décision créatrice de droits si elle est illégale et si l'abrogation ou le retrait peut intervenir dans le délai de quatre mois suivant l'édiction de la décision. Elle peut, toujours sur demande du bénéficiaire de la décision, selon le cas et sans condition de délai, abroger ou retirer une décision créatrice de droits, même légale, si son retrait ou son abrogation n'est pas susceptible de porter atteinte aux droits des tiers, et s'il s'agit de la remplacer par une décision plus favorable au bénéficiaire (articles L. 242-3 et L. 242-4 du code des relations entre le public et l'administration).

L'arrêt de l'attribution des heures d'aide au ménage pour les bénéficiaires en Gir 4 prend également la forme d'un reclassement d'une partie des personnes classées en Gir 4 vers les Gir 5 ou Gir 6, de sorte à diminuer le stock et le flux des allocataires de l'Apa. Le Département a indiqué viser environ 2 500 dossiers à deux ans en plus du flux de primo-demande d'Apa. Concrètement, plusieurs milliers de personnes actuellement en perte d'autonomie et classées en Gir 4, donc éligibles à l'Apa à domicile, seraient exclues du dispositif et orientées vers les caisses de retraite et les mutuelles, comme le précise la note précitée.

Une partie de ces reclassements est doublement irrégulière, puisqu'elle s'effectue sans réévaluation par une équipe médico-sociale et méconnaît le cadre juridique des décisions individuelles créatrices de droit. Ce choix contestable résulte notamment de l'incapacité matérielle du Département à absorber le volume de réexamens des situations de dépendance et des besoins afférents, compte tenu des difficultés d'évaluations en bonne et due forme constatées avant même ces mesures « d'optimisation ».

Témoignage issu de l'analyse qualitative

Mme Laby, 85 ans, Gir 4, est bénéficiaire de l'Apa depuis 2016, à la suite d'une perte d'autonomie. Son fils, proche aidant, indique que sa mère n'a pas été réévaluée, mais qu'elle a bien reçu le courrier du Département indiquant une diminution des heures dans son plan d'aide. Elle bénéficie dorénavant de 4 heures de ménage contre 8 auparavant. Son fils compense le reste, comme les courses ou la cuisine, et indique « avoir deux maisons », en raison des tâches que lui et d'autres proches font chez sa mère.

Pour les heures de ménage comme pour la redéfinition du niveau de dépendance des allocataires, l'administration départementale ne peut pas revenir sur la décision d'attribution initiale sans procéder à une nouvelle évaluation du niveau de dépendance et du plan d'aide du bénéficiaire. Les choix et les pratiques actuels du Département sont donc illégaux et privent une partie des bénéficiaires de leurs droits. La chambre rappelle à la collectivité qu'elle doit se conformer à ses obligations légales en matière de retrait ou d'abrogation d'une décision individuelle créatrice de droits.

Rappel au droit n° 2. Se conformer aux articles L. 242-1 à L. 242-4 du code des relations entre le public et l'administration pour procéder au retrait ou à l'abrogation d'une décision individuelle créatrice de droits.

3.1.4.3 Des mesures induisant une rupture de parcours dans l'Apa

Les entretiens réalisés par la chambre avec les Saad et les bénéficiaires ont montré que les bénéficiaires concernés sont simplement informés, par courrier ou lors d'une visite au domicile, quand il y en a une, qu'elles peuvent s'adresser à leur mutuelle ou caisse de retraite pour continuer à recevoir une aide humaine. Ces personnes vulnérables ne sont pas accompagnées et doivent elles-mêmes effectuer la démarche d'aller vers les organismes précités dans un délai de deux mois. À défaut, elles n'ont plus d'aide, ni au titre de l'Apa à domicile, ni par l'intermédiaire de leur caisse de retraite ou mutuelle. De la même manière, celles dont les heures d'aide-ménagère ont fortement diminué pour être ramenées à 4 heures par mois doivent désormais arbitrer entre les prestations pour le ménage, le linge ou les courses alimentaires. Plusieurs sont ainsi dans l'incapacité d'assurer ses dernières, au risque de se mettre en danger, et le maintien de leur condition de vie repose sur la solidarité, *a fortiori* pour les personnes seules.

Au surplus, le Département ne semble pas avoir anticipé ces différentes mesures et le risque marqué de rupture de parcours, comme l'illustre l'absence de reconnaissance mutuelle des évaluations avec les caisses de retraite. Il n'existe aucun dispositif pour éviter que les bénéficiaires de l'Apa à domicile se retrouvent sans solution. Ni le Département, ni les caisses de retraite ne peuvent suivre l'adressage des allocataires de l'Apa basculés en Gir 5 ou 6.

Ce choix unilatéral « d'optimisation » budgétaire du Département repose, enfin, sur l'hypothèse selon laquelle les caisses de retraite disposent de fonds suffisants au titre de leur action sociale pour absorber le surplus de bénéficiaires d'Apa réorientés. À défaut d'avoir été associées à ce choix structurant, ou même informées au préalable, aucune n'est en capacité à ce jour d'en quantifier les conséquences financières pour ce qui la concerne.

Témoignage issu de l'analyse qualitative

Mme Paul, 92 ans, Gir 4 : « *J'avais droit à une aide-ménagère via l'Apa. Mais le mois dernier, une dame est venue, m'a réévaluée, et m'a annoncé que je n'aurais plus droit à rien d'ici deux mois. J'ai pourtant deux prothèses de hanches, et je ne vais pas mieux qu'avant. Aujourd'hui, je n'ai plus d'aide, je dois faire sans. À 92 ans, je ne pensais pas vivre ça.* »

Les décisions du Département présentent un risque évident de rupture de parcours pour un nombre massif de bénéficiaires de l'Apa à domicile, certaines personnes âgées en perte d'autonomie interrogées lors de cette évaluation y étant d'ores et déjà confrontées.

La chambre appelle le Département à s'assurer que les démarches d'économies qu'il choisira à l'avenir de conduire, en bonne et due forme, en matière d'Apa à domicile, n'entraînent pas de rupture de parcours. Pour y parvenir, il a tout intérêt à engager une démarche d'aller vers ses partenaires du service public départemental de l'autonomie, au premier chef desquels les caisses de sécurité sociale.

Il gagnera à s'appuyer sur plusieurs leviers. Il doit, tout d'abord, concrétiser la reconnaissance mutuelle avec les caisses de retraite, MSA et Carsat, systématiser les échanges avec elles sur les usagers pour suivre les adressages de part et d'autre, y compris sous la forme d'outils informatiques partagés en continu, sans attendre l'aboutissement du système d'information Apa de la CNSA. Il importe ensuite qu'il veille à ce que les personnes âgées dépendantes placées sous sa responsabilité, et leurs proches aidants, puissent avoir accès aux aides équivalentes de la part de leurs caisses de retraite, dès lors qu'elles sont sorties de l'Apa sans l'avoir demandé⁹⁷. Cela implique que chaque bénéficiaire puisse continuer de recourir à un service d'aide à domicile, indépendamment de l'organisme financeur, qu'il s'agisse du Département ou des caisses de retraite⁹⁸.

Recommandation n° 6. S'assurer que les mesures d'optimisation budgétaire futures n'entraînent pas de rupture de parcours pour les usagers.

Ces « réorientations » ne s'inscrivent dans aucune stratégie d'accompagnement des personnes âgées dépendantes et visent une simple réduction de dépenses d'Apa à domicile

⁹⁷ Par exemple, il convient de veiller à ce que les dispositifs de répit pour les proches aidants soient équivalents selon qu'il s'agisse du département ou des caisses de retraite.

⁹⁸ Un Saad peut être autorisé à exercer une activité d'accompagnement des personnes âgées dépendantes par le département, mais ne pas l'être par les caisses de retraite.

d'environ 6 M€. En particulier, les mesures de regirage envisagées postulent qu'un nombre important de personnes dépendantes auraient regagné en autonomie depuis leur précédente évaluation, trajectoire contestable pour la quasi-totalité des parcours⁹⁹. Ce présupposé est d'autant plus discutable qu'un nombre élevé d'allocataires n'a pas fait l'objet d'un réexamen des niveaux de dépendance depuis plusieurs années.

Le président du conseil départemental souligne, dans sa réponse au rapport d'évaluation provisoire, que cette politique d'économie budgétaire « *ne concerne qu'une mesure exceptionnelle et ponctuelle qui n'a pas vocation à être reconduite* ». Il indique également que, concernant la reconnaissance mutuelle des évaluations entre sa structure, la Carsat et la Mutualité sociale agricole du territoire, « *la mise en œuvre effective est prévue pour le 1^{er} janvier 2026* ». Selon lui, le déploiement de la plateforme nationale de transfert des dossiers portée par les trois caisses nationales compétentes en matière d'autonomie¹⁰⁰, outil sécurisé et adapté à la reconnaissance mutuelle, est prévu pour la fin de l'année 2025.

Pour sa part, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie souligne que l'instauration de plafonds d'heures par type de prestation n'est pas règlementaire et que cela a déjà été rappelé aux départements. Elle ajoute que « *Si une personne évaluée dans le cadre de l'Apa, sollicite une aide nécessaire à la compensation de sa perte d'autonomie et/ou que ce besoin est identifié (...) au moment de la visite à domicile, cette aide doit être accordée dès lors que l'enveloppe de son plan d'aide le permet. Il ne peut ainsi être défini une exigence d'un minimum d'aides humaines avant de financer d'autres types d'aides dans le cadre du plan d'aide Apa.* » Elle précise enfin que « *les caisses de retraites utilisent des critères administratifs (tel que le niveau de revenu) pour accéder à leurs aides, qui sont plafonnées localement selon leur budget : ainsi les critères d'éligibilité de ces aides extra-légales sont différents d'une caisse locale à une autre. Les personnes sorties de l'Apa ne sont donc pas automatiquement éligibles aux aides des caisses de retraite* ».

En réponse à la question posée, l'accès aux droits essentiels dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes apparaît globalement assuré. Deux marges d'amélioration demeurent néanmoins identifiées : accroître le recours aux dispositifs fiscaux, pour réduire la participation financière des bénéficiaires, et garantir un traitement des dossiers conforme aux délais légaux de notification.

L'exercice effectif de ces droits est, en revanche, fragilisé par les pratiques départementales comme, par exemple, des disparités dans l'évaluation de la dépendance et la définition des plans d'aide. L'atteinte la plus prégnante réside dans l'exclusion illégale de bénéficiaires du dispositif d'Apa à domicile, sans qu'une garantie effective de continuité de parcours et d'accompagnement par les caisses de retraite ne soit assurée.

⁹⁹ Voir travaux de la Drees, *La durée de perception de l'allocation personnalisée d'autonomie est de 3 ans et demi en moyenne*, octobre 2018 présentés dans la partie méthodologie du présent rapport.

¹⁰⁰ Il s'agit de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse.

3.2 Un dispositif d’Apa qui permet, en partie, d’accompagner la perte d’autonomie des personnes âgées dépendantes à domicile

Dans cette sous-partie, la chambre propose des éléments de réponse à la question suivante : *dans quelle mesure le modèle d’allocation personnalisée d’autonomie à domicile du Pas-de-Calais permet-il d’accompagner la perte d’autonomie des personnes âgées dépendantes ?*

Pour ce faire, la chambre a suivi une double démarche. Elle a évalué les effets de l’Apa sur le maintien à domicile à travers l’identification de cinq parcours-types représentatifs des situations rencontrées par les bénéficiaires. Elle a également apprécié les incidences de cette politique sur certains motifs d’hospitalisation fréquents chez les personnes âgées dépendantes, en particulier les chutes et les épisodes de déshydratation.

3.2.1 Une efficacité inégale de l’Apa sur le maintien à domicile et sur la qualité de vie des bénéficiaires

3.2.1.1 Des parcours au sein de l’Apa à domicile sensiblement différents

L’analyse conduite par la chambre permet d’identifier cinq parcours-types au sein de l’Apa à domicile dans le Pas-de-Calais. Ces trajectoires illustrent, selon les situations, soit des effets favorables de l’allocation sur l’évolution du niveau de vie et le maintien à domicile, soit, au contraire, des sorties rapides du dispositif qui traduisent l’inefficacité de la politique d’accompagnement des personnes âgées en perte d’autonomie.

Méthode d’analyse des parcours des bénéficiaires dans le dispositif d’Apa à domicile

Pour l’étude des parcours dans l’Apa à domicile, la chambre a concentré son analyse sur la cohorte 2019 composée de 5 965 bénéficiaires. Elle a utilisé une méthode d’appariement optimal¹⁰¹ pour calculer la distance entre les séquences des statuts des allocataires, puis a procédé à un regroupement hiérarchique pour identifier différents idéaux-types de trajectoires au sein de l’Apa à domicile.

Les séquences sont définies comme suit : niveau de dépendance à travers l’évolution du Gir, positionnement du bénéficiaire de l’Apa hors du domicile (i.e. en Ehpad, hospitalisation, autres) et décès.

Il ressort ainsi cinq parcours-types. Une fois ceux-ci identifiés, la chambre a mis en exergue les caractéristiques des personnes au sein de ces trajectoires afin d’en analyser les différences. L’objectif est de voir si celles-ci s’expliquent par les caractéristiques intrinsèques des individus, comme l’accès aux soins, ou par des différences dans le degré d’accompagnement dont ils bénéficient.

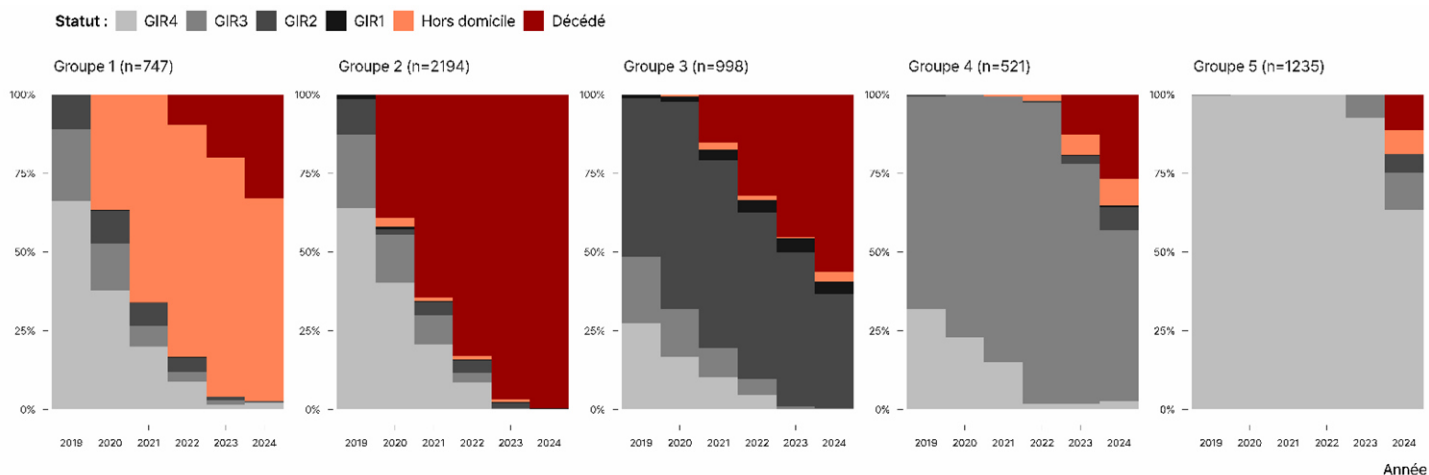
Le parcours n° 1 regroupe 747 bénéficiaires, dont 66 % étaient classés en Gir 4 et 23 % en Gir 3 en 2019, soit une population initialement peu dépendante. Cette proportion connaît une réduction marquée dès l’année suivante : en 2020, les Gir 4 et 3 représentent respectivement 38 % et 15 % de l’effectif total, et en 2024, leur part chute à 2,5 %. Parallèlement, dès 2019,

¹⁰¹ Empruntée à la biologie moléculaire où elles ont contribué au séquençage du génome, les méthodes d’appariement optimal permettent de comparer le degré de similarité de séquence, en l’espèce de parcours au sein de l’Apa à domicile. Elles aboutissent à l’identification d’une typologie de séquences.

37 % des allocataires de ce premier parcours étaient déjà sortis du dispositif Apa. À la fin de la période observée, 64 % ne relèvent plus de l'Apa à domicile (aire en orange dans le graphique n° 10) et 33 % sont décédés (aire en rouge dans le graphique n° 10). Ce premier parcours met en évidence une diminution rapide du nombre de bénéficiaires de l'Apa à domicile, malgré une dépendance initialement limitée.

La trajectoire n° 2, la plus nombreuse avec 2 194 bénéficiaires, présente des caractéristiques proches. Elle concerne également une population initialement faiblement dépendante qui sort rapidement du dispositif. La différence principale tient aux modalités de sortie, majoritairement liées au décès. En 2019, à leur entrée dans le dispositif, 87 % des personnes concernées étaient relativement autonomes (c'est-à-dire, classés en Gir 4 ou 3) ; en 2023, cette proportion est inférieure à 1 %. Point frappant, dès 2020, 39 % d'entre elles étaient décédées et, à la fin de la période, l'ensemble des bénéficiaires de ce parcours sont sortis de l'Apa à domicile en raison de leur décès.

Graphique n° 10 : Les cinq parcours-types de l'Apa à domicile pour les bénéficiaires de la cohorte 2019



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du Département.

Note de lecture : le groupe n° 1, composé de 747 personnes, est constitué à 66 % de bénéficiaires en Gir 4 et 23 % d'allocataires en Gir 3 en 2019. En 2024, 64 % ne sont plus dans l'Apa à domicile et 33 % sont décédés. La hausse de l'aire orange au fil des années illustre la sortie massive du dispositif d'Apa à domicile, celle de la zone rouge correspond aux décès.

Les trajectoires n° 3 (998 bénéficiaires) et n° 4 (521 bénéficiaires) sont proches et traduisent des résultats favorables en matière d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Le parcours n° 3 rassemble une population initialement très dépendante (51 % en Gir 2 contre 27 % en Gir 4 en 2019) dont le classement évolue de manière défavorable au fil du temps, évolution attendue au regard de leur état initial. La part de bénéficiaires en Gir 4 passe de 27 % en 2019 à moins de 1 % en 2024. Malgré cette dégradation, ces personnes parviennent à demeurer à domicile, ce qui constitue un indicateur de maintien effectif dans le cadre de l'Apa (faible zone orange dans le graphique n° 10). Le parcours n° 4 est composé d'allocataires moins dépendants (32 % de Gir 4 et 67 % de Gir 3 en 2019) qui ne sortent que peu de l'Apa à domicile. Au fil du temps, la proportion de décès est plus importante pour le parcours n° 3 que le parcours n° 4. En 2024, respectivement 56 % et 27 % des bénéficiaires sont décédés (zones rouges dans le graphique n° 10).

La trajectoire n° 5 (1 235 bénéficiaires) soulève davantage de difficultés d'interprétation. Observée isolément, elle pourrait être analysée comme le signe d'une politique d'Apa à domicile permettant un maintien du niveau de vie des allocataires. Toutefois, la stabilité du classement en Gir sur une période de cinq années, sans dégradation constatée, interroge sur la fiabilité de l'analyse des parcours que la chambre pourrait réaliser, d'autant plus au regard des observations formulées précédemment sur les évaluations médico-sociales des bénéficiaires, tant dans leur qualité que dans leur non-renouvellement à moins de cinq ans. Il n'est donc pas procédé à l'approfondissement de l'analyse de cette trajectoire.

3.2.1.2 Des différences de parcours associées à un degré inégal d'utilisation de l'Apa

Afin d'évaluer l'origine des différences observées entre les parcours d'Apa à domicile, la chambre a conduit une analyse multidimensionnelle distinguant les caractéristiques intrinsèques des allocataires, les conditions de prise en charge et le degré d'utilisation de l'aide sociale départementale par les bénéficiaires.

En ce qui concerne les caractéristiques individuelles, la proportion de femmes au sein des trajectoires est homogène, à l'exception du parcours n° 2 où elle atteint seulement 56 %, contre une moyenne de 75 %. Des écarts notables se retrouvent également dans la proportion d'allocataires vivant en couple (57 %, contre une moyenne de 65 %), ainsi que dans la part des bénéficiaires placés sous tutelle (3 %, contre une moyenne de 7 %). Ces éléments, relevés dans le cadre de la séquence n° 2, traduisent de manière convergente un besoin d'accompagnement plus marqué que dans les autres configurations observées. Ils suggèrent que la prise en charge de l'isolement constitue un facteur déterminant dans l'efficacité de l'Apa à domicile, facteur particulièrement marqué parmi les allocataires de sexe masculin.

L'âge médian des bénéficiaires (entre 82 et 84 ans) est proche d'une situation à l'autre. L'accès aux soins, mesuré par la proportion de bénéficiaires disposant d'un médecin traitant, se situe entre 73 % et 76 % et ne présente pas d'écart significatif. Le mode de prise en charge, le régime juridique et tarifaire du Saad, n'entraîne pas non plus de différences significatives au sein des trajectoires, comme l'illustre le tableau n° 8.

Tableau n° 7 : Caractéristiques des quatre parcours d'Apa à domicile

Dimension	Variables	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Moyenne
Caractéristiques intrinsèques	Part de femmes	79%	56%	74%	72%	70%
	Âge médian	82%	84%	83%	82%	83%
	Présence d'un médecin traitant	76%	76%	75%	73%	75%
	Présence d'un tuteur	10%	3%	5%	7%	6%
	Personne vivant seule	69%	57%	61%	64%	63%
Caractéristiques de prise en charge	Mode de prise en charge prestataire	92%	90%	91%	86%	90%
	Mode de prise en charge emploi direct	10%	12%	11%	17%	13%
	Saad associatif	50%	50%	51%	49%	50%
	Saad tarifé	44%	44%	35%	42%	41%
Degré d'accompagnement	Taux saturation du plan d'aide	51%	0%	0%	59%	28%
	Taux de non-consommation du plan d'aide	87%	64%	59%	58%	67%

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du Département.

Le degré d'utilisation de l'Apa présente, en revanche, de fortes variations. Les taux de sous-consommation s'élèvent à 87 % et 64 % pour les parcours n° 1 et 2, contre 59 % et 58 % pour les séquences n° 3 et 4. Les taux de saturation des plans d'aide diffèrent également, selon les situations.

Les écarts observés entre les parcours ne résultent pas uniquement des caractéristiques propres aux bénéficiaires, mais dépendent du niveau réel d'utilisation de l'allocation. L'efficacité de l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais dépend donc des modalités de déploiement de cette politique par le Département.

3.2.2 Les effets de l'Apa sur les hospitalisations des bénéficiaires

À partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information, la chambre a examiné les principaux motifs d'hospitalisation des personnes âgées, en distinguant celles bénéficiant de l'Apa de celles qui n'en relèvent pas.

3.2.2.1 Des hospitalisations pour chute plus nombreuses dans le Pas-de-Calais et chez les bénéficiaires de l'Apa

Entre 2018 et 2024, 111 749 personnes de 75 ans et plus ont été hospitalisées pour chute¹⁰² en France, soit 18 hospitalisations pour 1 000 habitants de cette tranche d'âge. Dans le Pas-de-Calais, la fréquence des hospitalisations pour ce motif est plus significative : 22 en moyenne pour 1 000 séniors de 75 ans et plus. Parmi les départements comparables, 14 623 personnes âgées chutent chaque année, soit 18 hospitalisations en moyenne pour 1 000 habitants. Cette prévalence plus sensible des hospitalisations pour chute dans le Pas-de-Calais ne résulte pas d'une dynamique récente : depuis 2018, nombre d'hospitalisations pour ce motif (34 %) connaît une croissance identique à celle des autres territoires.

En 2024, 3 097 personnes âgées de 75 ans et plus ont été hospitalisées pour chute dans le département, dont 919 bénéficiaires de l'Apa et 2 178 non-bénéficiaires de l'Apa. Le taux de prévalence atteint alors 32 hospitalisations pour 1 000 allocataires, contre 20 pour 1 000 personnes non couvertes par l'allocation.

Le Pas-de-Calais semble donc davantage concerné par les hospitalisations pour chute des séniors. La politique d'Apa à domicile du Département ne semble pas suffisamment efficace pour les limiter chez les personnes âgées bénéficiaires de l'Apa à domicile, en dépit de l'aide humaine et matérielle dont elles peuvent disposer, comme l'aménagement de leur logement pour limiter la prévalence des hospitalisations pour chute. Néanmoins, les questions relatives à l'aménagement du logement des personnes âgées ne relèvent pas uniquement du Département. Elles impliquent d'agir de concert avec les services de l'État et les intercommunalités qui portent une grande partie des dispositifs incitatifs et stratégiques au-delà de l'Apa.

Dans sa réponse au rapport d'évaluation provisoire, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie souligne l'intérêt, pour l'ensemble des Départements, de disposer d'une évaluation multidimensionnelle (i.e. du niveau de dépendance et de l'environnement matériel et social) qui concourt au financement des aides techniques et d'aménagement du logement

¹⁰² Les hospitalisations pour chute correspondent aux séjours en médecine, chirurgie et obstétrique réalisés en établissements de santé, pour lesquels le diagnostic associé identifie une chute ayant entraîné une fracture.

(- 30 % de fréquence de chute, et - 20 % de risque de chute à la suite de la visite d'un ergothérapeute).

3.2.2.2 Un niveau d'hospitalisations potentiellement évitables également marqué

Dans le cadre de son évaluation, la chambre a retenu la déshydratation¹⁰³ comme exemple d'hospitalisation potentiellement évitable¹⁰⁴. La prévalence des hospitalisations pour ce motif est supérieure dans le Pas-de-Calais par rapport à la moyenne nationale et à celle des départements comparables. En moyenne, 22 771 personnes âgées de 75 ans et plus ont été hospitalisées pour déshydratation dans l'ensemble des départements entre 2018 et 2024, soit 3,5 hospitalisations pour 1 000 habitants. Dans le Pas-de-Calais, le taux s'élève à 4,5 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, tandis qu'il est de 3,72 ‰ dans les départements comparables.

En 2024, 575 personnes âgées de 75 ans et plus ont été hospitalisées pour ce motif dans le Pas-de-Calais : 137 bénéficient de l'Apa, soit 4,72 hospitalisations pour 1 000 allocataires, et 438 n'en disposent pas, soit 4,1 hospitalisations pour 1 000 non-allocataires.

Il ressort des données présentées que le taux de prévalence des hospitalisations pour déshydratation est plus significatif dans le Pas-de-Calais et pour les bénéficiaires de l'Apa : cette politique semble donc peu efficace en la matière.

La chambre souligne toutefois que ces constats, qu'ils concernent les hospitalisations pour chute ou pour déshydratation, gagneraient à être consolidés par des études plus approfondies intégrant davantage les caractéristiques individuelles des bénéficiaires. En l'état, le Département n'a pas conduit d'analyses spécifiques pour évaluer les effets de l'Apa sur les conditions de vie et la santé des allocataires. Il n'est pas en mesure d'apprécier l'efficacité de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, et l'analyse de la chambre tend à indiquer une quasi-absence d'efficacité du bénéfice de l'allocation sur les chutes et les hospitalisations évitables comme la déshydratation.

En conséquence de ces différents constats, tant sur les trajectoires et les décès associés non-expliqués que sur les hospitalisations, il importe que le Département mène avec les institutions partenaires une étude épidémiologique des effets sanitaires et médico-sociaux de l'Apa à domicile sur les personnes accompagnées, notamment les hospitalisations pour chute, pour déshydratation ou, plus généralement, les hospitalisations potentiellement évitables. Cette démarche gagnera à être conduite avec les acteurs concernés par le service public départemental d'autonomie, notamment l'agence régionale de santé, les caisses de sécurité sociale, ou les établissements sanitaires et médico-sociaux, appuyés des autorités nationales, comme la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Recommandation n° 7. Mener avec les institutions partenaires une étude épidémiologique des effets sanitaires et médico-sociaux de l'Apa à domicile sur les bénéficiaires.

¹⁰³ Il s'agit des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique qui ont pour diagnostics principaux la déshydratation.

¹⁰⁴ La notion d'hospitalisation potentiellement évitable a été précisément définie par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees, *Études et Résultats*, avril 2023, n° 1262). Elle recouvre les pathologies chroniques pour lesquelles une meilleure prise en charge en amont permettrait de la réduire.

En réponse à la question posée, l'Apa à domicile permet, en partie, d'accompagner la perte d'autonomie des personnes âgées. L'évaluation de cette politique met en évidence un degré d'efficacité inégal, produisant des effets contrastés sur le maintien à domicile et sur la qualité de vie des allocataires. Certains parviennent à rester chez eux avec une évolution stable de leur dépendance, tandis que d'autres quittent rapidement le dispositif, soit en entrant en établissement, soit en raison d'un décès. Également, en l'état des données disponibles, l'Apa ne semble pas suffisamment efficace pour limiter les hospitalisations pour chute et celles qui sont potentiellement évitables, lesquelles contribuent à dégrader la qualité de vie des personnes âgées en perte d'autonomie.

Le président du conseil départemental, dans sa réponse au rapport d'évaluation provisoire, indique que « *la sortie rapide du dispositif d'Apa ne peut être systématiquement traduite comme un évènement défavorable, alors qu'elle peut également résulter d'un évènement favorable et d'un retour à une meilleure autonomie* ». Cette hypothèse ne semble, en revanche, concerner qu'un nombre limité de bénéficiaires¹⁰⁵ et suppose un réexamen à échéance régulière du niveau de dépendance de la personne concernée. Il souligne, par ailleurs, que la crise sanitaire est susceptible d'avoir eu des effets sur la mortalité, le non-recours aux soins et la prise en charge tardive de certaines pathologies. Le département gagnera à approfondir ces éléments dans le cadre de l'étude épidémiologique que la chambre recommande de mener avec l'ensemble des parties-prenantes et des détenteurs des données.

3.3 La faible qualité des prestations délivrées par les Saad du Pas-de-Calais

Dans cette sous-partie, la chambre s'attache à répondre à la sous-question évaluative suivante : *dans quelle mesure le modèle d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile du Pas-de-Calais, reposant sur de l'intermédiation, présente-t-il une valeur ajoutée en termes de qualité de la prestation par rapport aux autres modes d'intervention ?*

L'analyse s'articule en trois volets. Le premier examine les dispositifs de contrôle de la qualité instaurés par le Département. Le deuxième porte sur l'identification des déterminants quantitatifs susceptibles d'influer sur la qualité des prestations. Le troisième procède à une évaluation de la qualité effective des interventions réalisées par les services d'aide et d'accompagnement à domicile dans le Pas-de-Calais.

3.3.1 Une qualité des prestations délivrées à contrôler et à piloter

3.3.1.1 Les obligations de contrôle des Départements et des services d'aide et d'accompagnement à domicile

Le Département, autorité compétente pour délivrer les autorisations d'activité aux services d'aide et d'accompagnement à domicile, est responsable du contrôle de la qualité et de la sécurité des prestations fournies aux bénéficiaires. Les vérifications sont conduites à la fois sur pièces et sur place, afin d'examiner la conformité des activités aux dispositions du code de

¹⁰⁵ Voir Drees, *La durée de perception de l'Apa est de trois ans et demi en moyenne*, octobre 2018.

l'action sociale et des familles¹⁰⁶ et au cahier des charges définissant les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des services. Lorsque ces dernières ne sont pas conformes ou présentent des risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes et le respect de leurs droits, le Département peut enjoindre le service d'y remédier, dans un délai qu'il fixe. En fonction de la gravité des irrégularités relevées, il dispose également d'un pouvoir de sanction gradué allant de l'astreinte financière jusqu'à la suspension, au retrait ou au non-renouvellement de l'autorisation accordée.

Le cahier des charges applicable aux Saad

Les décrets du 22 avril 2016 et du 13 juillet 2023¹⁰⁷ ont introduit un cahier des charges fixant les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement applicables aux Saad. Il constitue le référentiel national encadrant la structuration et la qualité des interventions de ces services.

Il appartient ainsi aux Saad de définir et de mettre en œuvre les modalités d'organisation, d'encadrement et de coordination des interventions, afin d'assurer une prestation de qualité et d'en justifier l'effectivité. Ils participent à l'objectif général de soutien au maintien à domicile et de préservation de l'autonomie des personnes accompagnées. Ils s'engagent, en outre, à assurer la continuité des interventions, y compris les samedis, dimanches et jours fériés. Cet engagement figure dans le document individuel de prise en charge. Les structures d'aide à domicile mettent également en place un dispositif de suivi individualisé des interventions, en accord avec la personne accompagnée. Ils tiennent à jour l'historique des interventions, notamment en ayant recours à un logiciel de télégestion.

Les Saad doivent se conformer à ce référentiel pour obtenir le maintien de leur autorisation d'exercer délivrée par le département. Toutefois, cette conformité repose principalement sur les déclarations des services et n'est vérifiée de manière effective qu'à l'occasion des contrôles réalisés par le département, ce qui rend ces derniers indispensables.

Les contrôles départementaux s'articulent avec une obligation d'évaluation qui s'impose aux Saad. En application de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, ils doivent procéder à une évaluation externe de la qualité des prestations délivrées, selon une méthodologie définie et validée par la Haute Autorité de santé. Cette procédure vise à garantir l'effectivité d'un suivi régulier de la qualité, à objectiver les constats formulés et à fournir au Département un outil complémentaire de pilotage et de régulation.

3.3.1.2 Des outils de contrôle et de pilotage de la qualité à disposition du Département

Le département du Pas-de-Calais a instauré un ensemble d'outils destinés à contrôler la qualité et la sécurité des prestations fournies par les Saad, en sus de sa capacité à accorder, modifier ou retirer l'autorisation d'activité de ceux intervenant sur son territoire¹⁰⁸.

¹⁰⁶ Voir article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles.

¹⁰⁷ Voir décret n° 2016-502 du 22 avril 2016 relatif au cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile et modifiant le code de l'action sociale et des familles et décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles et aux services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 1° et 16° du I de l'article L. 312-1 du même code.

¹⁰⁸ Articles L. 312-1 et L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles.

- *Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, et les audits qualité*

Ces contrats constituent un levier de contrôle. Ils fixent pour objectifs de continuer à améliorer la qualité du service rendu aux usagers et de poursuivre l'objectif d'équilibre budgétaire par la mise en œuvre d'un « juste tarif » et de mesures d'optimisation concourant à la pérennité du service. Leur signature conditionne, par ailleurs, l'accès à la dotation complémentaire qualité de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022¹⁰⁹. Cette ressource vise à soutenir les services confrontés à des publics aux besoins spécifiques, à intervenir sur des plages horaires atypiques ou dans des zones difficiles d'accès. Elle favorise également des actions de lutte contre l'isolement, de soutien aux aidants et d'amélioration de la qualité de vie au travail. Pour le Pas-de-Calais, une enveloppe prévisionnelle de 14,9 M€ était ainsi prévue en 2022. Au titre de l'exercice 2025, 22 M€ de crédits sont inscrits au budget de la collectivité.

Dans le cadre du suivi de ces contrats, le Département organise des audits qualité des Saad en amont de la préparation et de la signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens car ils permettent de poser un état des lieux de l'existant en termes d'organisation et de fonctionnement. Ils portent sur les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement du service, notamment au regard du respect de la santé, de la sécurité et du bien-être physique et moral des salariés et des personnes vulnérables accompagnées, conformément au cahier des charges national. Un diagnostic financier complète ces investigations. À l'issue, un rapport d'audit est établi et présenté en réunion de diagnostic partagé. Un procès-verbal de conformité est, quant à lui, réalisé uniquement pour l'ouverture du nouveau Saad.

- *Les inspections et le contrôle d'effectivité des prestations servies*

Le Département a formalisé une procédure d'inspection qui comprend des enquêtes de satisfaction menées auprès des bénéficiaires, à domicile ou par téléphone, sur la base d'un questionnaire structuré autour de l'accueil, de l'information, de la réalisation et du suivi des interventions. Parallèlement, un contrôle de facturation est opéré, consistant à confronter l'activité déclarée, la facturation auprès des usagers et les plannings effectifs. Ces inspections donnent lieu à des visites sur site conduites en lien avec la Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités. L'ensemble de ces constats est ensuite consigné dans un rapport d'inspection qui documente la qualité, la satisfaction des usagers et l'effectivité des prestations financées au titre de l'Apa à domicile.

- *Le suivi des évènements indésirables*

Le Département a mis en place un dispositif de recensement des évènements indésirables liés à l'Apa – i.e. dysfonctionnements graves visés à l'article L. 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles. Les évènements transmis¹¹⁰ concernent aussi bien la situation médicale du bénéficiaire, la qualité de l'accompagnement et la continuité des interventions que les conditions d'organisation et de service des prestations. En centralisant ces signalements sous forme de base de données, le dispositif joue un rôle d'alerte et fournit un outil de pilotage.

¹⁰⁹ Article 44 de la loi du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

¹¹⁰ Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.

Il permet d'analyser la fréquence et la gravité des incidents et d'engager, le cas échéant, des actions correctrices.

Le Département s'est ainsi doté d'une gamme étendue d'outils de contrôle. Leur mise en œuvre effective devrait lui permettre de garantir la qualité des prestations.

3.3.1.3 Une faible utilisation concrète des outils de contrôle et de pilotage

Entre 2018 et 2024, seuls 29 Saad ont fait l'objet d'un audit portant sur la qualité de leurs prestations, et 65 contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens¹¹¹ ont été conclus sur un total de 154 structures autorisées dans le Pas-de-Calais. Les inspections, qui constituent un autre levier de vérification de la qualité et de l'effectivité des interventions, apparaissent également peu mobilisées : trois seulement ont été réalisées chaque année entre 2021 et 2023, et sept en 2024. Ce rythme, particulièrement faible au regard du nombre de structures, ne permet pas d'assurer un examen régulier et systématique de la qualité des prestations.

Les différents rapports de contrôle, qu'il s'agisse des audits ou des inspections, demeurent, en outre, lacunaires. Les questionnaires relatifs à la satisfaction des bénéficiaires et à la qualité du service ne sont pas renseignés, les synthèses sur l'effectivité des aides sont absentes, et les observations formulées se réduisent fréquemment à de simples mentions binaires (« oui » ou « non »), sans explication ni analyse. Ces documents, insuffisamment détaillés, ne sont pas diffusés auprès des parties concernées et ne sont pas utilisés par le Département comme outils de pilotage. Leur portée reste formelle.

Le Département ne se saisit pas, non plus, de ses prérogatives d'injonction, d'astreinte et de sanction. Les situations de manquement, qu'il s'agisse d'un non-respect du cahier des charges, d'irrégularités de facturation ou d'insuffisances dans la qualité de l'accompagnement, n'entraînent aucune mesure coercitive. Les rapports se traduisent quelque fois par des recommandations adressées aux gestionnaires, sans calendrier de mise en œuvre, sans dispositif de suivi et sans possibilité effective de sanction.

Le contrôle et le pilotage effectifs de la qualité sont donc quasi-absents des pratiques du Département, en dépit des nombreux outils à sa disposition qui matérialisent, pourtant, la volonté d'y procéder.

En réponse au rapport d'évaluation provisoire, le président du conseil départemental indique que *« les audits et les inspections des Saad ne constituent pas l'unique champ d'intervention du bureau, ni d'ailleurs l'unique modalité de traitement des difficultés : l'analyse des rapports de l'Haute autorité de la santé des Saad ou encore le traitement des réclamations et des incidents dont le nombre a doublé sur la période contrôlée sont autant d'outil de veille et de contrôle de la qualité et de l'activité des Saad »*. Il ajoute que la direction de l'autonomie a été réorganisée à compter du 1^{er} novembre 2025 afin de centraliser, au sein du bureau qualité, l'accompagnement des Saad, le contrôle d'effectivité et les audits qualité.

¹¹¹ Le département n'a été en mesure que de produire 65 CPOM à la demande de la chambre.

3.3.2 Des difficultés dans la qualité des prestations délivrées

À l'issue de l'analyse qualitative conduite auprès de 130 allocataires de l'Apa à domicile, des constats relatifs à la qualité des prestations ont été formulés de façon récurrente. Comme l'illustre l'encadré ci-dessous, la qualité des prestations d'aide à domicile pose de réelles difficultés pour une large partie des bénéficiaires rencontrés par la chambre.

Les entretiens menés par la chambre mettent en évidence l'instabilité du personnel intervenant, les personnes concernées soulignant une rotation trop fréquente qui empêche la construction d'un lien de confiance et fragilise la continuité de l'accompagnement. À cette instabilité s'ajoute un manque de professionnalisme et de formation de certains intervenants, illustré par des comportements inadaptés ou l'absence de maîtrise des gestes liés à la dépendance ou aux pathologies spécifiques des personnes âgées. Les interventions sont fréquemment trop brèves et ne respectent pas toujours le rythme de vie des personnes âgées, qui évoquent des passages à des horaires inadaptés ou des retards répétés. L'organisation des Saad est également mise en cause : absence de remplacements, plannings instables, communication défailante avec les familles.

Ces dysfonctionnements conduisent certains allocataires à limiter volontairement leur recours à l'Apa, préférant s'en remettre à leurs propres moyens plutôt que de poursuivre un accompagnement jugé insatisfaisant.

Témoignages, issus de l'analyse qualitative, quant à la qualité des prestations

Mme Trives, 95 ans, Gir 2, bénéficie d'un accompagnement structuré, avec des aides à domicile trois fois par jour pour la toilette, les repas et le ménage, complétées par des passages d'infirmière deux fois par jour. Elle regrette que certaines prestations soient trop courtes. Si l'aide permet globalement de répondre à ses besoins et respecte son rythme de vie, elle exprime un mécontentement croissant lié à l'instabilité des intervenants. Elle déplore également un manque de professionnalisme chez certains : *« On me sert à manger et on me regarde avec son téléphone en attendant que je finisse. »*

Mme Grenadier a engagé une demande d'Apa à la suite d'une hospitalisation. Bien que plusieurs heures aient été proposées dans un plan d'aide, elle a préféré en limiter le nombre après avoir constaté la qualité décevante des prestations, notamment pour les actes de toilette. Un ajustement du plan est donc intervenu. Elle affirme à ce titre : *« Je préfère encore me débrouiller toute seule. »* Elle déplore un manque de continuité dans les intervenants : *« Il y en a une sur dix qui fait bien son travail »*. Cette forte rotation, ajoutée à une impression d'être dépendante du bon vouloir d'intervenants peu investis la pousse à réduire le recours à l'Apa.

Mme Lanverat, Gir 2, est très affectée par la forte rotation des intervenants – jusqu'à ne plus connaître leurs prénoms – et a demandé un abaissement de son plan d'aide, alors même que ses droits lui permettaient un accompagnement plus soutenu. Elle n'a conservé que les interventions de deux salariées avec qui elle s'est sentie en confiance, l'une pour le ménage, l'autre pour l'aide à l'habillement. Depuis l'arrêt maladie de la première, il y a six mois, aucun remplacement n'a été proposé par le Saad, malgré l'existence d'une troisième intervenante en qui Mme Lanverat disait également avoir confiance. Le Saad ne s'est pas adapté à ses besoins et ne lui a proposé aucune alternative.

M. Pépin, Gir 1, bénéficie de l'Apa depuis moins de 10 ans. Son état de santé s'est dégradé en raison de multiples pathologies médicales. Ses proches indiquent qu'il consomme toutes les heures prévues à son plan d'aide, mais que l'aide apportée reste insuffisante. Ils expliquent que les intervenants ne sont pas formés à ses pathologies, évoquent leur manque de professionnalisme et la mauvaise communication avec le Saad. Ils indiquent avoir « bataillé » pour obtenir les mêmes intervenants et ont mis leur propre système en place de suivi des soins, des prestations réalisées (cahier de suivi, contact des auxiliaires), afin de pallier les difficultés rencontrées et permettre des échanges plus efficaces entre les intervenants.

Mme Retiers, 102 ans, Gir 2, est bénéficiaire de l'Apa à domicile depuis une dizaine d'années, à la suite de la dégradation de son autonomie. Sa proche aidante explique que, sans l'allocation, sa mère n'aurait pu se maintenir à domicile. Pour autant, les prestations sont décrites comme insuffisantes et insatisfaisantes (instabilité des intervenants, non-respect du rythme de vie). La proche aidante explique notamment que sa mère a déjà été couchée à 17 heures. Face à son insatisfaction, le Saad se défendait de ne pas avoir assez de personnel et « brandissait la menace de l'Ehpad ».

Entretiens collectifs – maison d'accueil rural pour les personnes âgées

L'organisation des interventions à domicile fait l'objet de vives critiques. Les retards sont fréquents, les plannings modifiés en permanence, et les bénéficiaires disent manquer de visibilité. Par exemple, les bénéficiaires indiquent : « Hier, j'ai eu deux heures de retard pour la toilette. Je suis restée en chemise de nuit jusqu'à 11 heures. » ; « Le planning du mois est un vrai torchon : barré, raturé, toujours changé. » ; « Ma maison n'est pas un moulin. J'aimerais avoir la même personne, à une heure raisonnable. Mais il n'y a rien qui bouge ».

Au-delà de ces constats qualitatifs convergents, la chambre a mené une démarche quantitative permettant d'évaluer la qualité des prestations délivrées à l'ensemble des 29 000 bénéficiaires annuels. Elle s'est appuyée sur les données de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, et de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, en l'absence de données du département du Pas-de-Calais. Ces organismes renseignent, en effet, des dimensions essentielles de l'activité des Saad, considérées comme des référentiels pertinents pour appréhender la qualité¹¹² : nature et durée des contrats de travail, accidentologie, absentéisme et conditions générales d'exercice des salariés.

3.3.2.1 Des conditions de travail dégradées qui pèsent sur la qualité des prestations

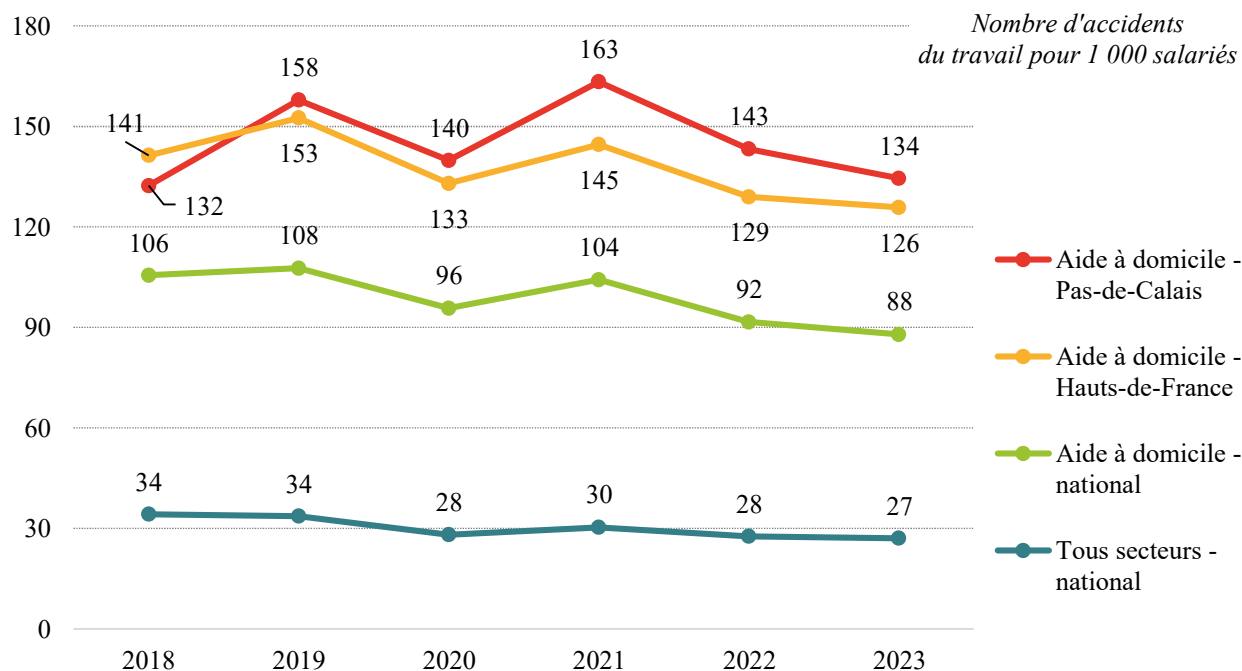
Le volume des arrêts de travail s'avère particulièrement élevé et connaît une progression rapide. Chaque année, environ 20 210 employés sont placés en arrêt, pour un cumul de près de 571 000 journées, soit 28 jours d'arrêt par salarié. La maladie représente la principale cause (71 %), suivie des accidents du travail (14 %), des congés liés à la parentalité (11 %) et des maladies professionnelles (4 %). Cette tendance s'est accentuée depuis 2019. En cinq ans, le nombre d'arrêts a augmenté de 86 %, passant de 4 632 en 2019 à 8 628 en 2024, alors même que les effectifs n'ont progressé que de 29 %. Le rapport entre arrêts et salariés illustre cette dégradation : de 99 arrêts pour 1 000 agents en 2019, il atteint 143 en 2024.

L'accidentologie est également plus élevée par rapport aux autres secteurs d'activités et aux autres départements. L'indice de fréquence des accidents atteint 134 accidents pour 1 000 salariés dans le Pas-de-Calais, contre 126 dans la région Hauts-de-France et 88 au plan national. Ce taux est supérieur à celui relevé dans les Ehpad (103 dans le département, 94 dans

¹¹² L'Inspection générale des affaires sociales considère que les difficultés d'attractivité des métiers de l'aide à domicile compromettent la mise en œuvre effective du virage domiciliaire, avec un risque de non-recours ou d'accompagnement dégradé. Igas, *Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire*, février 2024.

la région, et 91 au niveau national). Cette fréquence plus haute est cumulée avec des arrêts de travail plus longs, ce qui induit des conséquences négatives sur le taux de gravité¹¹³. Un arrêt de travail couvre, en moyenne, 11 indemnités journalières pour 1 000 heures travaillées dans le Pas-de-Calais, contre neuf indemnités dans la région, et sept au niveau national.

Graphique n° 11 : Indice de fréquence des accidents du travail



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de la Carsat.

À ces éléments s'ajoute une prévalence marquée des maladies professionnelles¹¹⁴, quasi-exclusivement liées à des troubles musculo-squelettiques. En 2023, étaient dénombrées 205 pathologies professionnelles pour le secteur de l'aide à domicile dans les Hauts-de-France, dont 65 dans le Pas-de-Calais.

La combinaison de ces facteurs entraîne des répercussions notables sur l'organisation du travail et les conditions de service des prestations d'aide à domicile. À titre d'illustration, le taux médian de rotation du personnel¹¹⁵ des services autonomie et aide atteint 63 %, contre 47 % pour les services de soins infirmiers à domicile et ceux d'aide-ménagère à domicile,

¹¹³ Le taux de gravité est mesuré comme le nombre d'indemnités journalières pour 1 000 heures travaillées.

¹¹⁴ Une maladie est dite « d'origine professionnelle » si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle. Pour être reconnue et donner lieu à réparation, elle doit : figurer dans l'un des tableaux de maladies professionnelles (annexés au code la sécurité sociale) et être reconnue comme maladie professionnelle au terme d'une procédure de reconnaissance.

¹¹⁵ Selon la même approche que la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques du ministère du travail, le taux de rotation est la moyenne des taux d'entrée et de sortie. Ces derniers s'entendent comme le rapport entre le nombre total d'entrées ou de sorties et l'effectif moyen sur la période.

et 59 % pour les résidences autonomie. Le secteur des auxiliaires de vie apparaît donc particulièrement exposé à cette instabilité.

Les entretiens conduits par la chambre auprès des Saad corroborent ces constats statistiques. L'ensemble des structures rencontrées font état de difficultés récurrentes en matière d'accidentologie, d'absentéisme et de rotation de leurs effectifs.

Il ressort de cette analyse que le secteur de l'aide et de l'accompagnement à domicile dans le Pas-de-Calais se caractérise par des conditions de travail sensiblement plus dégradées que dans les autres territoires. Ces difficultés structurelles ont des effets directs sur la qualité des prestations délivrées aux bénéficiaires, tant en termes de continuité de service que de qualification et de stabilité des intervenants.

3.3.2.2 Une prise en compte insuffisante des proches aidants

Plusieurs dispositifs existent afin de soutenir les aidants dans le cadre de l'Apa à domicile. Le plan d'aide du bénéficiaire peut, par exemple, être majoré afin de fournir une aide au répit de l'aidant¹¹⁶. Il revient à l'équipe médico-sociale du Département d'apprécier le besoin de répit de ce dernier et de proposer, dans le cadre du plan d'aide, le recours à l'un ou plusieurs des dispositifs suivants : accueil temporaire ou de jour en établissement habilité à l'aide sociale.

Ceux-ci visent à alléger la charge des aidants et à sécuriser le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. En effet, selon le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge¹¹⁷, les proches aidants tiennent un rôle important, mais lourd, auprès des personnes âgées à domicile, notamment pour la coordination des interventions professionnelles autour de la personne accompagnée. Ce rôle est délicat et les situations de fatigue, voire d'épuisement, ne sont pas rares. Elles peuvent avoir de graves retentissements pour la personne accompagnée (placement en urgence en institution, maltraitance, etc.) ou pour le proche aidant (dégradation de son état de santé ou de sa propre autonomie).

Selon les données du logiciel *Genesis*, il n'existerait que 190 proches aidants identifiés bénéficiant d'une mesure d'aide, soit 1 % du total des allocataires de l'Apa à domicile. La maison de l'autonomie de l'Arrageois n'enregistrerait ainsi que six demandes de répit par an. L'information concernant ces dispositifs et leur recours semblent méconnus des personnes âgées dépendantes et de leurs proches. Ce constat a également été directement et spontanément évoqué par certains proches dans le cadre des entretiens qualitatifs.

Témoignage de Mme Hasselin, 53 ans, proche aidante : « Un malade ne peut pas s'occuper d'un malade »

Mme Hasselin est proche aidant de sa mère, allocataire de l'Apa. Elle explique avoir quitté son emploi pour s'en occuper, en raison des prestations insatisfaisantes d'un Saad. Celles-ci n'étaient pas correctement réalisées, et largement insuffisantes pour couvrir les besoins de sa mère, qui requiert des soins particuliers et est très dépendante.

Elle explique s'épuiser jour et nuit pour aider sa mère et indique avoir demandé de l'aide à l'assistante sociale sans succès. L'aide ne lui permet pas de s'occuper d'elle-même, alors qu'elle souffre de diabète. Elle souligne l'insuffisance des heures, la qualité médiocre des prestations, et un épuisement profond.

¹¹⁶ Article D. 232-9-1 du code de l'action sociale et des familles.

¹¹⁷ HCFEA, *Bien vivre et vieillir dans l'autonomie à domicile*, 20 février 2024.

En outre, le suivi des proches aidants dysfonctionne, puisqu'il revient à chaque maison de l'autonomie d'y procéder avec ou sans remontée d'information aux services centraux. Cette absence de centralisation et d'exploitation pertinente des données limite la capacité du Département à identifier les besoins non satisfaits, à ajuster les ressources et à mettre en œuvre une démarche cohérente de soutien aux aidants.

Les mesures en faveur des proches aidants dans le Pas-de-Calais sont largement insuffisantes et pèsent sur la qualité de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Or une étude de l'institut des politiques publiques¹¹⁸ soulignait que « *le virage domiciliaire risque de faire peser une responsabilité de plus en plus importante sur un nombre réduit de personnes [...] le nombre d'aidants potentiels par personne en perte d'autonomie va baisser. Les aidants seront donc de plus en plus contraints à aider, ce qui pourrait avoir des conséquences tant sur l'effet de l'aide, sur leur santé que sur la qualité de l'aide apportée* ».

En réponse à la question évaluative, il apparaît que les modalités de mise en œuvre de l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais ne présentent pas un surplus de qualité dans les prestations délivrées aux bénéficiaires par les Saad. Au contraire, les indicateurs permettant d'approcher la qualité des aides et le soutien de proches aidants sont plus dégradés et faibles que dans les autres départements.

La chambre recommande donc de renforcer le contrôle et le pilotage de la qualité des prestations fournies par les services d'aide et d'accompagnement à domicile. Le Département peut, pour cela, systématiser les audits et les inspections, dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens couvrant l'ensemble des Saad, enrichir substantiellement le contenu de ses contrôles d'effectivité, et exploiter davantage les résultats des échanges qu'il entend mener avec les bénéficiaires. Il peut également se saisir de ses prérogatives et accorder, modifier ou retirer les autorisations d'activité des Saad, selon la nature des constats effectués.

Recommandation n° 8. Renforcer le contrôle et le pilotage de la qualité des prestations fournies par les services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Dans sa réponse au rapport d'évaluation provisoire, le président du conseil départemental précise avoir participé au financement, avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, de différentes actions de préventions des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail dans le cadre d'un plan d'accompagnement des Saad. Selon lui, 110 animateurs de prévention des risques professionnels ont été formés.

Il détaille également différentes solutions proposées aux proches aidants comme l'hébergement temporaire (379 bénéficiaires en 2024) et l'accueil de jours (392 bénéficiaires en 2024). Depuis 2010, une stratégie globale d'accompagnement est déployée et propose, par exemple, des actions de formation, de soutien psychosocial et de prévention à destination des aidants (48 projets pour 247 536 €) et des services d'aide et d'accompagnement à domicile (23 projets pour 189 471 € dans le secteur du handicap), un soutien aux plateformes de répit qui sont principalement des services associatifs dont l'objectif est d'accueillir les personnes sur des demi-journées ou journées, un site internet « aidants62 », etc.

¹¹⁸ IPP, *Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives*, 2023.

Pour finir, il indique « qu'en 2026, tous les services d'autonomie à domicile « aide » tarifés bénéficieront d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et auront donc fait l'objet d'un audit qualité. De même, l'ensemble des services d'autonomie à domicile du Département, « aide » ou « mixte », tarifés ou non, auront fait l'objet d'une vérification de leur conformité au cahier des charges national. »

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Dans cette partie, la chambre a évalué l'efficacité de l'Apa à domicile, en particulier son impact sur la qualité de vie des bénéficiaires.

Il ressort, tout d'abord, un accès aux droits d'Apa relativement étendu, ce qui constitue un point fort du Département. Les taux de recours et de couverture des incapacités sévères ou modérées sont supérieurs dans le Pas-de-Calais à ceux observés dans la région et au niveau national. Pour autant, des marges de progrès existent, notamment pour accroître le recours aux dispositifs fiscaux de réduction du reste à charge et pour garantir le respect des délais légaux de notification des décisions. Pour le reste, l'exercice effectif des droits est limité, et l'égalité de traitement n'est pas assurée : les évaluations du degré de dépendance et des plans d'aide demeurent hétérogènes, en raison de pratiques évaluatives internes très différentes. Le Département doit renforcer ses méthodes et ses outils d'harmonisation pour garantir une prise en compte des besoins équitables.

Par ailleurs, le Département limite les droits des bénéficiaires, du fait d'évaluations non-conformes à la loi. Il ne procède pas à des visites au domicile des demandeurs dans deux cas sur trois. Il n'est ainsi pas en capacité de garantir aux bénéficiaires un accompagnement adapté, sachant que la grille Aggir présente d'importants effets de seuil, ce qui rend nécessaire l'appréciation in concreto de leur situation et de leurs besoins. De plus, alors que les autres acteurs de l'autonomie procèdent, a minima, à une réévaluation des droits tous les ans, le Département s'est fixé une durée de cinq ans, qu'il ne respecte pas dans 20 % des cas. Ce faisant, le niveau de dépendance et les besoins des allocataires ne sont pas actualisés, ce qui limite leur accompagnement sur mesure et révisé périodiquement comme le veut la loi.

Enfin, les mesures récentes « d'optimisation » des dépenses, fondées sur la réduction d'heures d'aide-ménagère ou sur le « regirage » de nombreux allocataires aboutissent à des exclusions de l'Apa sans réévaluation préalable. Ces suppressions illégales de droits accordés laissent des bénéficiaires sans solution. Le Département doit sécuriser ses mesures de retrait ou de modification des droits, et prévenir les ruptures de parcours des bénéficiaires. À l'issue de la contradiction, le président du conseil départemental souligne que cette politique d'économie budgétaire « ne concerne qu'une mesure exceptionnelle et ponctuelle qui n'a pas vocation à être reconduite ».

L'efficacité de l'Apa dans le maintien à domicile apparaît inégale : pour une partie des bénéficiaires, l'allocation ne permet pas de bien vieillir à domicile, puisqu'ils sortent massivement et rapidement du dispositif pour aller en institution ou parce qu'ils décèdent. Pour d'autres, elle permet un accompagnement progressif de la perte d'autonomie, sans décès en grand nombre ou sortie du dispositif. S'agissant des hospitalisations pour chute ou de celles évitables, l'Apa ne semble pas suffisamment efficace : les bénéficiaires apparaissent plus exposés, même si un biais de sélection existe. Il importe donc que le Département mène, avec ses partenaires institutionnels, une étude épidémiologique des effets sanitaires et médico-sociaux de l'Apa à domicile.

Enfin, l'évaluation de la qualité des prestations met en lumière des dysfonctionnements et fragilités, comme en ont témoigné les allocataires et leurs proches aidants (horaires non respectés, plannings instables, rotations excessives d'intervenants, absences non remplacées, manque de professionnalisme et difficultés de contact avec les services, etc.). Ceci est confirmé par l'analyse quantitative : le secteur de l'aide à domicile dans le Pas-de-Calais se distingue par un niveau élevé d'arrêts maladie, d'accidents du travail, de maladies professionnelles, et par une rotation importante du personnel. Tout ceci pèse directement sur la qualité des prestations. Le Département doit donc renforcer le contrôle et le pilotage de la qualité des prestations fournies par les Saad.

4 UNE CAPACITÉ INCERTAINE À FINANCER DURABLEMENT LA POLITIQUE D'APA À DOMICILE

Dans cette partie, la chambre s'est intéressée à la question suivante : *dans quelle mesure le modèle d'interventions financées par l'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes à domicile dans le Pas-de-Calais permet-il d'assurer durablement la fourniture du service d'aide à domicile ?*

Cette notion de soutenabilité, appréciée à la fois de manière rétrospective et prospective au regard des projections démographiques de la population en perte d'autonomie, se décline en deux dimensions. La première concerne la charge financière que représente l'Apa à domicile pour le Département. La seconde renvoie à la capacité des services d'aide et d'accompagnement à domicile à conserver un modèle économique viable. Dans un contexte marqué par l'incertitude entourant la réforme des Saad, et les évolutions des concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, l'analyse de la chambre s'inscrit à droit constant (i.e. sans tenir compte des réformes législatives ou réglementaires futures).

4.1 Un financement de l'Apa à domicile dont la soutenabilité n'est pas garantie pour le département du Pas-de-Calais

Dans cette sous-partie, la chambre examine la sous-question suivante : *dans quelle mesure le modèle de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile mis en œuvre par le département du Pas-de-Calais peut-il être considéré comme soutenable sur le plan financier ?*

Pour y répondre, l'analyse a été structurée en plusieurs étapes. Elle a d'abord examiné la place du Département dans le dispositif global de financement de l'Apa. Elle a, ensuite, analysé la situation financière du département et l'incidence du financement de l'Apa sur ses principaux équilibres financiers. Enfin, elle a évalué la soutenabilité de la politique d'Apa à domicile à la lumière des projections démographiques relatives aux personnes âgées en perte d'autonomie.

4.1.1 Le financement de l'Apa à domicile, source de reste à financer pour les Départements

Le financement des prestations d'aide à domicile mobilise quatre catégories d'acteurs aux rôles distincts. La Sécurité sociale intervient principalement par le biais des concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie¹¹⁹ versés aux Départements pour l'ensemble de l'Apa, à domicile et en établissement, ainsi que par les dispositifs de réduction ou d'exonération

¹¹⁹ Cour des comptes, *La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : des fragilités préoccupantes, une consolidation nécessaire*, décembre 2025.

des cotisations patronales et sociales¹²⁰. L'État contribue de manière plus accessoire, à travers les crédits d'impôts relatifs aux services à la personne. Le Département, financeur principal, assure la gestion de l'attribution de l'Apa et prend en charge la couverture du reste à financer après déduction de l'ensemble des concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Les bénéficiaires, pour leur part, participent au financement des prestations selon un montant qui est déterminé par leurs ressources.

4.1.1.1 Les concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Les concours financiers de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, versés aux Départements en application des articles L. 223-5 et L. 223-8 du code de la sécurité sociale, qui lui confient une mission de financer une part des dépenses d'aide à l'autonomie, comportaient principalement deux parts : le concours « Apa 1 » et le concours « Apa 2 », créés par la loi du 28 décembre 2015 précitée d'adaptation de la société au vieillissement. La loi du 28 février 2025¹²¹ de financement de la sécurité sociale pour 2025 a profondément modifié la ventilation et les critères de répartition de ces concours.

Ils sont, en grande partie, indifférenciés, qu'il s'agisse de l'Apa à domicile et de l'Apa en établissement.

- *Les concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie jusqu'en 2025*

Le concours « Apa 1 » était financé par un prélèvement de 7,7 % sur le produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie, de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie, et d'une fraction de la contribution sociale généralisée. Il constituait la principale source de financement des dépenses d'Apa, et son montant était réparti annuellement entre les Départements selon quatre critères : le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus, le montant des dépenses réalisées au titre de l'Apa, le potentiel fiscal départemental¹²², et le nombre de foyers allocataires du revenu de solidarité active. Un mécanisme correctif, déclenché lorsque la part des dépenses nettes des concours dans le potentiel fiscal est supérieur à 30 %, permettait de répartir entre les autres départements la part des dépenses dépassant le seuil de 30 %. Ces critères d'attribution ont une dimension péréquatrice et peuvent être plus ou moins favorables selon les Départements, comme l'indiquait la Cour des comptes dans ses rapports sur les finances publiques locales de 2023¹²³.

Le concours « Apa 2 », financé à hauteur de 61,4 % du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie, était destiné à compenser les charges nouvelles supportées par les départements¹²⁴ comme, par exemple, les actions de soutien et de répit aux proches aidants assurant une aide indispensable au maintien à domicile du bénéficiaire.

¹²⁰ La réduction générale des cotisations patronales, codifiée à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, s'applique à tous les employeurs, y compris les structures d'aide à domicile. Elle concerne les cotisations patronales dues au titre de la sécurité sociale, de l'assurance chômage, de la retraite complémentaire et de la contribution solidarité autonomie. Les Saad peuvent, au surplus, bénéficier d'exonérations spécifiques de cotisations patronales de sécurité sociale, en application de l'article L. 241-10 du code précité.

¹²¹ Loi du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

¹²² Définition du potentiel fiscal à l'article L. 3334-4 du code général des collectivités territoriales.

¹²³ Cour des comptes, Les finances publiques locales 2023, [fascicule 1](#) et [fascicule 2](#).

¹²⁴ Articles L. 232-3-1 à L. 232-4 du code de l'action sociale et des familles, dans leur rédaction issue de la loi du 28 décembre 2015.

En dehors des fonds « Apa 1 » et « Apa 2 », d'autres concours étaient versés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie¹²⁵. Ils étaient destinés à couvrir une partie du coût des actions de prévention¹²⁶, du surcroît des coûts induits par l'application du tarif horaire minimal et de la dotation complémentaire dite « qualité », ainsi que du financement de la gestion administrative. Les actions favorisant l'attractivité, la dignité et l'amélioration des salaires des employés ou assimilés des Saad¹²⁷ étaient également financées par des concours de la Caisse nationale.

- *La réforme des concours par la loi financement de la sécurité sociale pour 2025*

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 simplifie les modalités de financement de l'Apa en fusionnant les concours « Apa 1 » et « Apa 2 » en une enveloppe globale¹²⁸. Le fonds « prestations individuelles » au titre des concours Apa vise désormais à couvrir une partie du coût de l'Apa et des mesures contribuant à l'attractivité, à la dignité et à l'amélioration des salaires des métiers des professionnels des Saad¹²⁹. La répartition entre les Départements repose sur trois critères : les dépenses réalisées par chaque Département au titre de l'Apa et des actions mentionnées ci-dessus en 2025, le taux de couverture pour l'année 2024¹³⁰ et, le cas échéant, un coefficient géographique s'appliquant à ce taux afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, en particulier ceux se rapportant aux caractéristiques économiques, sociales et démographiques.

Conformément à l'article L. 223-8 du code de la sécurité sociale, les concours versés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sont également destinés à couvrir une partie du coût des actions de prévention¹³¹ et des dépenses de fonctionnement de la commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Ils participent à la couverture des surcoûts d'Apa à domicile liés aux actions d'amélioration de la qualité du service rendu à l'usager. Enfin, ces concours contribuent au financement de la gestion administrative de l'Apa à domicile supporté par les Départements.

En 2024, les concours de la CNSA à destination des Départements s'élèvent à 4,8 Md€ dont 3,9 Md€ au titre des personnes âgées et 950 M€ pour les personnes en situation de handicap. Parmi les concours destinés à l'accompagnement des personnes âgées, les dotations mobilisées au titre du mécanisme de compensation du tarif plancher atteignent 347 M€, tandis que les dotations complémentaires associées s'établissent à 360 M€ et celles relatives à l'application de l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 à 228 M€.

Le principe d'un reste à financer départemental, calculé comme la différence entre les dépenses d'Apa et les concours de la Sécurité sociale, demeure.

¹²⁵ Article L. 223-8 du code de la sécurité sociale, dans sa version en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

¹²⁶ Article L. 233-1 du code de l'action sociale et des familles, dans sa version en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

¹²⁷ Article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

¹²⁸ Cette enveloppe comprend un fonds « prestations individuelles » au titre des concours Apa et un fonds « financement des établissements sociaux et médico-sociaux ».

¹²⁹ Article L. 223-11 du code de la sécurité sociale.

¹³⁰ Le taux de couverture correspond au rapport entre la somme des montants des concours perçus au titre de l'année 2024 (concours « Apa 1 » et « Apa 2 », concours afin de contribuer à l'attractivité, à la dignité et à l'amélioration des salaires des métiers des Saad, concours lié au surcoût résultant de l'application d'un tarif horaire minimal, complément de financement ou « geste Apa »), et le montant des dépenses réalisées en 2024 selon le même périmètre que les recettes CNSA.

¹³¹ Article L. 149-11 du code de la sécurité sociale.

Tableau n° 8 : Les principaux concours versés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour financer l'Apa

Libellé de la compensation	Objet du concours
Concours principal (ex-Apa 1 et Apa 2 augmenté)	Concours destiné à couvrir une partie du coût de l'Apa à domicile et des mesures contribuant à l'attractivité des métiers des Saad.
Conférence des financeurs - actions de prévention	Concours destinés à couvrir une partie du coût des actions de prévention prévues à l'article L. 149-11 du code de la sécurité sociale.
Conférence des financeurs - dépenses de fonctionnement de la commission des financeurs	
Dotations complémentaires « qualité »	Concours destinés à couvrir une partie du coût des actions en faveur de la qualité du service rendu à l'utilisateur.
Concours Saad	Concours destinés à couvrir une partie du coût de la gestion de l'Apa à domicile.

Source : chambre régionale des comptes, à partir des codes de l'action sociale et des familles, et de la sécurité sociale.

4.1.1.2 La participation des Départements

Depuis la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie¹³², les Départements sont responsables du financement, de l'attribution et de la gestion de l'Apa, en établissement et à domicile, en tant que chef de file de l'action sociale en faveur des personnes âgées¹³³. Ils assurent le paiement effectif de l'Apa à domicile, quel que soit le mode d'intervention. Cette allocation représente une dépense obligatoire, au sens de l'article L. 1612-15 du code général des collectivités territoriales.

Corolaire d'une couverture partielle des coûts de l'Apa par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, un reste à financer, différent selon le concours versé, s'applique aux Départements. Jusqu'en 2025, le montant des concours « Apa 1 » et « Apa 2 » induisait un reste à financer avec un taux de couverture moyen des dépenses d'Apa de 41,3 %. La logique était identique pour les actions favorisant l'attractivité, la dignité et l'amélioration des salaires des métiers des professionnels des Saad privés, qu'ils soient lucratifs ou associatifs. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie versait une aide de 263 M€ par an, répartie entre les départements en fonction du volume total d'activité réalisé. Le taux de couverture moyen de ces dépenses était de 46,3 % en 2023.

En revanche, les surcoûts résultant de l'application d'un tarif plancher par les Départements, de la dotation complémentaire « qualité » et de la revalorisation des salaires des métiers des professionnels de l'Apa exerçant dans un Saad public étaient entièrement pris en charge par la Sécurité sociale, soit un taux de couverture de 100 % et un reste à financer nul.

¹³² Loi 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.

¹³³ Voir articles L. 121-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles et articles L. 3211-1 et suivants du code général des collectivités territoriales.

4.1.1.3 La participation des bénéficiaires

Prévue par l'article L. 232-4 du code de l'action sociale et des familles, la participation des bénéficiaires de l'Apa à domicile dépend de leurs ressources¹³⁴. Le modèle de participation garantit une contribution nulle en dessous de 918,28 €, une contribution progressive entre 918,28 € et 3 381,82 €, et une contribution forfaitaire de 90 % au-delà.

Lorsque la personne âgée dépendante fait appel à un Saad non tarifé, elle supporte un reste à charge supplémentaire, dit extra-légal, qui s'ajoute à la participation légale prévue dans le plan d'aide. Ce montant correspond à l'écart entre le tarif pratiqué par le service et le financement apporté par le Département, déduction faite de la contribution de l'allocataire. Ainsi, pour un tarif horaire de 30 €, avec une participation fixée à 10 % et un financement départemental de 25 €, la dépense finale pour l'allocataire s'élève à 7,5 €, dont 2,5 € au titre du reste à charge légal et 5 € au titre du reste à charge extra-légal.

Faute de données consolidées au niveau national, la chambre n'a pas été en mesure de déterminer le montant moyen de la participation financière légale. Pour le Pas-de-Calais, elle a toutefois reconstitué cette information, présentée dans l'encadré ci-dessous. En revanche, l'absence de données ou d'éléments informatifs disponibles ne lui a pas permis d'estimer le reste à charge extra-légal.

Le coût global de l'Apa à domicile, hors reste à charge extra-légal

Pour la période 2018-2024, la chambre a pu estimer le coût global de l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais, en agrégeant l'ensemble des contributions des financeurs et des bénéficiaires. Le total cumulé atteint 1 522 M€ : 734 M€ pour le département, 607 M€ pour la Sécurité sociale, 105 M€ à la charge directe des bénéficiaires¹³⁵, et 76 M€ pour l'État¹³⁶.

La charge pour la Sécurité sociale regroupe deux composantes : les concours versés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (441 M€¹³⁷), et les exonérations et réductions de cotisations sociales et patronales (166 M€¹³⁸). Pour sa part, le Département assume 734 M€, ventilés entre le financement direct de l'Apa à domicile (661 M€), et les charges d'administration générale relatives à la gestion du dispositif (73 M€¹³⁹).

En moyenne, la dépense annuelle par bénéficiaire s'élève à 7 497 €. Le Département en finance 3 614 €, la Sécurité sociale 2 991 €, le bénéficiaire 517 € et l'État 375 €.

¹³⁴ Les ressources des bénéficiaires prises en compte dans le calcul de la participation financière légale sont définies aux articles L. 132-1 et L. 132-2 du code de l'action sociale et des familles.

¹³⁵ Ce montant est estimé à partir des taux de consommation effectifs des plans d'aide (modes prestataire et emploi direct, le mode mandataire étant résiduel) et des participations financières prévisionnelles des bénéficiaires tels que prévus lors de la notification des plans d'aide. Il est nécessairement sous-estimé, car il ne tient pas compte du reste à charge extra-légal, non-calculable en l'absence de publicité des tarifs horaires des Saad non-tarifés.

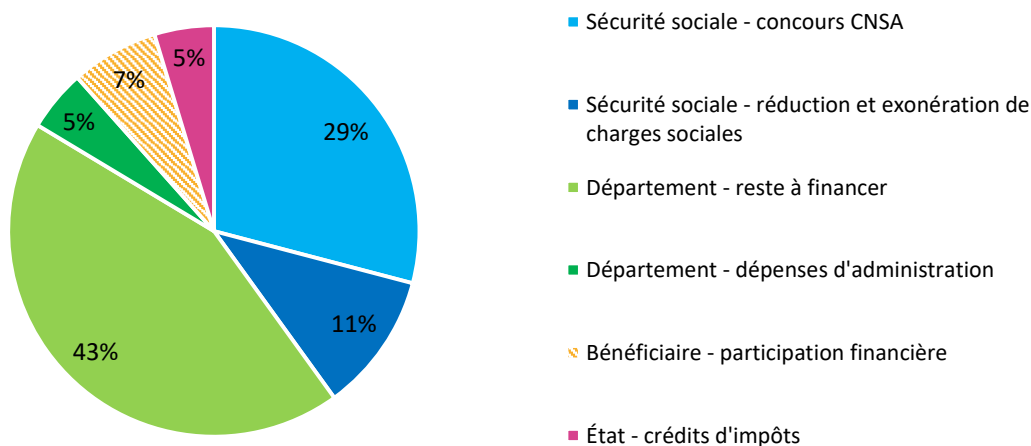
¹³⁶ Il s'agit des crédits d'impôt relatifs aux services à la personne, dont le montant est estimé à partir du fichier *Pote* de la Direction générale des finances publiques.

¹³⁷ Les concours versés par la CNSA ne sont pas ventilés entre l'Apa à domicile et l'Apa en établissement. Toutefois, la chambre a procédé à leur ventilation en leur appliquant la clef de répartition des dépenses d'Apa à domicile et d'Apa en établissement.

¹³⁸ Montant estimé à partir des extractions d'exonérations de cotisations sociales fournies par l'Acoss. Une quotité de 80 % a été appliquée aux exonérations des Saad, car 80 % de leur activité concerne l'Apa à domicile.

¹³⁹ Les charges d'administration générale sont estimées en tenant compte du poids relatif des dépenses d'Apa à domicile dans le total des dépenses ventilées par fonction du département.

Graphique n° 12 : Coût total des mesures d'accompagnement à domicile financées par l'Apa selon les financeurs (2018-2024)



Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes administratifs du département du Pas-de-Calais, des données DGFIP et Acoss.

4.1.2 Une situation financière susceptible d'obérer la capacité du Département à financer l'Apa à domicile

4.1.2.1 Une hausse soutenue des dépenses d'intervention, notamment d'Apa à domicile

Les dépenses du département du Pas-de-Calais se sont élevées, en moyenne, à 1,53 Md€ par an sur la période 2018-2024, soit une progression de 22 % correspondant à une hausse de 311 M€. Ces charges sont composées principalement des aides directes à la personne (41 % du total, soit 629 M€), des charges de personnel (22 %, soit 333 M€) et des aides indirectes à la personne (20 %, soit 298 M€). Les aides directes et indirectes à la personne enregistrent une hausse soutenue de 195 M€ sur la période.

Les dépenses d'intervention sont ventilées entre le revenu de solidarité active (35 % du total de ce poste budgétaire, soit 327 M€ par an en moyenne), l'Apa à domicile et en établissement (23 %, soit 209 M€), l'accueil familial et les frais de séjours de l'aide sociale à l'enfance (14 %, soit 132 M€) et les frais de séjours pour les adultes handicapés et âgées. Si les dépenses liées au revenu de solidarité active enregistrent un repli de 5 % (- 17 M€), celles relatives à l'aide sociale à l'enfance augmentent fortement (+ 76 %, soit + 76 M€), de même que celles liées à l'Apa à domicile et en établissement (+ 34 %, soit + 62 M€). Pour ce dernier poste, la seule dépense d'Apa à domicile enregistre une progression de 44 %, soit un surcroît de charges de 59 M€.

À elle seule, l'Apa à domicile représente 25 % des aides directes à la personne et 10 % des charges courantes. Elle contribue pour 65 % à la croissance des dépenses directes d'intervention, et pour 19 % à celle des charges courantes. De par son volume et sa dynamique, l'Apa à domicile constitue un poste structurant et déterminant de l'architecture budgétaire du Département.

4.1.2.2 La lutte contre la fraude à la double facturation des prestations, un gisement d'économies

La lutte contre la fraude à la double facturation de prestations d'Apa à domicile constitue un gisement d'économies et un enjeu important pour les Départements et les Saad.

À la demande de la chambre, la Mutualité sociale agricole du Nord-Pas-de-Calais a communiqué un échantillonnage de fraudes potentielles aux prestations¹⁴⁰. Sur 108 assurés et bénéficiaires de l'Apa à domicile, le montant total de l'indu pourrait s'élever à 53 862,54 €, en raison de doubles facturations de prestations prises en charge par l'assurance maladie et le Département. À titre d'illustration, Mme G, allocataire de l'Apa depuis 2021 et Gir 2, bénéficie d'une aide à la toilette le matin auprès d'un Saad, et d'une aide à l'habillement, au lever et à la prise alimentaire. La mutuelle a procédé au remboursement de la toilette, car elle est prescrite par le médecin traitant. Pour autant, le Département a également remboursé ces actes, alors qu'ils ne devraient pas être pris en charge, puisqu'ils sont remboursés par l'assurance maladie. En extrapolant au nombre de bénéficiaires de l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais, le renforcement de la lutte contre la fraude aux prestations réalisée par les Saad est susceptible d'engendrer d'importantes économies, dans un contexte budgétaire dégradé.

En réponse au rapport d'évaluation provisoire, le président du conseil départemental indique que des contrôles de facturation et d'effectivité des aides ont été mis en place en 2021 et renforcés en 2023. Selon les données de ses services, 9 structures sur les 23 contrôlées présenteraient une facturation non-concordante avec les heures déclarées au Département. Sur les 9 contrôles présentant une surfacturation, 5 sont clôturés et ont fait l'objet de l'émission d'un titre de recette pour 955 679 €, et 4 sont toujours en phase contradictoire, les montants estimés s'élevant à 1 348 285 €.

4.1.2.3 Des recettes croissantes, mais des marges de manœuvre limitées pour le Département

Les recettes du Département se sont élevées, en moyenne, à 1,67 Md€ par an entre 2018 et 2024, en progression de 15 % (+ 232 M€). La fiscalité, nette des restitutions, constitue la première ressource (69 % du total, soit 1,15 Md€ par an en moyenne), devant les dotations et participations (30 %, soit 493 M€) et les ressources d'exploitation.

Les ressources fiscales se déclinent en cinq postes principaux : les impôts et taxes liés aux activités de service (24 % du produit fiscal propre, soit 244 M€ en moyenne), la fraction de taxe sur la valeur ajoutée attribuée aux Départements (21 %, soit 214 M€), les impôts et taxes liés à la production et à la consommation énergétiques et industrielles (21 %, soit 213 M€), les impôts locaux nets des restitutions (17 %, soit 174 M€), les droits de publicité et d'enregistrement (17 %, soit 171 M€).

Premières en volume, les taxes liées aux activités de service, principalement le reversement de celles sur les conventions d'assurance, enregistrent la plus forte progression (+ 42 %, soit + 85 M€). Pour sa part, le produit de la fiscalité locale chute fortement à la suite de la réforme des impôts locaux, notamment de la suppression de la taxe d'habitation et de la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises : il passe de 348 M€ en 2018 à 6,4 M€ en 2024. Cette perte est compensée par l'attribution d'une fraction de taxe sur la valeur ajoutée visant à

¹⁴⁰ Il s'agit de la fraude potentielle car seul le département est compétent pour traiter de la fraude à l'Apa à domicile.

garantir une neutralité fiscale. Les droits de mutation à titre onéreux, impôt dont le Département conserve la maîtrise des taux et de l'assiette, demeurent stables (+ 1,6 M€ sur la période).

Les ressources institutionnelles se composent principalement de la dotation globale de fonctionnement (55 % du poste, soit 269 M€ par an en moyenne), des participations¹⁴¹ (30 %, soit 150 M€) et des attributions de péréquation et de compensation¹⁴² (12 %, soit 58 M€), dont la dotation de compensation de la réforme de la taxe professionnelle. D'un montant moyen de 63 M€, l'Apa à domicile représente 42 % des participations et 13 % des ressources institutionnelles. Ces dernières connaissent des évolutions contrastées : la dotation globale de fonctionnement recule de 4 % (- 10 M€), de même que les attributions de péréquation et de compensation (- 6 %, soit - 3 M€). À l'inverse, les participations progressent de 52 % (+ 68 M€). Parmi elles, les concours d'Apa à domicile et en établissement croissent de 84 % (+ 59 M€), avec un versant domicile particulièrement dynamique (+ 98 %, soit + 50 M€). Ces concours expliquent à eux seuls 25 % de la hausse des produits de gestion départementaux.

Les recettes d'Apa à domicile tirent ainsi la croissance des produits de gestion du Département, même si elles n'en représentent qu'une très faible part.

4.1.2.4 Une capacité d'autofinancement et de désendettement très dégradées

Conséquence d'une croissance plus soutenue des charges de gestion (+ 22 %, soit + 311 M€) que des produits (+ 15 %, soit + 232 M€), l'excédent brut de fonctionnement s'est réduit de 66 % depuis 2018, soit une baisse 78 M€. La capacité d'autofinancement brute a chuté encore plus nettement (- 87 %, soit - 88 M€), du fait de la dégradation du résultat financier. Si elle représentait 7 % des produits de gestion en 2018, elle tombe à 1 % en 2024, niveau préoccupant au regard des standards habituellement retenus par les juridictions financières.

S'agissant plus spécifiquement de l'Apa à domicile, le reste à financer supporté par le département (95 M€ par an en moyenne) progresse de 11 % entre 2018 et 2024, soit un surcroît de charges de 9 M€. Cette augmentation contribue de manière sensible à la dégradation de l'autofinancement : environ 10 % de cette détérioration s'explique par l'aggravation du déséquilibre entre dépenses et recettes liées à l'Apa à domicile.

La capacité d'autofinancement nette, positive jusqu'en 2022, devient négative depuis 2023 (- 12 M€, puis - 66 M€ en 2024), en raison de la baisse de l'autofinancement brut et d'une hausse des annuités en capital de la dette (15 M€). Cette situation traduit un déséquilibre structurel : la capacité d'autofinancement brut dégagée par la section de fonctionnement ne suffit plus à couvrir le remboursement du capital de la dette. Dans ce contexte, le Département est contraint de mobiliser des ressources complémentaires - produits de cessions, emprunts ou excédents antérieurs - afin d'assurer l'équilibre de ses comptes.

La capacité de désendettement, définie comme le rapport entre la dette agrégée et la capacité d'autofinancement brute, enregistre une dégradation depuis le début de la période d'évaluation. Elle passe de 6,4 années, niveau satisfaisant, à 37,2 années en 2024, niveau préoccupant pour les finances départementales.

¹⁴¹ Concours et dotations de l'État, de la région Hauts-de-France ou d'autres organismes et fonds européens, etc.

¹⁴² Il s'agit principalement des compensations de réformes fiscales décidées au niveau national, par exemple la dotation de compensation de réforme de la taxe professionnelle, et de dotations de péréquation comme, par exemple, les dotations de développement.

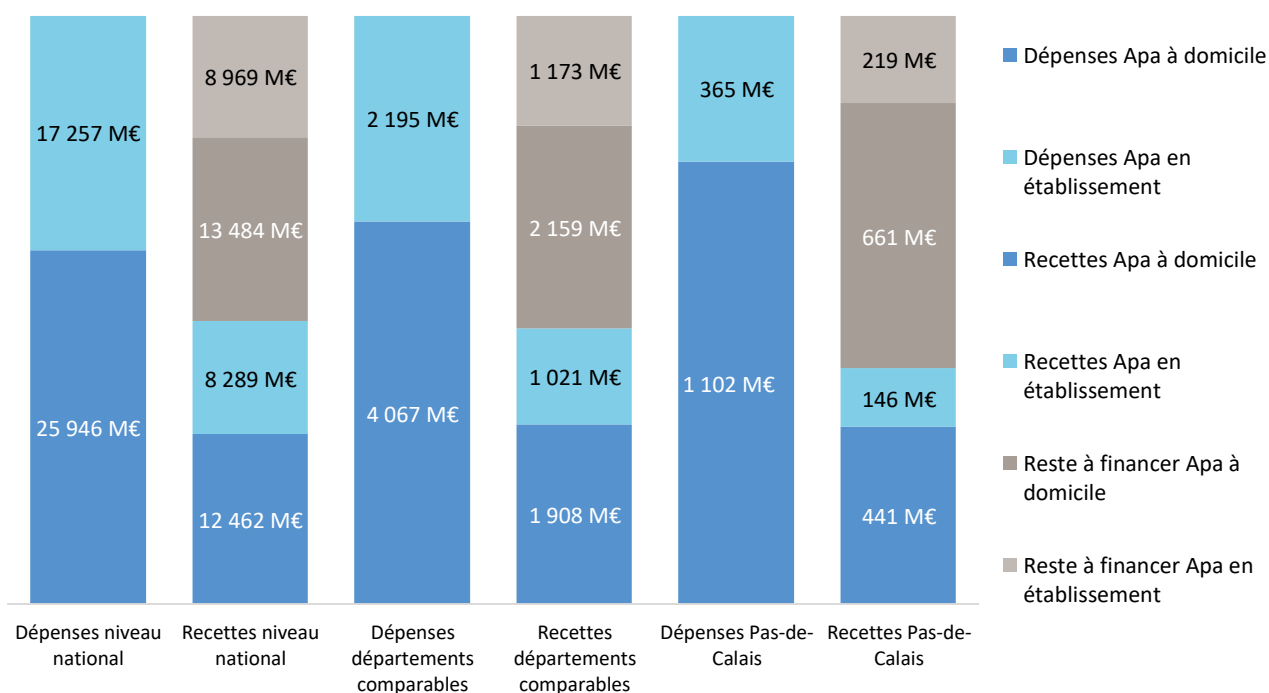
La situation financière du Département est préoccupante et susceptible de réduire une partie de sa capacité à maintenir le financement des interventions d'aide à domicile. Elle constitue un premier frein à la soutenabilité de la politique d'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

4.1.3 Un coût brut et un reste à financer plus important et en hausse dans le Pas-de-Calais par rapport aux autres départements

4.1.3.1 Un coût brut plus élevé dans le Pas-de-Calais

En France, l'Apa à domicile et en établissement représente un coût¹⁴³ cumulé de 43,2 Md€ pour l'ensemble des départements entre 2018 et 2024, dont 25,95 Md€, soit 60 %, au titre du versant domicile, et 17,26 Md€, soit 40 %, pour le versant établissement. Au niveau des départements comparables, cette politique induit un coût de 6,26 Md€ depuis 2018.

Graphique n° 13 : Dépenses, recettes et restes à financer cumulés de l'Apa à domicile et en établissement (2018-2024)



Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes de gestion de l'ensemble des Départements.

¹⁴³ En raison de la fongibilité de la quasi-totalité des concours CNSA entre Apa à domicile et Apa en établissement, notamment les dotations « Apa 1 » et « Apa 2 », et de l'impossibilité de flécher ces concours vers tel ou tel type d'Apa en l'état des données disponibles, la chambre a procédé à une analyse globale des recettes, des dépenses et du reste à financer de l'Apa. Elle a différencié Apa à domicile et Apa en établissement, quand cela était possible, en appliquant la clef de répartition des dépenses d'Apa à domicile et d'Apa en établissement.

Dans le Pas-de-Calais¹⁴⁴, les dépenses d'Apa globales s'élèvent à 1,47 Md€, dont 1,1 Md€, soit 75 %, d'Apa à domicile et 364 M€, soit 25 %, d'Apa en établissement. Les dépenses du versant domicile, par rapport au versant établissement et aux dépenses d'Apa en général, sont plus élevées dans le Pas-de-Calais que dans les autres départements de France, comme l'illustre le graphique n° 13.

Rapportées au nombre de bénéficiaires¹⁴⁵, les dépenses d'Apa du Pas-de-Calais sont plus élevées que pour le reste du territoire. Elles s'élèvent, en moyenne sur la période d'évaluation, à 5 147 € par bénéficiaire et par an, contre 4 624 € sur le plan national et 4 839 € pour les départements comparables. Il en résulte un surcoût annuel moyen, dans le Pas-de-Calais, de 522 € et de 308 €. La tendance d'un coût plus élevé dans le Pas-de-Calais se confirme également pour l'Apa à domicile. En effet, par bénéficiaire, l'Apa à domicile représente un coût annuel moyen de 5 235 € dans le département, quand il s'élève à 4 694 € à l'échelle nationale, et 5 043 € dans les collectivités similaires, soit un surcoût respectif de charge de 541 € et 192 € par an.

Tableau n° 9 : Montants annuels moyens des dépenses, des recettes et du reste à financer par allocataire de l'Apa

En € par bénéficiaire		Dépenses	Recettes	Reste à financer
Apa à domicile	France	4 694	2 095	2 599
	Région HdF	5 427	2 175	3 251
	Départements comparables	5 043	2 200	2 843
	Pas-de-Calais	5 235	1 970	3 266
Apa en établissement	France	4 524	2 013	2 511
	Région HdF	4 539	1 812	2 727
	Départements comparables	4 505	1 959	2 546
	Pas-de-Calais	4 912	1 837	3 074
Total Apa	France	4 624	2 061	2 563
	Région HdF	5 109	2 046	3 063
	Départements comparables	4 839	2 108	2 730
	Pas-de-Calais	5 147	1 933	3 213

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes de gestion de l'ensemble des départements.

¹⁴⁴ Les données mobilisées sont celles issues des comptes de gestion des départements. Le périmètre de calcul des dépenses et des recettes d'Apa est le suivant :

- Côté coûts : comptes 651141, 651142, 6511411, 6511412, 651143, 651144, 651148.
- Côté produits : comptes 747811, 747818, 747888, 7533, 75888.

Les coûts bruts de l'Apa à domicile sont donc minimisés, puisqu'ils ne tiennent pas compte des charges d'administration générale, impossibles à retracer pour l'ensemble des départements en l'état des outils à disposition de la chambre. Pareillement, les recettes d'Apa sont, à l'inverse, légèrement surestimées, puisque les comptes utilisés enregistrent également d'autres concours. Le reste à financer s'en trouve diminué.

¹⁴⁵ Seul le coût par bénéficiaire est calculable au niveau national. Les données relatives au volume d'heures prestées ou au nombre de prestations réalisées ne sont pas disponibles.

4.1.3.2 Des recettes moins importantes

Depuis 2018, les recettes départementales cumulées liées à l'Apa s'élèvent à 20,75 Md€ au niveau national, à 2,93 Md€ pour les départements comparables, et à 587 M€ pour le Pas-de-Calais. Elles se répartissent entre Apa à domicile et Apa en établissement, selon les montants suivants : 12,46 Md€ et 8,29 Md€ au niveau national, 1,91 Md€ et 1,02 Md€ dans les territoires similaires, et 441 M€ et 146 M€ pour le Pas-de-Calais.

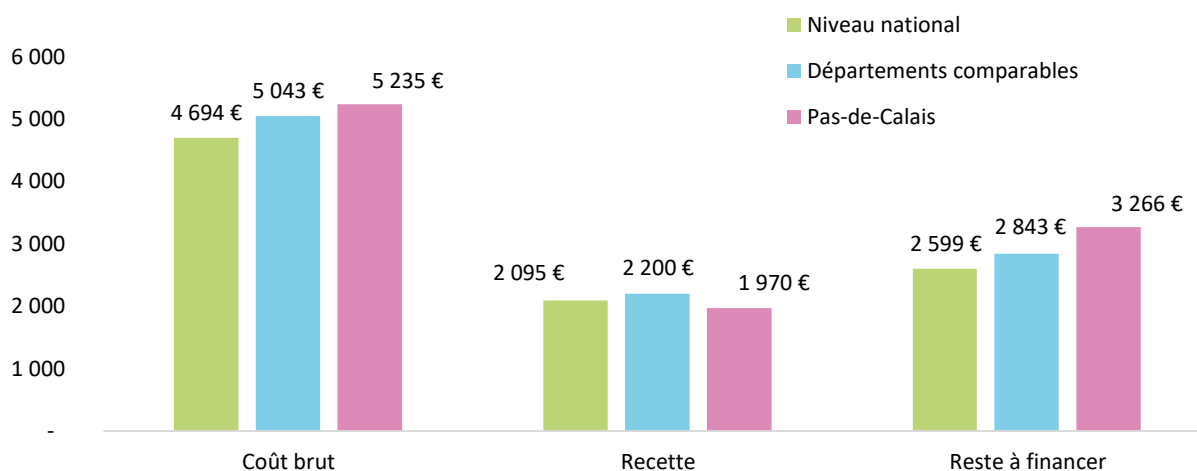
Rapporté au nombre d'allocataires, le Pas-de-Calais perçoit des recettes annuelles moyennes inférieures à celles observées dans les autres territoires. La recette moyenne par bénéficiaire et par an s'y élève à 1 933 €, contre 2 061 € au plan national et 2 108 € pour les départements comparables, soit un écart respectif de 128 € et 175 € par bénéficiaire chaque année. En ce qui concerne spécifiquement l'Apa à domicile, la recette annuelle moyenne y atteint 1 970 €, contre 2 095 € au niveau national, soit une différence de 125 €, et 2 200 € dans les départements comparables, soit un écart de 230 € par an.

4.1.3.3 Un coût net, ou reste à financer, logiquement plus élevé

Le reste à financer cumulé depuis 2018, différence entre les dépenses d'Apa globale et les concours agrégés de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, est de 22,45 Md€ à l'échelle nationale, et 3,33 Md€ pour les départements similaires. Le taux de reste à financer respectif est donc de 52 % et 53 %. Il est plus élevé dans le Pas-de-Calais, où il atteint 60 %, soit 879 M€, dont 661 M€ pour l'Apa à domicile et 218 M€ pour l'Apa en établissement.

Rapporté au nombre de bénéficiaires, le reste à financer de l'Apa globale est également plus important dans le Pas-de-Calais. La dépense et la recette par bénéficiaire s'y établissent respectivement à 5 147 € et 1 933 €, soit un reste à financer annuel moyen de 3 214 €. À titre de comparaison, au plan national, le reste à financer par bénéficiaire est de 2 563 € par an, et dans les départements comparables, de 2 730 € par an. Ainsi, chaque bénéficiaire coûte en moyenne et chaque année 650 € et 484 € de plus dans le Pas-de-Calais, soit un surcoût annuel total estimé à 25,7 M€ par rapport à l'ensemble des départements, et 19,1 M€, par rapport à ceux présentant des caractéristiques similaires. Cette situation résulte à la fois d'un coût par bénéficiaire plus élevé et d'une recette par bénéficiaire plus faible. Sur le surplus annuel de 650 €, 80 % s'explique par le surcoût individuel (522 €) et 20 % par la moindre recette individuelle (128 €).

Ce déséquilibre est particulièrement marqué pour l'Apa à domicile. Le reste à financer annuel moyen d'un bénéficiaire de l'Apa à domicile s'établit à 3 266 €, contre 2 599 € au niveau national, soit un écart de 666 € par an qui induit un surcoût annuel total pour l'Apa à domicile de 19,3 M€. Comme pour l'Apa globale, 81 % du reste à financer annuel dans le Pas-de-Calais, par comparaison au plan national, s'explique par un surcoût par bénéficiaire (541 €). Pour les départements similaires, le reste à financer annuel moyen par bénéficiaire est également moindre : il s'élève à 2 843 €, soit un surcoût de 423 € par bénéficiaire et de 12,3 M€ au total.

Graphique n° 14 : Coût brut, recette et reste à financer annuels moyens par allocataire de l'Apa à domicile (2018-2023)

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes de gestion de l'ensemble des Départements.

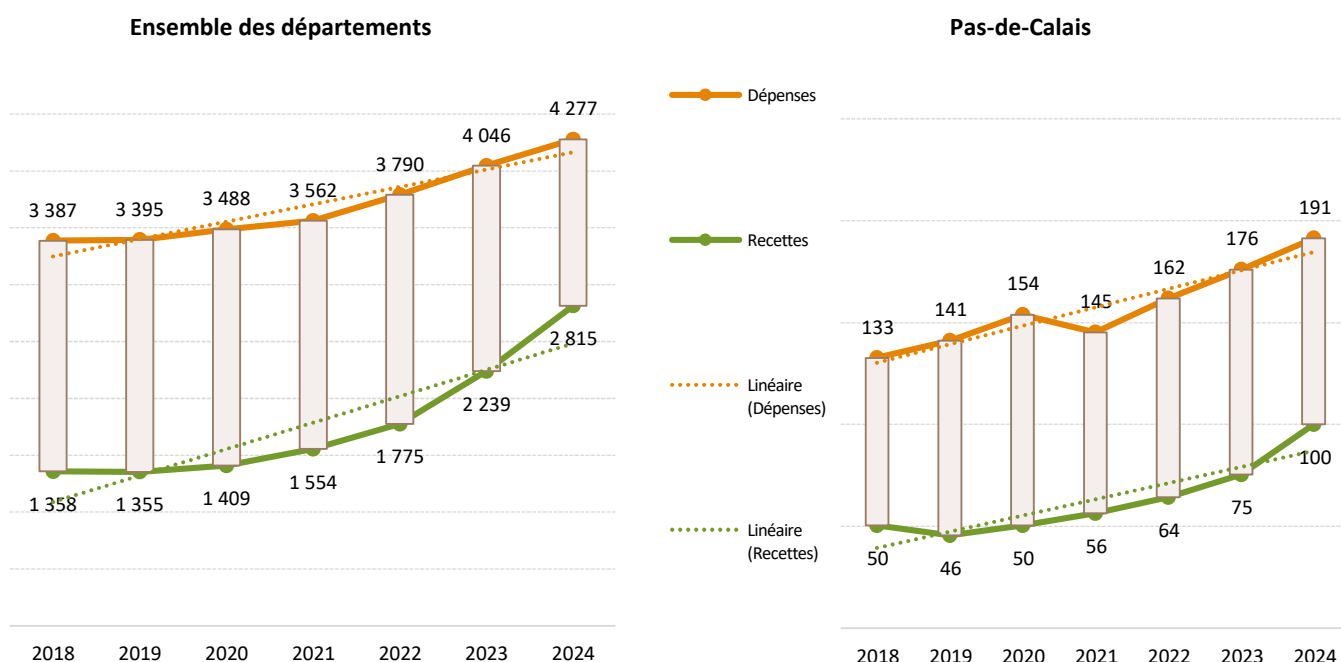
4.1.3.4 Un reste à financer en hausse uniquement dans le Pas-de-Calais

Entre 2018 et 2024, les dépenses d'Apa à domicile et en établissement ont augmenté de 20 % (+ 1,14 Md€), quel que soit le département considéré. La dynamique de croissance est plus marquée pour le versant à domicile (+ 26 %, soit + 890 M€) que pour le versant établissement (+ 11 %, soit + 253 M€). Dans le Pas-de-Calais, cette hausse concerne particulièrement l'Apa à domicile, dont les dépenses augmentent de 44 % (+ 59 M€), entraînant une hausse totale des dépenses d'Apa de 62 M€. Sur la même période, les recettes d'Apa ont progressé significativement, tant au niveau national (+ 97 %, soit + 2,24 Md€) qu'au plan local (+ 84 %, soit + 59 M€ pour le Pas-de-Calais, + 98 %, soit + 322 M€ pour les départements comparables). Le produit de l'Apa à domicile est plus dynamique, avec une hausse de 107 % au niveau national (+ 1,46 Md€), de 109 % pour les départements comparables (+ 226 M€) et de 98 % dans le Pas-de-Calais (+ 50 M€).

Le reste à financer moyen de l'Apa se réduit ainsi au niveau national, de l'ordre de 32 % (- 1,1 Md€), sous l'effet d'une progression plus forte des recettes que des dépenses. Cela concerne l'Apa à domicile (- 28 %, soit - 567 M€) et en établissement (- 37 %, soit - 528 M€). Le constat est identique pour les départements comparables, avec une décroissance du reste à financer de 15 % pour l'Apa à domicile (- 45 M€). À l'inverse, le reste à financer du Pas-de-Calais augmente de 3 % (+ 3 M€) depuis 2018. Cette tendance est particulièrement marquée pour le versant domicile, dont le reste à financer croît de 11 % (+ 9 M€), tandis que celui de l'Apa en établissement diminue de 18 % (- 6 M€). Cet effet ciseau résulte d'une augmentation des dépenses d'Apa à domicile supérieure à celle des recettes, et ce, malgré le « geste Apa » de 2024, matérialisé par une dotation exceptionnelle de 14,5 M€¹⁴⁶ versée au département du Pas-de-Calais.

¹⁴⁶ Prévus à l'article 86 de la loi du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, la CNSA a versé un concours exceptionnel de 150 M€, afin d'améliorer le taux de couverture minimal des dépenses engagées par les départements, dans une logique d'équité, et en contrepartie de la mise en œuvre d'actions en faveur de l'amélioration de la qualité de l'offre.

Graphique n° 15 : Évolution du reste à financer de l'Apa à domicile en M€ (2018-2024)



Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes de gestion de l'ensemble des départements de France.

Qu'il s'agisse des masses financières globales ou des valeurs rapportées au nombre de bénéficiaires, l'Apa, attribuée à domicile ou en établissement, apparaît plus coûteuse dans le Pas-de-Calais, tant en termes de coût brut que de reste à financer. Par ailleurs, alors que ce dernier tend à se réduire au niveau national et dans les territoires comparables, le Pas-de-Calais voit, à l'inverse, son reste à financer progresser. Le Département est donc contraint de davantage mobiliser d'autres ressources propres ou transférées par l'État, par exemple la dotation globale de fonctionnement ou le produit des impôts locaux, pour assurer la couverture du reste à financer de l'Apa à domicile. Ces éléments constituent un deuxième facteur limitant la soutenabilité financière des interventions du Département au titre de l'Apa à domicile.

4.1.4 Une hausse à venir des dépenses d'Apa à domicile

4.1.4.1 Un manque d'outils pour anticiper les besoins et les coûts de l'Apa à domicile

Dans le cadre de la mise en œuvre de son schéma d'autonomie, pour le volet relatif à l'organisation médico-sociale en faveur des personnes âgées, le Département a procédé à un état des lieux de la population dépendante. Les analyses produites portent à la fois sur des données démographiques, comme la progression du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus et leur répartition territoriale, et sur des données socio-économiques, incluant l'espérance de vie et le taux de pauvreté. La collectivité s'appuie également sur une étude consacrée aux perspectives démographiques dans son ressort. Celle-ci présente notamment l'indice de vieillissement de la population, la distribution des personnes âgées de 65 ans et plus par intercommunalité et commune, ainsi que des projections démographiques.

La portée de ces travaux demeure toutefois limitée, en ce qu'ils n'intègrent pas spécifiquement l'analyse des besoins d'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Plus encore, le Département ne dispose d'aucune projection financière quant aux effets du vieillissement démographique et de la hausse prévisible du nombre de personnes susceptibles de bénéficier de l'Apa à domicile. Au regard des enjeux financiers actuels et des évolutions démographiques à anticiper, ce manque de prospective fragilise le pilotage de l'Apa à domicile et de la capacité d'adaptation de l'offre d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.

4.1.4.2 Une hausse du nombre de personnes dépendantes et de bénéficiaires de l'Apa à domicile

Selon les projections établies à partir du modèle *Livia*, la population française des personnes âgées de 60 ans et plus atteindrait 20,8 millions d'individus à l'horizon 2030. Parmi ces derniers, 1,5 million relèveraient d'un accompagnement au titre de l'Apa, dont 889 370 spécifiquement pour le domicile. Par rapport au 1^{er} janvier 2025, cette situation représenterait une progression de 9 %, soit 69 956 bénéficiaires supplémentaires à domicile. Leur répartition projetée par degré de perte d'autonomie met en évidence une hausse dans toutes les catégories. Ainsi, 720 714 personnes seraient classées en Gir 4 et 3, niveaux de dépendance faible à modéré, soit une hausse de 9 %, représentant 56 474 bénéficiaires supplémentaires. Parallèlement, 168 656 personnes appartiendraient aux Gir 2 et 1, soit une dépendance lourde à très lourde, en hausse également de 9 %, soit 13 482 bénéficiaires de plus.

Le modèle *Livia*

Le modèle Lieux de vie et autonomie (*Livia*) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques propose des projections du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans entre 2015 et 2050 et donne leur répartition par sexe, tranche d'âge, niveau de perte d'autonomie et lieu de vie. Il permet de répartir les personnes âgées en perte d'autonomie dans trois lieux de vie (Ehpad, résidence autonomie et ménage ordinaire), et d'avoir des projections de personnes âgées dépendantes bénéficiaires de l'Apa selon des hypothèses épidémiologiques de la dépendance¹⁴⁷ et d'espérance de vie sans incapacité, dont les paramètres ont été actualisés en mars 2024.

Conformément à la note de révision des données issues du modèle *Livia*, la chambre a retenu l'hypothèse « intermédiaire » pour l'évolution de la dépendance¹⁴⁸, et l'hypothèse « centrale » pour l'évolution de la démographie¹⁴⁹.

Pour chaque projection des hypothèses « intermédiaire » et « centrale », trois scénarios sont possibles. Sauf mention contraire, la chambre retient le scénario n° 1, considérant que le nombre de places en Ehpad suit la demande liée au maintien des taux de présence en institution observé en 2015 dans chaque sous-groupe de la population (par niveau de dépendance, sexe et tranche d'âge).

S'agissant plus spécifiquement du Pas-de-Calais, la dynamique observée suit une tendance similaire à celle constatée à l'échelle nationale. En 2030, ce territoire compterait 426 207 personnes âgées de 60 ans et plus. Parmi elles, 40 732 bénéficieraient de l'Apa,

¹⁴⁷ Les mesures de la perte d'autonomie utilisées dans les projections de personnes dépendantes sont fondées sur le Gir des seniors.

¹⁴⁸ Le scénario « intermédiaire » s'apparente à la situation dans laquelle les gains d'espérance de vie à 60 ans correspondent en totalité à des gains d'année de vie en autonomie.

¹⁴⁹ Les projections d'espérance de vie et d'espérance de vie sans incapacités sont faites selon les hypothèses de l'outil Omphale de l'Insee.

dont 30 166 au titre de l'Apa à domicile. Par rapport à la situation enregistrée au 1^{er} janvier 2025, cette projection traduit une hausse de 8 %, équivalant à 2 145 bénéficiaires supplémentaires à domicile.

À un horizon plus lointain, les perspectives du modèle *Livia* indiquent qu'en 2035, le nombre total de personnes âgées de 60 ans et plus en France atteindrait 22,2 millions. Dans ce cadre, 1,7 million de personnes seraient bénéficiaires de l'Apa, dont 960 689 au titre spécifique du domicile. Le Pas-de-Calais, pour sa part, verrait sa population de seniors (60 ans et plus) s'établir à 451 120 individus en 2035. Parmi eux, 43 755 seraient bénéficiaires de l'Apa, dont 32 235 relèveraient de l'Apa à domicile. Cela représenterait une hausse de 15 % par rapport à 2025 et un accroissement de 4 214 bénéficiaires à domicile.

Les projections démographiques à l'horizon 2030 et 2035 confirment qu'au sein d'un contexte national de vieillissement marqué et continu de la population, le Pas-de-Calais sera, à l'instar de l'ensemble des territoires, confronté à une augmentation soutenue du nombre de bénéficiaires de l'Apa à domicile. Cette évolution structurelle constitue un enjeu majeur pour l'anticipation des besoins financiers et organisationnels liés à l'accompagnement de la perte d'autonomie.

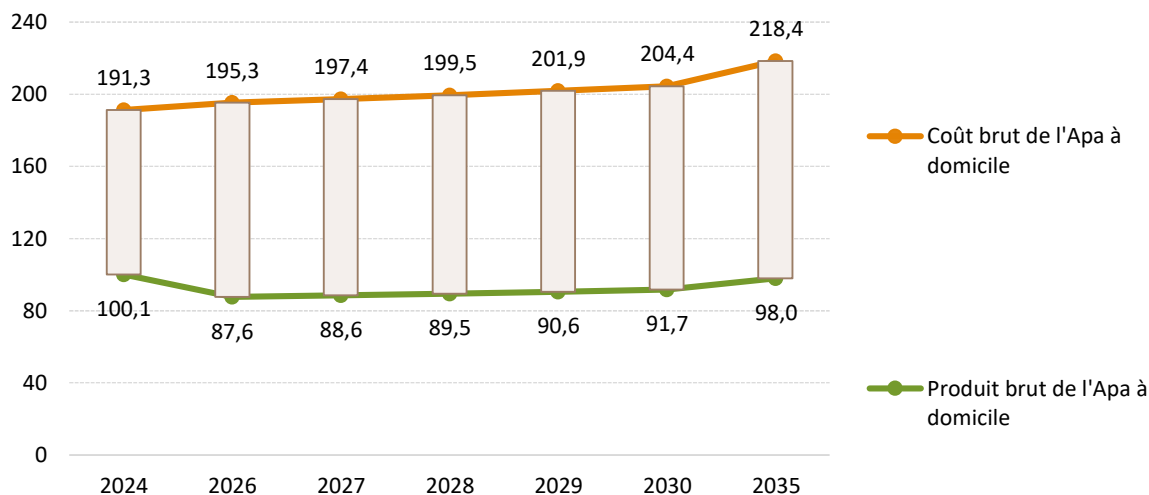
4.1.4.3 Une hausse significative attendue des dépenses et du reste à financer d'Apa à domicile pour le Pas-de-Calais

- *Hypothèse n° 1 de recettes et de dépenses constantes : un effet volume sensible*

La chambre a élaboré un premier scénario fondé sur l'hypothèse d'une stabilité des montants de recettes et de dépenses par bénéficiaire au niveau estimé pour 2025, de manière à isoler l'effet volume¹⁵⁰.

Dans cette configuration, les charges et les produits de l'Apa à domicile atteindraient respectivement 204 M€ et 92 M€ en 2030, soit un reste à financer de 112 M€. Comme l'illustre le graphique n° 16, ce reste à financer (i.e. l'intervalle sur le graphique n° 16) progresserait de manière continue et représenterait un surcoût de 21 M€ par rapport à 2024. À un horizon plus lointain, les dépenses et les recettes départementales s'élèveraient à 218 M€ et 98 M€, soit un reste à financer de 120 M€ en 2035, contre 91 M€ en 2024 (+ 29 M€).

¹⁵⁰ L'effet volume correspond à l'impact de la variation du nombre de bénéficiaires de l'Apa à domicile. À coût unitaire constant, il traduit l'évolution des charges et des produits résultant uniquement de l'augmentation ou de la diminution du volume d'activité.

Graphique n° 16 : Projection des dépenses, des recettes et du reste à financer de l'Apa à domicile (hypothèse 1, en M€)

Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes des données du Département et du modèle « Livia ».

Nota bene : les données de l'exercice 2024 sont définitives et issues du compte de gestion du Département.

Bien que ce scénario n'intègre pas l'évolution des coûts et des recettes unitaires, dont la progression est significative sur la période considérée, la soutenabilité de l'Apa à domicile apparaît d'ores et déjà fragilisée au regard de la situation financière du Département.

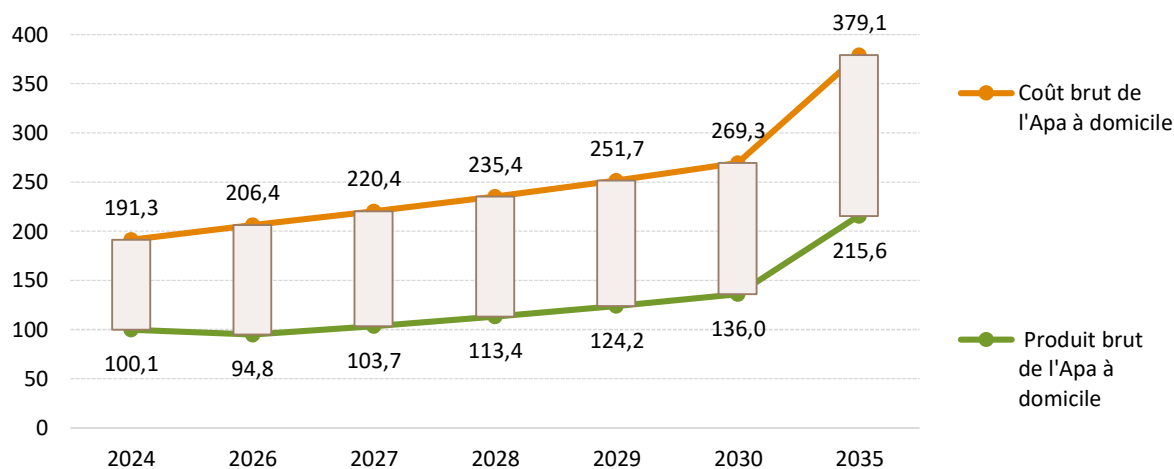
- *Hypothèse n° 2 d'un taux de croissance des dépenses et des recettes équivalent à celui observé entre 2018 et 2023 : un risque élevé d'insoutenabilité*

La chambre a élaboré un second scénario reposant sur une croissance des charges et des produits équivalente à celle observée entre 2018 et 2023¹⁵¹. Ce scénario permet de prendre en compte non seulement l'effet volume, mais également l'effet prix résultant de l'augmentation du coût unitaire des interventions.

Sur cette base, les dépenses et les recettes afférentes à l'Apa à domicile s'élèveraient respectivement à 269 M€ et 136 M€ en 2030, traduisant un reste à financer de 133 M€, contre 91 M€ en 2024, soit un surcoût de 42 M€. Ce reste à financer progresserait de manière continue au fil des exercices, comme le montre le graphique n° 17, et atteindrait 163 M€ en 2035 (+ 72 M€ par rapport à 2024), correspondant à la différence entre 379 M€ de dépenses et 216 M€ de recettes.

¹⁵¹ Le taux de croissance des charges est de 5,7 %, celui des produits est de 8,2 %.

Graphique n° 17 : Projection des dépenses, des recettes et du reste à financer de l'Apa à domicile (hypothèse 2, en M€)



Source : chambre régionale des comptes, à partir des comptes des données du Département et du modèle « Livia ».

Nota bene : les données de l'exercice 2024 sont définitives et issues du compte de gestion du Département.

En intégrant l'évolution des coûts et des produits unitaires, le Département présente un risque élevé d'insoutenabilité de sa politique d'Apa à domicile. Le vieillissement démographique et la hausse attendue du nombre de bénéficiaires éligibles constituent le troisième facteur limitant la soutenabilité de la politique d'accompagnement des personnes âgées dépendantes dans le Pas-de-Calais.

La matérialisation de ce risque demeure cependant conditionnée par deux déterminants majeurs que la chambre n'a pas modélisés.

L'analyse repose tout d'abord sur le scénario n° 1 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, lequel retient l'hypothèse d'un maintien des taux de présence en établissement observés en 2015 dans chaque sous-groupe de population. Cette hypothèse ne prend donc pas en considération l'incidence potentielle d'un virage domiciliaire qui aurait pour effet d'accroître la demande d'interventions à domicile ni, à l'inverse, celle d'une politique départementale privilégiant le placement en Ehpad, qui viendrait en atténuer la portée. Deuxièmement, les projections établies par la chambre n'intègrent pas l'incidence de la réforme des concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ni celui des ajustements financiers éventuels (« gestes Apa ») susceptibles d'être décidés afin de limiter le taux de reste à financer supporté par le département.

Il importe donc que la collectivité construise une prospective financière de ses politiques d'autonomie, afin d'apprécier la soutenabilité de l'Apa à domicile et procéder, en tant que de besoin, aux ajustements nécessaires. La prise en compte des autres politiques d'autonomie est, en effet, indispensable en raison de flux croisés de financement nationaux et locaux.

Recommandation n° 9. Construire une prospective financière des politiques départementales d'autonomie, afin d'apprécier la soutenabilité de l'Apa à domicile et de procéder, en tant que de besoin, aux ajustements nécessaires.

En réponse à la question posée, la soutenabilité financière du Département en matière d'accompagnement des personnes âgées dépendantes présente des fragilités significatives du fait de sa situation financière dégradée, de la hausse du reste à financer et des conséquences financières du vieillissement démographique.

4.2 Des services d'aide et d'accompagnement à domicile en grande difficulté

Dans cette partie, la chambre répond à la question suivante : *dans quelle mesure le modèle économique¹⁵² des services d'aide et d'accompagnement à domicile est-il soutenable ?*

Pour ce faire, l'analyse a été conduite en plusieurs étapes. La fiabilité des données économiques et financières des Saad, qu'elles soient extraites du système TeleCA ou transmises dans le cadre du droit de communication par des tiers, a d'abord été examinée. Puis, l'équilibre comptable de ces structures et leur capacité à dégager une marge brute et à disposer d'un niveau de trésorerie suffisant a été évalué. Enfin, une analyse des coûts de revient des Saad, afin d'en apprécier la cohérence avec le tarif appliqué par le Département, a été réalisée.

Les analyses produites s'arrêtent à l'exercice 2023 puisque les données 2024 ne sont disponibles qu'en 2026 en raison du calendrier budgétaire des Saad.

4.2.1 Des données d'activité et économiques des Saad parcellaires au niveau national

4.2.1.1 Le tableau de bord de la performance du secteur médico-social et la base Nova : deux outils potentiellement riches

En application du décret n° 2022-1496 du 30 novembre 2022¹⁵³, les services d'aide et d'accompagnement à domicile ont l'obligation de remplir un tableau de bord des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Celui-ci est un outil de dialogue de gestion, de pilotage interne, de parangonnage et de connaissance de l'offre, comme rappelé à l'article 1^{er} du décret. Il est composé de neuf rubriques de caractérisation du Saad¹⁵⁴, par exemple l'identification de la structure, ses prestations directes et indirectes, et de quatre axes de suivi de l'activité de la structure contenant chacun différents indicateurs. À titre d'illustration, l'axe n° 3 est relatif aux finances et aux budgets, avec comme indicateurs le taux d'autofinancement, les heures non-facturées par motif, le poids financier des transports, etc.

¹⁵² Le modèle économique d'un organisme, d'un service public ou d'une collectivité désigne la manière dont sont organisées, de façon durable, les modalités de production d'une activité, de mobilisation des ressources et de couverture des charges qui en découlent. Il repose sur un équilibre entre les recettes disponibles (dotations, ressources fiscales, contributions des usagers, emprunts) et les dépenses engagées.

¹⁵³ Décret n° 2022-1496 du 30 novembre 2022 portant création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social ».

¹⁵⁴ Les 9 rubriques sont les suivantes : identification de la structure ; contractualisation ; fonctionnement ; prestations directes ; prestations indirectes ; ressources humaines ; ressources matérielles ; partenariats, conventions et coopérations ; programmation du cycle d'évaluation.

Cet outil est particulièrement riche et utile pour l'ensemble des acteurs, en première intention les Saad et leurs financeurs (État, Sécurité sociale et Départements), en seconde intention les organismes en charge du contrôle ou de l'évaluation des politiques publiques. Lors de la première campagne de 2024 pour l'exercice 2023, l'objectif d'un taux de remplissage de 50 % des rubriques avait été fixé et atteint. Toutefois, l'identification de la structure suffisait à atteindre cet objectif, les données les plus pertinentes pour le suivi et l'évaluation des Saad étant encore très parcellaires. Par conséquent, malgré son potentiel élevé, la chambre n'a pas pu s'appuyer sur cet outil pour la présente évaluation. Les prochaines campagnes de remontée des données devraient, en principe, être davantage complètes.

Dans sa réponse au rapport d'évaluation provisoire, le président du conseil départemental souligne que « *le Département poursuit auprès des Saad un travail de communication et de sensibilisation sur l'intérêt du tableau de bord, notamment en termes de pilotage de leur activité* ».

De son côté, le système d'information *Nova*, géré par la Direction générale des entreprises, constitue le référentiel national des organismes agréés ou déclarés exerçant une ou plusieurs des 26 activités réglementées du secteur des services à la personne. Mis en place en 2008, ce dispositif impose aux opérateurs de saisir périodiquement des données relatives à leur activité. L'état mensuel d'activité, d'une part, offre un suivi continu du volume d'activité : nombre de bénéficiaires, heures d'intervention, effectifs des intervenants (salariés et non-salariés) et masse salariale, distinguant les activités exercées en mode prestataire ou mandataire. Le tableau statistique et bilan annuel d'activité fournit, d'autre part, une description plus fine de la nature de l'activité exercée, ventilée selon les catégories réglementées.

En dépit de l'intérêt de cet outil, la chambre a choisi de ne pas l'exploiter, compte tenu du caractère déclaratif des informations y figurant et de l'impossibilité d'en contrôler l'exactitude dans le temps imparti pour cette évaluation.

4.2.1.2 Une soutenabilité financière globale des Saad impossible à apprécier au niveau national

À partir de l'exploitation des données issues de la base *Fare*, la chambre a procédé à une caractérisation de la situation financière agrégée des seuls Saad privés à but lucratif. Elle n'a pas pu y procéder pour l'ensemble des Saad, qu'ils soient publics ou privés à but non-lucratif en l'absence de données robustes et consolidées au niveau national. De ce fait, elle n'a pas pu mettre en contexte ses analyses menées dans le département du Pas-de-Calais.

Sur la période 2018-2022, le chiffre d'affaires moyen de ces structures s'établit à 534 643 € à l'échelle nationale, à 636 979 € dans les départements comparables et à 578 814 € dans le Pas-de-Calais. Les charges d'exploitation suivent des niveaux relativement proches, atteignant en moyenne 617 062 € en France, 644 868 € dans les territoires de comparaison, et 617 062 € dans le département. La masse salariale en constitue l'élément prépondérant, représentant entre 66 % et 70 % de ces charges, selon le périmètre géographique retenu.

Le résultat comptable moyen ressort positif, bien que limité, avec 6 875 € au plan national, 9 124 € pour les départements comparables et 11 390 € pour le Pas-de-Calais. Cette position relativement plus favorable du département s'explique en grande partie par un résultat d'exploitation moyen supérieur, qui s'élève à 10 930 € contre 7 975 € au niveau national et 9 922 € dans les territoires similaires.

Tableau n° 10 : Principaux ratios financiers des services d'aide à domicile privés à caractère lucratif

En €	Chiffre d'affaires	Charges d'exploitation	Masse salariale	Résultat d'exploitation	Résultat comptable
Niveau national	534 643	546 032	359 963	7 675	6 875
Départements comparables	636 979	644 868	425 858	9 922	9 124
Pas-de-Calais	578 814	617 062	434 338	10 930	11 390

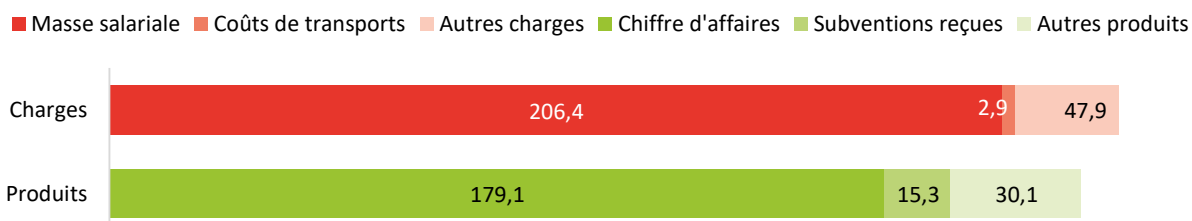
Source : chambre régionale des comptes, à partir de la base de données Fare.

La situation financière des Saad privés à but lucratifs implantés dans le Pas-de-Calais apparaît légèrement plus favorable que celle des Saad à l'échelle nationale et des départements comparables. Ces éléments ne sauraient, toutefois, constituer une conclusion générale sur les finances de ces structures majoritairement privées non-lucratives et publiques.

4.2.2 Des Saad structurellement déficitaires et non rentables dans le Pas-de-Calais

4.2.2.1 Un secteur structurellement déficitaire

Les charges des Saad du Pas-de-Calais s'établissent, en moyenne, à 233 M€, soit 3,2 M€ par structure¹⁵⁵. La masse salariale représente 88 % des dépenses, soit 206 M€. Les autres charges d'exploitation s'élèvent à 24 M€, et les charges de transport et déplacement à 2,9 M€. Les produits atteignent, pour leur part, 224 M€, soit 3,1 M€ par structure. Le chiffre d'affaires en constitue la principale source, avec 179 M€ (79 % du total), suivi des autres produits pour 30 M€ et des subventions reçues (15 M€).

Graphique n° 18 : Répartition des charges et des produits moyens des Saad (2022-2023, en M€)

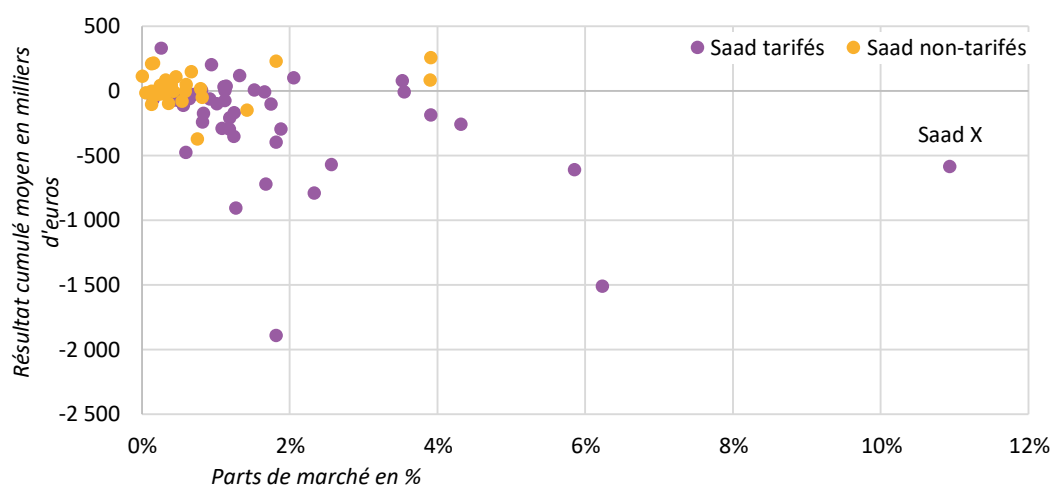
Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du Département, de la DGFIP et de la fédération ADMR du Pas-de-Calais et de l'Observatoire des finances et de la gestion publique locales.

L'examen des résultats financiers indique que les Saad sont structurellement déficitaires dans le Pas-de-Calais, avec un déficit cumulé qui atteint 14,1 M€ en 2022 et 2023 pour tous les Saad considérés. Cette situation affecte deux tiers des structures¹⁵⁶, qui représentent 78 % de l'offre départementale. Quel que soit le mode de tarification, une majorité demeure déficitaire : respectivement 52 % et 78 % des services non-tarifés (déficit cumulé moyen de 11 047 €) et tarifés (déficit cumulé moyen de 204 664 €) ne dégagent pas d'excédent.

¹⁵⁵ Les données présentées dans cette partie sont issues d'un croisement des données de la base *TeleCA*, de la DGFIP et de l'Observatoire des finances et de la gestion publique locales.

¹⁵⁶ Le résultat cumulé moyen est de - 137 799 €, avec des disparités significatives allant d'un déficit de 1,9 M€ à un excédent de 332 914 €. Le premier quartile est de - 222 427 €, le troisième quartile est de 12 094 €, et l'écart-type s'élève à 312 739 €.

Graphique n° 19 : Résultat cumulé selon le régime de tarification et les parts de marché du Saad (2022-2023, en milliers d'euros)



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du Département, de la DGFIP et de l'Observatoire des finances et de la gestion publique locales.

Note de lecture : le Saad X, tarifé, qui possède quasiment 11 % des parts de marché, enregistre un déficit cumulé moyen de plus de 500 000 €. Attention, les Saad de la fédération ADMR ont été exclus de cette analyse, puisque le Département ne disposait pas d'une ventilation des parts de marché entre les 30 services affiliés.

Le résultat comptable présente, par ailleurs, une certaine dépendance à la taille des Saad, mesurée en parts de marché. Plus celle-ci est élevée, plus le déficit tend à s'accroître, phénomène prononcé pour les structures soumises à un tarif réglementé, comme l'illustre le graphique n° 19. Le résultat cumulé moyen s'élève, en effet, à 26 910 € pour les Saad du premier quartile¹⁵⁷ de parts de marché, alors qu'il atteint - 162 276 € pour le troisième quartile, et - 575 437 € pour le quatrième, la médiane se situant à - 77 957 €. Pour les Saad tarifés, l'écart est encore plus significatif : le résultat cumulé moyen passe de 64 518 € pour les structures de petite taille à - 575 437 € pour celles disposant des parts de marché les plus importantes.

Ces écarts mettent en évidence la fragilité économique particulière des structures tarifées disposant d'une part de marché importante et illustrent l'effet aggravant de la taille sur les déséquilibres financiers. Cette évolution peut être rapprochée de la loi de Baumol, également qualifiée de « maladie des coûts ». Celle-ci postule que, dans les secteurs à forte intensité de main-d'œuvre tels que l'aide à domicile, les possibilités de gains de productivité par des économies d'échelle sont structurellement limitées. La production repose en effet sur des tâches humaines difficilement rationalisables ou automatisables. Dans ce contexte, l'augmentation des salaires se traduit par une hausse continue des coûts, sans amélioration équivalente de la productivité. Ce mécanisme induit un accroissement des déficits, à mesure que la taille des structures s'accroît, rendant leur modèle économique plus fragile.

¹⁵⁷ Un quartile est une valeur-seuil qui divise une série ordonnée en quatre sous-ensembles contenant chacun un quart des observations. Le premier quartile correspond à la valeur en dessous de laquelle se situent 25 % des données, etc. L'analyse par quartile permet d'apprécier la répartition et la dispersion des valeurs au sein d'une population étudiée.

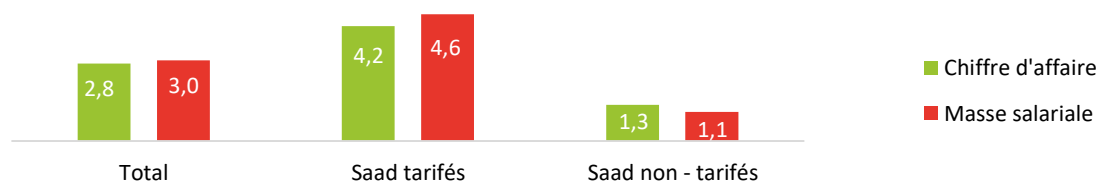
Tableau n° 11 : Résultat cumulé moyen selon le régime de tarification et les parts de marché du Saad (2022-2023)

En euros	1 ^{er} quartile	2 ^e quartile	3 ^e quartile	4 ^e quartile
Saad	26 910	- 77 957	- 162 276	- 575 437
Saad tarifés	64 518	- 136 082	- 163 176	- 728 709
Saad non-tarifés	20 579	- 19 831	- 146 973	190 924

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du Département, de la DGFIP, de la fédération ADMR du Pas-de-Calais et de l'Observatoire des finances et de la gestion publique locales.

4.2.2.2 Un secteur non-rentable

L'analyse de la chambre révèle également une situation de non-rentabilité généralisée, quelle que soit la taille des structures ou leur modalité de tarification. Le taux de marge brute moyen est négatif, s'établissant à - 9 %, avec une disparité notable selon le type de service : - 16 % pour les Saad tarifés et 0 % pour les Saad non-tarifés. Cette situation est directement corrélée à un résultat d'exploitation moyen également déficitaire (- 254 205 € pour l'ensemble des Saad, dont - 472 057 € pour les structures tarifées et + 18 500 € pour celles non-tarifées). Parmi les rares structures présentant une marge brute positive, celle-ci reste limitée à 4 % du chiffre d'affaires, dont 2 % pour les Saad tarifés et 4 % pour les Saad non-tarifés, illustrant la faiblesse structurelle de la rentabilité.

Graphique n° 20 : Chiffre d'affaires et masse salariale cumulés moyen selon le régime de tarification (2022-2023, en M€)

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du Département, de la DGFIP, de la fédération ADMR du Pas-de-Calais et de l'Observatoire des finances et de la gestion publique locales.

L'absence de rentabilité observée trouve son origine principale dans des coûts directs très élevés, en particulier dans la masse salariale, rapportés au chiffre d'affaires des Saad. Pour l'ensemble des structures, le chiffre d'affaires annuel moyen s'élève à 2,8 M€, alors que la masse salariale atteint 3 M€, empêchant ainsi la constitution d'une marge positive. Cette tendance est particulièrement marquée pour les Saad tarifés, dont la masse salariale annuelle moyenne (4,6 M€) dépasse le chiffre d'affaires moyen (4,2 M€). En revanche, les Saad non-tarifés, bénéficiant d'une liberté de fixation des tarifs au-delà du montant socle remboursé par le Département, enregistrent un chiffre d'affaires annuel moyen de 1,3 M€, supérieur à leur masse salariale (1,1 M€), ce qui explique un taux de marge brute moins défavorable que celui observé pour les structures tarifées.

4.2.2.3 Un secteur susceptible de connaître des difficultés de trésorerie

Les Saad du Pas-de-Calais présentent une situation de trésorerie fragile. La trésorerie moyenne (309 200 €) correspond à 48 jours de charges courantes, soit un niveau relativement

limité au regard des contraintes de financement propres au secteur. Le mode de règlement par les Départements des prestations d’aide à domicile relevant de l’Apa induit, pour les structures, un décalage de deux à trois mois entre la sortie de trésorerie liée aux charges et l’encaissement des recettes correspondantes.

Ces difficultés s’observent de manière relativement homogène entre les structures tarifées et non-tarifées. Les premières disposent d’une trésorerie annuelle moyenne de 289 916 €, correspondant à 49 jours de charges courantes, tandis que les secondes présentent une trésorerie annuelle moyenne de 168 256 €, soit 41 jours de charges courantes.

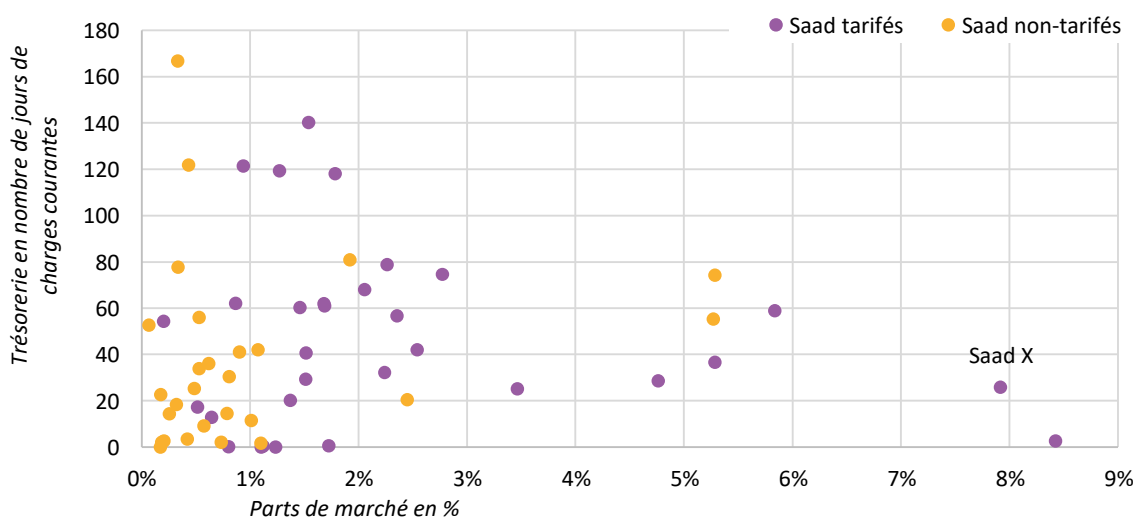
Tableau n° 12 : Trésorerie annuelle moyenne exprimée en nombre de jours de charges courantes selon le régime de tarification et les parts de marché du Saad (2022-2023)

En €	1 ^{er} quartile	2 ^e quartile	3 ^e quartile	4 ^e quartile
Saad	51	32	53	44
Saad tarifés	87	49	51	42
Saad non-tarifés	42	25	81	50

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du Département, de la DGFIP et de l’Observatoire des finances et de la gestion publique locales.

Le niveau de trésorerie apparaît, comme pour le résultat cumulé moyen, décroissant avec la taille du Saad exprimée en parts de marché. Les Saad du premier quartile disposent, en effet, d’une trésorerie moyenne couvrant 51 jours de charges courantes, quand ceux des deuxième et quatrième quartiles présentent une trésorerie moindre, de 32 jours et 44 jours de charges courantes.

Graphique n° 21 : Trésorerie annuelle selon le régime de tarification et les parts de marché du Saad (2022-2023)



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du Département, de la DGFIP et de l’Observatoire des finances et de la gestion publique locales.

Note de lecture : le Saad X, tarifé, qui possède quasiment 8 % des parts de marché, dispose d’une trésorerie annuelle moyenne couvrant 26 jours de charges courantes. Attention, les Saad de la fédération ADMR ont été exclus, puisque le département ne disposait pas d’une ventilation des parts de marché entre les 30 services affiliés.

La soutenabilité économique des Saad n'apparaît donc pas assurée. Ces structures sont déficitaires, ne dégagent globalement pas de rentabilité, et sont susceptibles de connaître des difficultés de trésorerie.

En réponse au rapport d'évaluation provisoire, le président du conseil départemental souligne avoir revalorisé le tarif socle d'1,5 € à compter du 1er janvier 2024 (25 € par heure d'Apa pour un tarif plancher national de 23,5 €). Selon lui, « cette revalorisation tarifaire significative (...) a permis très majoritairement aux structures de retrouver un équilibre comptable sur l'exercice 2024 », même s'il admet que « l'équilibre financier global de ces structures n'en demeurent pas moins fragilisé par les résultats déficitaires antérieurs ». Face aux difficultés des services d'aide à domicile, il rappelle que des efforts sont entrepris pour que « le décalage entre la sortie de trésorerie liée aux charges et l'encaissement des recettes correspondantes se limite à une durée moyenne de 20 jours ». Au surplus, la collectivité a promu, « auprès de l'Agence régionale de santé, la nécessité de soutenir en trésorerie les Saad les plus en difficultés dans le cadre du fonds d'urgence déployé à compter de l'année 2024 ». Celui-ci a permis l'octroi de quasiment 2 M€ aux 8 Saad présentant des risques financiers majeurs.

4.2.3 Le coût de production des Saad au regard du tarif horaire

4.2.3.1 Des études menées au niveau national

Plusieurs études ont été menées afin d'appréhender les coûts de revient des Saad. Dans le cadre de cette évaluation, deux travaux ont été analysés plus spécifiquement : le référentiel *Argos* de l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles et l'enquête relative à la tarification des services d'aide à domicile de la fédération ADMR.

- *Le référentiel Argos de l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles*

À partir des données saisies par ses adhérents, l'Una élabore chaque année un référentiel de coûts. Celui-ci fournit des éléments chiffrés relatifs aux coûts de production des services, notamment pour le dialogue de gestion avec l'autorité de tarification et de contrôle.

Le millésime 2023 fait apparaître qu'une heure d'intervention à domicile présente un coût complet de 33,73 €, en forte progression par rapport à 2021 (26,72 € par heure), sous l'effet conjugué de l'inflation et des revalorisations salariales intervenues dans la branche de l'aide à domicile. Ce coût se décompose en un coût direct de 24,85 € par heure, et un coût indirect de 8,80 € par heure. La masse salariale en constitue la composante principale (83 %), regroupant à la fois les charges afférentes au personnel intervenant au domicile (22,72 € par heure) et celles liées au personnel administratif (5,21 € par heure).

Le produit total moyen s'établit à 33 € de l'heure pour l'ensemble des prestations assurées par un Saad. S'agissant spécifiquement de l'Apa à domicile, la recette issue de la tarification atteint 24,77 € par heure, à laquelle s'ajoutent, en moyenne, 6,30 € au titre d'autres produits, notamment la dotation qualité et les compensations financières liées à la revalorisation salariale des métiers de la branche de l'aide à domicile. Le produit horaire global de l'Apa à domicile s'élève ainsi à 31,07 € par prestation.

Tableau n° 13 : Coût de production des services d'aide à domicile, y compris Apa à domicile

En € par heure	2020	2021	2022	2023
Coût complet	26,57	26,72	31,00	33,73
Coût direct	20,00	20,24	23,40	24,85
<i>Dont coût du personnel intervenant</i>	18,16	18,39	21,37	22,72
<i>Dont coût de déplacement</i>	1,84	1,85	2,03	2,13
Coût indirect	6,57	6,48	7,60	8,88
<i>Dont frais généraux</i>	2,67	2,62	2,82	3,67
<i>Dont coût du personnel administratif</i>	3,90	3,86	4,78	5,21
Produit total	24,87	25,37	28,02	31,07
Produit issu de la tarification Apa	22,13	22,59	23,75	24,77
Autres produits	2,74	2,78	4,27	6,30

Source : chambre régionale des comptes, à partir du référentiel « Argos » 2024 de l'Una.

L'écart¹⁵⁸ entre le coût complet horaire (33,73 €) et le produit horaire global de l'Apa à domicile (31,07 €) traduit un déséquilibre structurel, susceptible de compromettre la capacité des services à assurer leur soutenabilité financière.

- *L'enquête relative à la tarification des services d'aide à domicile de la fédération ADMR*

Cette étude, conduite pour la première fois en 2023, propose une analyse à la fois macroéconomique et microéconomique de la tarification appliquée.

Sur la base d'un panel de 59 fédérations départementales, le coût de revient d'une heure d'intervention au titre de l'Apa à domicile pour un Saad tarifé oscille entre 33,67 € et 27,35 €, tandis que le tarif horaire moyen se situe entre 23 €, correspondant au prix plancher fixé par voie règlementaire, et 28,70 €. Sauf exception, le tarif horaire d'une prestation d'Apa d'un Saad tarifé, en moyenne de 24,25 €, apparaît insuffisant pour couvrir le coût de revient.

Concernant les Saad non-tarifés, les coûts de revient demeurent inchangés, à l'inverse du produit d'une heure d'intervention. Le tarif horaire moyen se situe à 25,56 €, dont 23,37 € de tarif socle départemental, et 2,19 € de reste à charge extra-légal. Comme pour les Saad tarifés, le tarif d'une heure d'intervention apparaît trop bas, malgré le paiement d'un supplément par le bénéficiaire.

La tarification devrait permettre de couvrir le coût de revient. En pratique, dans le modèle actuel de financement des Saad tarifés ou habilités à l'aide sociale, ainsi que des Saad non-tarifés, elle demeure insuffisante. La dotation complémentaire qualité (3,14 € par heure) et la compensation financière de la revalorisation salariale dans la branche de l'aide à domicile (4,10 € par heure) s'ajoutent au prix horaire pour limiter les pertes des services d'aide à domicile. Pour autant, tous les Saad, tarifés ou non, ne perçoivent pas la dotation complémentaire qualité et la totalité des concours issus des avenants 43 et 54.

¹⁵⁸ Il s'agit de la conclusion que la chambre peut tirer de données nationales qu'elle n'a pas vérifiées.

4.2.3.2 Le coût de revient des Saad du département du Pas-de-Calais

- *Un calcul du coût de revient impossible pour les Saad non-tarifés*

La chambre n'a pas été en mesure de déterminer le coût de revient horaire des interventions réalisées par les Saad non tarifés, en l'absence de données suffisamment détaillées. Ni les informations transmises par le département du Pas-de-Calais, ni celles issues des liasses fiscales communiquées par la Direction générale des finances publiques ne permettent de disposer d'un niveau de précision adéquat pour établir ce calcul.

Contrairement aux Saad tarifés, les principales données fiscales relatives aux charges et aux produits, en particulier la masse salariale et le produit tarifaire, ne sont accessibles qu'au niveau du Siren, et non du Siret. Il en résulte un décalage de périmètre entre les heures d'Apa à domicile facturées au Département, recensées par établissement chargé des prestations d'Apa à domicile, et les charges et produits afférents, uniquement disponibles par entreprise. Cette différence de périmètre empêche la chambre de procéder à un calcul homogène et fiable du coût horaire pour ces structures.

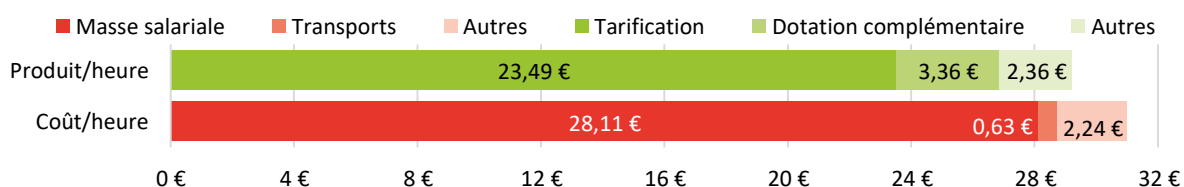
- *Un coût de revient trop élevé pour les Saad tarifés du Pas-de-Calais*

Le Département dispose d'un fichier des coûts de revient des Saad tarifés pour 2023 et 2024, mais à la différence des études nationales, ces données ne font l'objet ni d'une ventilation par poste de charges, ni d'un rapprochement avec les produits correspondants. Au surplus, le Département ne dispose pas d'analyses permettant d'apprécier la cohérence entre le coût de revient et le tarif horaire arrêté par ses soins en tant qu'autorité de tarification.

La chambre a donc procédé à ses propres calculs des coûts de revient des Saad tarifés, selon la même méthodologie que celle des études de l'Una et de la fédération ADMR, et après vérification de la fiabilité des données.

En 2022 et 2023, le coût de revient des Saad tarifés pour une heure de prestation d'Apa à domicile s'élève à 30,98 €¹⁵⁹. Il est composé de 28,11 € de masse salariale, 0,63 € de frais de transport, et 2,24 € d'autres charges. La recette dégagée par une heure d'intervention d'Apa à domicile est de 29,22 €, dont 23,49 € de recette tarifaire, 3,36 € de dotation complémentaire ou de subvention, et 2,36 € d'autres recettes.

Graphique n° 22 : Coût et produit pour une heure de prestation d'Apa à domicile pour un Saad tarifé dans le Pas-de-Calais (2022-2023)



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du Département.

¹⁵⁹ Le coût de revient d'une heure de prestation d'Apa à domicile est obtenu en divisant la totalité des charges du Saad par le nombre d'heures réalisées et tel que renseigné dans *TeleCA*. La ventilation de ce coût entre les charges de personnel, de transport et les autres charges est calculé à partir du poids relatif de ces postes.

Comme observé nationalement, le produit tarifaire ne couvre pas le coût unitaire de l'aide à domicile. Même l'ajout d'autres dotations ne permet pas d'absorber la totalité du coût de revient. En moyenne, le manque de recettes des Saad du Pas-de-Calais atteint 1,76 € par heure d'intervention. Il serait de 7,49 € en tenant compte uniquement du produit tarifaire de l'Apa à domicile. Le coût de revient d'une heure d'intervention excède donc le tarif horaire.

Le président du conseil départemental indique, dans sa réponse au rapport d'évaluation provisoire, que « *la tarification 2024 a permis de couvrir de façon très majoritaire le coût de revient des 35 Saad concernés* ».

Pour sa part, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie indique qu'une étude des coûts des services d'aide à domicile, démarche inédite procédant d'une méthodologie partenariale avec les fédérations du secteur et permettant d'étudier à grande échelle (i.e. plus de 400 Saad) la structure de coûts des services, est en cours. Celle-ci représente une réelle opportunité d'un étalonnage national pour l'ensemble des acteurs du Pas-de-Calais, notamment le Département et les Saad.

Elle souligne également la part croissante du financement hors Apa, notamment la compensation de l'instauration d'un tarif plancher (majoration du tarif horaire de 3,5 €) et de dispositifs complémentaires (majoration du tarif horaire de 4,1 € de l'heure au titre de l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, et de 3,3 € pour la dotation complémentaire). Ainsi, « *la valorisation des heures d'aide à domicile peut croître jusqu'à plus de 10 € de l'heure* ».

En réponse à la question posée, le modèle économique des Saad n'apparaît pas viable, au risque de compromettre leur capacité à fournir des prestations d'aide à domicile dans les années à venir, en l'état des modalités de financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, et de la tarification par les Départements. Cette situation intervient en dépit des nombreux concours financiers récemment accordés à ces structures, comme la dotation qualité et la compensation des revalorisations salariales.

Face à cette insoutenabilité structurelle, il importe que le Département assure une supervision financière des services d'aide à domicile afin d'accompagner leur restructuration. Celle-ci peut prendre la forme d'un suivi systématique de leur situation financière, sur la base de données robustes et vérifiées, de la signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec tous les Saad, avec un volet financier complet et systématiquement évalué dans le cadre d'un dialogue de gestion.

Recommandation n° 10. Assurer une supervision financière de l'ensemble des services d'aide à domicile afin d'accompagner la restructuration du secteur.
--

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Dans cette partie, la chambre a évalué la soutenabilité financière de l'Apa à domicile, à la fois pour le Département et pour les services qui fournissent les prestations.

S'agissant du Département, trois facteurs principaux limitent la soutenabilité de cette politique d'accompagnement des personnes âgées dépendantes à domicile.

Premièrement, sa situation financière est préoccupante et susceptible de réduire une partie de sa capacité à financer l'Apa à domicile. Il n'a plus de capacité à s'autofinancer, ni à se désendetter. Deuxièmement, l'Apa à domicile apparaît plus coûteuse que pour les autres départements, y compris au regard du reste à financer. De surcroît, alors que le reste à financer se réduit ailleurs, il progresse dans le Pas-de-Calais, contraignant la collectivité à mobiliser davantage ses ressources propres ou celles transférées par l'État, comme la dotation globale de fonctionnement ou le produit fiscal. Troisièmement, le vieillissement démographique et la priorité donnée au maintien à domicile laissent présager une hausse du nombre de bénéficiaires, et par conséquent, des dépenses d'intervention et du reste à financer, alors même que les contraintes budgétaires du Département sont déjà très fortes.

Il est donc essentiel pour lui d'élaborer une prospective financière spécifique aux politiques d'autonomie, pour mieux anticiper ces évolutions et ajuster sa stratégie dans un contexte marqué par la réforme des concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

S'agissant des Saad, l'analyse montre que leurs modèles économiques ne sont pas viables et compromettent leur capacité à fournir durablement leurs prestations en l'état actuel du schéma national et local de financement. Entre 2018 et 2024, deux tiers des Saad du département, soit près de 80 % de l'offre, sont déficitaires. Leur taux de marge brute est négatif et leur chiffre d'affaires insuffisant pour couvrir la masse salariale. Leur trésorerie est fragile et ne couvre en moyenne que 48 jours de charges courantes, quand que le décalage entre encaissements et décaissements liés à l'Apa atteint deux mois.

L'écart entre le tarif horaire appliqué et le coût réel des interventions explique en grande partie ces déséquilibres : en moyenne, le coût de revient s'élève à 31 € par heure, pour une recette tarifaire de 29 €, soit un déficit de 2 €, porté à 7,5 € si l'on considère uniquement le produit tarifaire propre à l'Apa. Face à cette insoutenabilité structurelle, le Département doit assurer une supervision financière de l'ensemble des services d'aide à domicile, afin d'accompagner leur restructuration.

En conclusion, la capacité d'assurer durablement l'accompagnement des personnes âgées dépendantes dans le Pas-de-Calais au cours des prochaines années est incertaine, voire compromise, en l'absence de réformes d'ampleur sur le financement national et sur la régulation locale des structures concernées.

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'évaluation de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) à domicile dans le Pas-de-Calais par la chambre régionale des comptes Hauts-de-France est la première du genre réalisée en France. Elle intervient près de 25 ans après la création de l'allocation, et un peu plus de dix ans après la loi d'adaptation de la société au vieillissement, qui a réformé son versant domicile et reconnu le soutien aux proches aidants.

Dans un contexte de vieillissement général de la population, sa politique historique de recours à l'Apa, ses caractéristiques sociales et démographiques et sa situation financière préoccupante l'obligent à assumer des choix clairs en matière de stratégie, de régulation de l'offre et de pilotage de la qualité, même si elle n'en maîtrise pas tous les leviers.

Après deux décennies de réforme, et malgré l'existence de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, cette politique reste éclatée entre les Départements et les caisses de sécurité sociale. Les premiers disposent de la compétence la plus large et accompagnent les personnes les moins autonomes (Gir 1 à 4), quand les secondes interviennent au titre de leur action sociale en faveur des retraités (Gir 5 et 6). La porosité de leurs domaines respectifs impose une coopération constante et fluide, difficile à établir sur le terrain. Elle complique aussi la gestion des dispositifs existants et rend le système peu lisible pour l'utilisateur et ses proches, au risque de rupture de parcours.

Le service public départemental de l'autonomie a été créé en 2024, pour mieux structurer l'offre et renforcer la coordination des acteurs locaux, mais aussi pour garantir un accès équitable aux droits et améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Placé sous le pilotage des Départements, il suppose que ceux-ci s'emparent dès à présent pleinement des attributions que la loi leur confie.

Ce nouveau cadre n'interdit pas d'autres modèles d'organisation. Dans leur rapport conjoint de juillet 2025 *Pour un redressement durable de la sécurité sociale*, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge et le Haut Conseil du financement de la protection sociale ont souligné la nécessité de rationaliser la gestion des prestations d'autonomie. L'une des pistes en la matière consisterait à confier l'inscription et la gestion des droits de l'allocation aux caisses de retraite (Carsat et MSA), pour le compte des Départements.

Quels que soient les choix en la matière, la soutenabilité de l'Apa à domicile ne pourra pas trouver de solution dans de simples ajustements paramétriques, comme le montre cette évaluation sur la situation dans le Pas-de-Calais. Aux difficultés des financeurs s'ajoutent le déséquilibre économique des Saad, du fait de tarifs déconnectés des coûts. Or ce secteur fait face à des niveaux préoccupants d'accidents du travail, ce qui affecte directement les usagers. La réforme en cours, qui voit les Saad et les services de soins infirmiers à domicile se regrouper en services d'autonomie à domicile (Sad), ne permettra sans doute pas d'y répondre. Quelles que soient les éventuelles réformes institutionnelles qui pourraient être conduites pour le secteur médico-social, sans restructuration et remise à plat des modalités de financement de l'Apa à domicile, le risque de voir se multiplier les ruptures de parcours d'usagers est réel.

ANNEXES

Annexe n° 1. Composition du comité d'accompagnement.....	120
Annexe n° 2. Liste des organismes rencontrés	121
Annexe n° 3. Variables exploitées par la chambre	122
Annexe n° 4. Focus sur les variables de santé mobilisées	132
Annexe n° 5. Les 17 activités de la grille <i>Aggir</i>	134
Annexe n° 6. Présentation des travaux Pote	135
Annexe n° 7. Comparaison de départements (besoins et offres médico-sociales).....	136
Annexe n° 8. Analyse des différences d'évaluation entre évaluateurs et structures	138
Annexe n° 9. Analyse des travaux relatifs à la déclaration sociale nominative.....	145
Annexe n° 10. Travail d'exploitation des données FARE.....	148
Annexe n° 11. Travaux relatifs à l'évaluation de la dépendance avec la grille <i>Aggir</i>	149
Annexe n° 12. Panorama des séjours pour chutes	154
Annexe n° 13. Analyse de la procédure d'obtention de l'Apa	155
Annexe n° 14. Analyse des rythmes des réexamens des situations de dépendance.....	157
Annexe n° 15. Analyse des trajectoires de cohortes de bénéficiaires Apa	159
Annexe n° 16. Les déterminants de la sous-consommation du plan d'aide humaine pour les services prestataires	163
Annexe n° 17. Les déterminants du taux de saturation.....	167
Annexe n° 18. Construction d'une typologie des bénéficiaires de l'Apa à domicile	173
Annexe n° 19. Analyse territoriale de l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais : éclairage géographique.....	175
Annexe n° 20. Analyse qualitative et questionnaires	177

Annexe n° 1. Composition du comité d'accompagnement

Partie prenante	Représentant(e)	Suppléant(e)
CNSA	Marine BOISSON-COHEN	Rémi KANENGIESER
HCFEA	Jean-Philippe VINQUANT	Marco GERACI
Atih	Véronique SAUVADET	Caroline REVELIN
Insee	Thibault DECRUYENAERE	
France Stratégie	Gautier MAIGNE	Marine de MONTAIGNAC
Institut des politique publiques	Delphine ROY	Agnès CHARPIN ; Camille AUXEPAULES
Irdes	Anne PENNEAU	
Ined	Roméo FONTAINE	
Odas	Didier LESUEUR	
Fédération du Service aux Particuliers	Frédérique LORIOL	Rémi DOMENJOUR ; Arnold FAUQUETTE
Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles	Vincent VINCENTELLI	
ADMR	Jérôme PERRIN	
Association Debout les Aînés	Isabelle PREVOST	
Conseil National autoproclamé de la Vieillesse/Vieux et Chez soi	Edith BISIAUX-ZWIERZYNSKI	
Département du Pas-de-Calais	Pierre HILAIRE	Lucile SIMON

Source : chambre régionale des comptes Hauts-de-France.

Annexe n° 2. Liste des organismes rencontrés

<i>Structure</i>
Département du Pas-de-Calais à 10 reprises
Conseil national autoproclamé de la vieillesse
Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA)
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)
Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
Mutualité sociale agricole (MSA)
Direction départementale des finances publiques du département du Pas-de-Calais (DDFIP 62)
Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) Côte d'Opale et CPAM de l'Artois
Direction régionale du service médical (DRSM)
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)
Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)
Mutualité sociale agricole (MSA) Pas-de-Calais
Association debout les aînés
Trilogue : MSA ; CPAM Côte d'Opale ; CPAM de l'Artois
Institut des politiques publiques (IPP)
Maisons de l'autonomie du Ternois, du Boulonnais, de l'Arrageois, du Calaisis, de l'Audomarois, du Lensois
Institut national d'études démographiques
Résidence autonomie Léon Gournay - Le Portel
CARSAT
Département du Nord
Département de la Sarthe
40 Saad

Source : *Chambre régionale des comptes Hauts-de-France.*

Annexe n° 3. Variables exploitées par la chambre

Libellé variable	Source
Référence personne bénéficiaire	Genesis
Année	Genesis
Lib commune (adresse dossier)	Genesis
Code Insee adresse dossier	Genesis
Territoire MDS	Genesis
EPCI (adresse dossier)	Genesis
Ville adresse dossier	Genesis
Site (adresse dossier)	Genesis
Section d'instruction de l'Aide Sociale	Genesis
Secteur d'intervention d'EMS	Genesis
Date de naissance	Genesis
Date de décès	Genesis
Sexe bénéficiaire	Genesis
Tuteur oui/non	Genesis
Médecin traitant oui/non	Genesis
GIR au 31/12	Genesis
Dernière situation familiale	Genesis
Situation Familiale	Genesis
Montant annuel ressource	Genesis
Année référence-âge	Genesis
Type destinataire	Genesis
Libelle catégorie prestation	Genesis
Aide-ménagère oui/non	Genesis
Auxiliaire de vie oui/non	Genesis
Garde de jour ou de nuit oui/non	Genesis
Portage de repas oui/non	Genesis
Matériel incontinence oui/non	Genesis
Téléassistance oui/non	Genesis
Lib prestations	Genesis
Type intervenant	Genesis
Régime	Genesis
Aidant oui/non	Genesis
Placement	Genesis
Montant plafonné	Genesis
Prestataire	Genesis
Libellé type prestataire	Genesis
Raison sociale Prestataire/Nom	Genesis
Destinataire	Genesis
Type Destinataire	Genesis
Libellé Type Destinataire	Genesis
Nom/Raison Sociale Destinataire	Genesis
Quantité	Genesis
Unité quantité prestation	Genesis
Libelle domaine prestation	Genesis
Libellé unité quantité prestation	Genesis
Périodicité prestation	Genesis

L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE À DOMICILE DANS LE PAS-DE-CALAIS

Libellé variable	Source
Libellé périodicité prestation	Genesis
Libelle catégorie prestation	Genesis
Libellé type prestation	Genesis
Montant tarif prestation	Genesis
Libellé mode liquidation	Genesis
Montant participation bénéficiaire	Genesis
Montant participation CG	Genesis
Age à aujourd'hui	Reconstituée à partir de Genesis
Vivant / décédé (au 15 mars 2025)	Reconstituée à partir de Genesis
Age au 31/12 année référence	Reconstituée à partir de Genesis
Tranches d'âge	Reconstituée à partir de Genesis
Nb prestations	Reconstituée à partir de Genesis
Nb de prestations-lib	Reconstituée à partir de Genesis
Multiple/Unique type presta	Reconstituée à partir de Genesis
Emploi direct oui/non	Reconstituée à partir de Genesis
Mandataire oui/non	Reconstituée à partir de Genesis
Autres interventions oui/non	Reconstituée à partir de Genesis
Nb type intervenant	Reconstituée à partir de Genesis
Multiple/Unique type intervenant	Reconstituée à partir de Genesis
(MSA) ALD	MSA
(MSA) Med Traitant	MSA
(MSA) CMU	MSA
(MSA) Dep réelle transp	MSA
(MSA) Mt part oblig transp	MSA
(MSA) Tx remboursement transp	MSA
(MSA) Montt dep pharma	MSA
(MSA) Nb de jours - dep pharma	MSA
(MSA) Dep réelles (séj ambulatoire)	MSA
(MSA) Mt part oblig (séj ambulatoire)	MSA
(MSA) Nb de jours (séj ambulatoire)	MSA
(MSA) Reste à chg après PO (séj ambulatoire)	MSA
(MSA) Nb j hospi à dom	MSA
(MSA) Nb j présence etabl soins de suite et réadaptation	MSA
(MSA) Nb j MCO	MSA
(MSA) Nb de nuits MCO	MSA
(MSA) Code pathologie	MSA
(MSA) Pathologie	MSA
(MSA) Dep réelles LPP	MSA
(MSA) Mt part oblig LPP	MSA

RAPPORT DEFINITIF D'EVALUATION

Libellé variable	Source
(CPAM) Grand régime	CPAM
(CPAM) ALD	CPAM
(CPAM) ALD - nombre ALD	CPAM
(CPAM) Médecin traitant	CPAM
(CPAM) Soins ambulatoires - Montant de la dépense totale	CPAM
(CPAM) Soins ambulatoires - Montant de la base de remboursement	CPAM
(CPAM) Soins ambulatoires - Montant remboursé à l'assuré	CPAM
(CPAM) Médicaments - Dépense totale pour les médicaments de la liste en sus	CPAM
(CPAM) Médicaments - Dépense totale pour pharmacie en ambulatoire	CPAM
(CPAM) Médicaments - Base de remboursement pour pharmacie en ambulatoire	CPAM
(CPAM) Dépenses consommation Antihypertenseurs - base remboursement	CPAM
(CPAM) Dépenses consommation Antihypertenseurs - montant remboursé	CPAM
(CPAM) Dépenses consommation Analgésiques - base de remboursement	CPAM
(CPAM) Dépenses consommation Analgésiques - montant remboursé	CPAM
(CPAM) Dépenses consommation Antithrombotiques - base de remboursement	CPAM
(CPAM) Dépenses consommation Antithrombotiques - montant remboursé	CPAM
(CPAM) Dépenses consommation Vitamine D - base de remboursement	CPAM
(CPAM) Dépenses consommation Vitamine D - montant remboursé	CPAM
(CPAM) Dépenses consommation médicaments psychotropes - base de remboursement	CPAM
(CPAM) Dépenses consommation médicaments psychotropes - montant remboursé	CPAM
(CPAM) Autre pathologie - Maladie de Parkinson	CPAM
(CPAM) Dépenses consommation médicaments en lien avec Parkinson - base de remboursement	CPAM
(CPAM) Dépenses consommation médicaments en lien avec Parkinson - montant remboursé	CPAM
(CPAM) Autre pathologie - Maladie d'Alzheimer	CPAM
(CPAM) Dépenses consommation médicaments en lien avec Alzheimer - base de remboursement	CPAM
(CPAM) Dépenses consommation médicaments en lien avec Alzheimer - montant remboursé	CPAM
(CPAM) Dispositifs médicaux et prestations pour la consommation de ville - Dépense agréée	CPAM
(CPAM) Dispositifs médicaux et prestations pour la consommation de ville - Montant remb	CPAM
(CPAM) Dispositifs médicaux et prestations pour la consommation de ville - Montant re.1	CPAM
(CPAM) Dispositifs médicaux et prestations pour la consommation - Dépense agrégée	CPAM
(CPAM) Dispositifs médicaux et prestations pour la consommation - Montant remboursé	CPAM
(CPAM) Dispositifs médicaux et prestations pour la consommation - Montant remboursable	CPAM
(CPAM) Consultation médecine de ville	CPAM
(CPAM) Consultation médecine de ville -nombre	CPAM
(CPAM) Consultation médecine de ville - nombre en rapport ALD	CPAM
(CPAM) Consultation médecine de ville - nombre urgence	CPAM
(CPAM) Dépenses consommation soins dentaires - montant global	CPAM
(CPAM) Récurrence du soin dentaire	CPAM
(CPAM) Nombre de séjours en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique)	CPAM
(CPAM) Nombre de séjours en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) avec au moins une nuit	CPAM
(CPAM) Nombre de nuits d'hospitalisation en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique)	CPAM
(CPAM) Séjour MCO	CPAM

L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE À DOMICILE DANS LE PAS-DE-CALAIS

Libellé variable	Source
(CPAM) Montant dépense totale (ou coût du séjour) en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique)	CPAM
(CPAM) Base remboursement en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique)	CPAM
(CPAM) Montant remboursé en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique)	CPAM
(CPAM) Nombre de ré-hospitalisation en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) à 15 jour	CPAM
(CPAM) Nombre de ré-hospitalisation en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) à 30 jour	CPAM
(CPAM) Nombre de jours de présence pour les séjours en établissement de soins de suite	CPAM
(CPAM) Nombre de journées de présence pour les hospitalisations à domicile (privé et pu	CPAM
(CPAM) Passage aux urgences	CPAM
(CPAM) Passage aux urgences - nombre	CPAM
(CPAM) Référence personne bénéficiaire CD	CPAM
TERRITOIRE BENEFICIAIRE	Département - Fichier FAP
CANTON BENEFICIAIRE	Département - Fichier FAP
EPCI BENEFICIAIRE	Département - Fichier FAP
COMMUNE BENEFICIAIRE	Département - Fichier FAP
FINESS ETABLISSEMENT	Département - Fichier FAP
LIBELLE ETABLISSEMENT	Département - Fichier FAP
ANNEE DE FACTURATION	Département - Fichier FAP
MOIS DE FACTURATION	Département - Fichier FAP
LIBELLE TYPE AIDE	Département - Fichier FAP
MATRICULE APA BENEFICIAIRE	Département - Fichier FAP
CIVILITE BENEFICIAIRE	Département - Fichier FAP
DATE DE NAISSANCE BENEFICIAIRE	Département - Fichier FAP
DATE DE DECES BENEFICIAIRE	Département - Fichier FAP
DATE DEBUT PLAN AIDE	Département - Fichier FAP
DATE FIN PLAN AIDE	Département - Fichier FAP
GIR BENEFICIAIRE	Département - Fichier FAP
TICKET MODERATEUR BENEFICIAIRE	Département - Fichier FAP
LIBELLE PRESTATION	Département - Fichier FAP
VOLUME PREVU	Département - Fichier FAP
TARIF PREVU	Département - Fichier FAP

RAPPORT DEFINITIF D'EVALUATION

Libellé variable	Source
VOLUME REALISE	Département - Fichier FAP
TARIF REALISE	Département - Fichier FAP
MONTANT BRUT REALISE	Département - Fichier FAP
MONTANT COUT NET REALISE	Département - Fichier FAP
MONTANT PARTICIPATION REALISE	Département - Fichier FAP
EXERCICE BUDGETAIRE	Département - Fichier FAP
Matricule	DomiServe - CESU
Nom	DomiServe - CESU
Prénom	DomiServe - CESU
Émission	DomiServe - CESU
Consommation	DomiServe - CESU
Taux	DomiServe - CESU
Solde	DomiServe - CESU
Année réf	TeleCA
N° FINESS	TeleCA
Nom de l'établissement	TeleCA
Adresse	TeleCA
Nom directeur	TeleCA
Date dernière habilitation	TeleCA
Organisme gestionnaire	TeleCA
Téléphone	TeleCA
Email	TeleCA
Catégorie d'établissement	TeleCA
Autorité en charge de la tarification	TeleCA
Convention collective majoritaire	TeleCA
Capacité autorisée	TeleCA
Capacité installée	TeleCA
Dépenses afférentes à l'exploitation courante - Dépenses réalisées - compte 625 (déplacements, missions)	TeleCA
Dépenses afférentes à l'exploitation courante - Dépenses réalisées - Total (groupe I)	TeleCA
Dépenses afférentes au personnel - Dépenses réalisées - compte 621 (personnel extérieur à l'établissement)	TeleCA
Dépenses afférentes au personnel - Dépenses réalisées - compte 641 (rémunération du personnel non médical)	TeleCA
Dépenses afférentes au personnel - Dépenses réalisées - compte 642 (rémunération du personnel médical)	TeleCA
Dépenses afférentes au personnel - Dépenses réalisées - Total (groupe II)	TeleCA
Total Groupe III - Dépenses réalisées	TeleCA
Charges exploit. 3 - 657 Subventions	TeleCA
Total des charges - Dépenses réalisées	TeleCA
Résultat comptable (excédent)- Dépenses réalisées	TeleCA
Total général - Dépenses réalisées	TeleCA
Produits de la tarification - Recettes réalisées - compte 733 (Produits à la charge du département)	TeleCA

L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE À DOMICILE DANS LE PAS-DE-CALAIS

Libellé variable	Source
Produits de la tarification - Recettes réalisées - compte 734 (Produits à la charge de l'utilisateur)	TeleCA
Produits de la tarification - Recettes réalisées - compte 738 (Produits à la charge d'autres financeurs)	TeleCA
Produits de la tarification - Recettes réalisées - Total (groupe I)	TeleCA
Autres produits relatifs à l'exploitation - Recettes réalisées - Total (groupe II)	TeleCA
Total groupe III - Recettes réalisées - Total	TeleCA
Total des produits - Recettes réalisées - Total	TeleCA
Résultat comptable (déficit) - Recettes réalisées	TeleCA
Total général - Recettes réalisées	TeleCA
Direction / encadrement - Nombre d'agents à temps plein	TeleCA
Direction / encadrement - Temps partiel - Nombre d'agents	TeleCA
Direction / encadrement - Temps partiel - Nombre ETP	TeleCA
Administration / gestion - Nombre d'agents à temps plein	TeleCA
Administration / gestion - Temps partiel - Nombre d'agents	TeleCA
Administration / gestion - Temps partiel - Nombre ETP	TeleCA
Services généraux - Nombre d'agents à temps plein	TeleCA
Services généraux - Temps partiel - Nombre d'agents	TeleCA
Services généraux - Temps partiel - Nombre ETP	TeleCA
Restauration - Nombre d'agents à temps plein	TeleCA
Restauration - Temps partiel - Nombre d'agents	TeleCA
Restauration - Temps partiel - Nombre ETP	TeleCA
Enseignement et socio-éducatif - Nombre d'agents à temps plein	TeleCA
Enseignement et socio-éducatif - Temps partiel - Nombre d'agents	TeleCA
Enseignement et socio-éducatif - Temps partiel - Nombre ETP	TeleCA
Paramédical - Nombre d'agents à temps plein	TeleCA
Paramédical - Temps partiel - Nombre d'agents	TeleCA
Paramédical - Temps partiel - Nombre ETP	TeleCA
Médical - Nombre d'agents à temps plein	TeleCA
Médical - Temps partiel - Nombre d'agents	TeleCA
Médical - Temps partiel - Nombre ETP	TeleCA
Autres fonctions - Nombre d'agents à temps plein	TeleCA
Autres fonctions - Temps partiel - Nombre d'agents	TeleCA
Autres fonctions - Temps partiel - Nombre ETP	TeleCA
Total - Nombre d'agents à temps plein	TeleCA
Total - Temps partiel - Nombre d'agents	TeleCA
Total - Temps partiel - Nombre ETP	TeleCA
Nombres d'heures d'interventions - Aide à domicile	TeleCA
Nombres d'heures d'interventions - Auxiliaire de vie sociale	TeleCA
Nombres d'heures d'interventions - TISF	TeleCA
Nombres d'heures d'interventions - Global	TeleCA
Total heures non facturables - Aide à domicile	TeleCA
Total heures non facturables - Auxiliaire de vie sociale	TeleCA
Total heures non facturables - TISF	TeleCA
Total heures non facturables - Global	TeleCA
Taux de facturation - Aide à domicile	TeleCA
Taux de facturation - Auxiliaire de vie sociale	TeleCA
Taux de facturation - TISF	TeleCA
Taux de facturation - Global	TeleCA

RAPPORT DEFINITIF D'EVALUATION

Libellé variable	Source
Nombres d'heures facturation APA Département - Aide à domicile	TeleCA
Nombres d'heures facturation APA Département - Auxiliaire de vie sociale	TeleCA
Nombres d'heures facturation APA Département - TISF	TeleCA
Nombres d'heures facturation APA Département - Global	TeleCA
Nombres autre heures facturation Département - Aide à domicile	TeleCA
Nombres autre heures facturation Département- Auxiliaire de vie sociale	TeleCA
Nombres autre heures facturation Département - TISF	TeleCA
Nombres autre heures facturation Département - Global	TeleCA
Part des heures APA Département - Aide à domicile	TeleCA
Part des heures APA Département- Auxiliaire de vie sociale	TeleCA
Part des heures APA Département - TISF	TeleCA
Part des heures APA Département - Global	TeleCA
Part des heures Département - Aide à domicile	TeleCA
Part des heures Département- Auxiliaire de vie sociale	TeleCA
Part des heures Département - TISF	TeleCA
Part des heures Département - Global	TeleCA
Emprunts et dettes financières (à plus d'un an)	TeleCA
Bilan financiers - Valeurs mobilières de placement (trésorerie)	TeleCA
Bilan financier - Disponibilités (trésorerie)	TeleCA
Bilan financier - Autres (trésorerie)	TeleCA
Bilan financier - Total VIII	TeleCA
SIREN	Liasses fiscales
Dénomination	Liasses fiscales
Code activité	Liasses fiscales
Date de clôture de l'exercice-RN- n-1	Liasses fiscales
2052 - FC - Ventes de marchandises - total - n-1	Liasses fiscales
2052 - FF - Production vendue biens - total - n-1	Liasses fiscales
2052 - FI - Production vendue services - total - n-1	Liasses fiscales
2052 - FL - Chiffre d'affaires net total - n-1	Liasses fiscales
2052 - FO - Subventions d'exploitation - total - n-1	Liasses fiscales
2052 - FP - Reprises sur amort et provision, transferts de charges - n-1	Liasses fiscales
2052 - FQ - Autres produits - n-1	Liasses fiscales
2052 - FR - Total produits d'exploitation - n-1	Liasses fiscales
2052 - FS - Achats de marchandises - n-1	Liasses fiscales
2052 - FW - Autres achats et charges externes - n-1	Liasses fiscales
2052 - FX - Impôts, taxes et versements assimilés - n-1	Liasses fiscales
2052 - FY - Salaires et traitements - n-1	Liasses fiscales
2052 - FZ - Charges sociales - n-1	Liasses fiscales
2052 - GA - Dotations aux amortissements sur immobilisations - n-1	Liasses fiscales
2052 - GB - Dotations aux provisions sur immobilisations - n-1	Liasses fiscales
2052 - GC - Dotations aux provisions sur actif circulant - n-1	Liasses fiscales
2052 - GD - Dotations aux provisions pour risques et charges - n-1	Liasses fiscales
2052 - GE - Autres charges - n-1	Liasses fiscales
2052 - GF - Total des charges d'exploitation - n-1	Liasses fiscales
2052 - GG - Résultat d'exploitation - n-1	Liasses fiscales
2052 - GP - Produits financiers, total des produits financiers - n-1	Liasses fiscales
2052 - GU - Charges financières, total des charges financières - n-1	Liasses fiscales
2052 - GV - Résultat financier - n-1	Liasses fiscales

L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE À DOMICILE DANS LE PAS-DE-CALAIS

Libellé variable	Source
2053 - HD - Total des produits exceptionnels - n-1	Liasses fiscales
2053 - HH - Total charges exceptionnelles - n-1	Liasses fiscales
2053 - HI - Résultat exceptionnel - n-1	Liasses fiscales
2053 - HK - Impôts sur les bénéfiques - n-1	Liasses fiscales
2053 - HL - Total des produits - n-1	Liasses fiscales
2053 - HM - Total des charges - n-1	Liasses fiscales
2053 - HN - Bénéfice ou perte (Tot des pdts - Tot des charges) - n-1	Liasses fiscales
2050 - CD - Valeurs mobilières de placement, brut - n-1	Liasses fiscales
2050 - CE - Valeurs mobilières de placement, amort et provisions - n-1	Liasses fiscales
2050 - CF - Disponibilités, brut - n-1	Liasses fiscales
2050 - CG - Disponibilités, amortissements et provisions - n-1	Liasses fiscales
2051 - DA - Capital social ou individuel - n-1	Liasses fiscales
2051 - DB - Primes d'émission, de fusion, ou apport - n-1	Liasses fiscales
2051 - DD - Réserve légale - n-1	Liasses fiscales
2051 - DE - Réserves statutaires ou contractuelles - n-1	Liasses fiscales
2051 - DH - Report à nouveau - n-1	Liasses fiscales
2051 - DI - Résultat exercice (bénéfice ou perte) - n-1	Liasses fiscales
2051 - DJ - Subventions d'investissement - n-1	Liasses fiscales
2051 - DU - Emprunts et dettes auprès des établissements de crédit - n-1	Liasses fiscales
2051 - DY - Dettes fiscales et sociales - n-1	Liasses fiscales
2059E- YP -Effectif moyen du personnel- n-1	Liasses fiscales
2059E - OG - Calcul de la valeur ajoutée (Total 1- Total 2) - n -1	Liasses fiscales
Date de clôture de l'exercice-RSI- n-1	Liasses fiscales
2033B - 210 - Produit exploitation, ventes de marchandises - Total - n-1	Liasses fiscales
2033B - 214 - Produit exploitation, production vendue biens - Total - n-1	Liasses fiscales
2033B - 218 - Produit exploitation, production vendue services - Total - n-1	Liasses fiscales
2033B - 226 - Produit exploitation, subventions d'exploitation - Total - n-1	Liasses fiscales
2033B - 230 - Autres produits - n-1	Liasses fiscales
2033B - 232 - Total des produits d'exploitation - n-1	Liasses fiscales
2033B - 234 - Charges exploit - achats de marchandises - n-1	Liasses fiscales
2033B - 242 - Charges exploit - autres achats et charges externes - n-1	Liasses fiscales
2033B - 244 - Charges exploit - impôts, taxes et versements - n-1	Liasses fiscales
2033B - 250 - Charges exploit - Rémunérations du personnel - n-1	Liasses fiscales
2033B - 252 - Charges exploit - charges sociales - n-1	Liasses fiscales
2033B - 254 - Charges exploit - dotations aux amortissements - n-1	Liasses fiscales
2033B - 256 - Dotations aux provisions - n-1	Liasses fiscales
2033B - 262 - Autres charges - n-1	Liasses fiscales
2033B - 264 - Total des charges d'exploitation - n-1	Liasses fiscales
2033B - 270 - Résultat d'exploitation - n-1	Liasses fiscales
2033B - 280 - Total des produits financiers - n-1	Liasses fiscales
2033B - 294 - Total des charges financières - n-1	Liasses fiscales
2033B - 290 - Total des produits exceptionnels - n-1	Liasses fiscales
2033B - 300 - Total des charges exceptionnelles - n-1	Liasses fiscales
2033B - 306 - Impôts sur les bénéfiques - n-1	Liasses fiscales
2033B - 310 - Bénéfice ou perte (Total produits - Total charges) - n-1	Liasses fiscales
2033A - 080 - Valeurs mobilières de placement, brut - n-1	Liasses fiscales
2033A - 082 - Valeurs mobilières de placement, amorts et provisions - n-1	Liasses fiscales
2033A - 084 - Disponibilités, brut - n-1	Liasses fiscales

RAPPORT DEFINITIF D'EVALUATION

Libellé variable	Source
2033A - 086 - Disponibilités, amortissements et provisions - n-1	Liasses fiscales
2033A - 120 - Capital social ou individuel - n-1	Liasses fiscales
2033A - 126 - Réserve légale - n-1	Liasses fiscales
2033A - 134 - Report à nouveau - n-1	Liasses fiscales
2033A - 136 - Résultat exercice (bénéfice ou perte) - n-1	Liasses fiscales
2033A -137 -Subventions d'investissement -n-1	Liasses fiscales
2033A - 156 - Emprunts et dettes assimilées - n-1	Liasses fiscales
2033A- 172- Dettes fiscales et sociales- n-1	Liasses fiscales
2033E- 376 -Effectif moyen du personnel- n-1	Liasses fiscales
2033-E-137- Calcul de la valeur ajoutée (Total 1- Total 2) - n -1	Liasses fiscales
Année de la déclaration	Acoss - données DSN
Année et mois de déclaration	Acoss - données DSN
Numéro SIRET	Acoss - données DSN
Numéro SIREN	Acoss - données DSN
Raison sociale	Acoss - données DSN
Commune INSEE	Acoss - données DSN
Clé individuelle (pseudonyme)	Acoss - données DSN
Numéro du contrat	Acoss - données DSN
Date de début du contrat	Acoss - données DSN
Date de fin du contrat	Acoss - données DSN
Code postal établissement	Acoss - données DSN
Code commune établissement	Acoss - données DSN
Quotité de travail	Acoss - données DSN
Nature du contrat	Acoss - données DSN
Statut professionnel	Acoss - données DSN
Modalité d'exercice du temps de travail	Acoss - données DSN
Multi-emploi	Acoss - données DSN
Multi-employeur	Acoss - données DSN
Code PCS	Acoss - données DSN
Libellé emploi	Acoss - données DSN
Code régime risque AT/MP	Acoss - données DSN
Code risque AT/MP	Acoss - données DSN
Taux AT/MP	Acoss - données DSN
Rémunération brute	Acoss - données DSN
Facteur d'exposition n°08	Acoss - données DSN
Motif de recours	Acoss - données DSN
Détaché ou expatrié	Acoss - données DSN
Indicateur établissement	Acoss - données DSN
Nombre de jours arrêt Maladie	Acoss - données DSN
Indicateur arrêt Maladie	Acoss - données DSN
Nombre de jours arrêt Maternité	Acoss - données DSN
Indicateur arrêt Maternité	Acoss - données DSN
Nombre de jours arrêt Paternité / accueil enfant	Acoss - données DSN
Indicateur arrêt Paternité / accueil enfant	Acoss - données DSN
Nombre de jours arrêt Accident de trajet	Acoss - données DSN
Indicateur arrêt Accident de trajet	Acoss - données DSN
Nombre de jours arrêt Maladie professionnelle	Acoss - données DSN
Indicateur arrêt Maladie professionnelle	Acoss - données DSN

L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE À DOMICILE DANS LE PAS-DE-CALAIS

Libellé variable	Source
Nombre de jours arrêt Accident de travail ou service	AcoSS - données DSN
Indicateur arrêt Accident de travail ou service	AcoSS - données DSN
Nombre de jours arrêt Femme enceinte dispensée	AcoSS - données DSN
Indicateur arrêt Femme enceinte dispensée	AcoSS - données DSN
Nombre de jours arrêt Adoption	AcoSS - données DSN
Indicateur arrêt Adoption	AcoSS - données DSN
Nombre de jours arrêt [FP] Maladie imputable au service	AcoSS - données DSN
Indicateur arrêt [FP] Maladie imputable au service	AcoSS - données DSN
Nombre de jours arrêt [FP] Victimes guerre	AcoSS - données DSN
Indicateur arrêt [FP] Victimes guerre	AcoSS - données DSN
Nombre de jours arrêt [FP] Congé longue durée	AcoSS - données DSN
Indicateur arrêt [FP] Congé longue durée	AcoSS - données DSN
Nombre de jours arrêt [FP] Congé longue maladie	AcoSS - données DSN
Indicateur arrêt [FP] Congé longue maladie	AcoSS - données DSN
Nombre de jours arrêt [FP] Invalidité temporaire imputable	AcoSS - données DSN
Indicateur arrêt [FP] Invalidité temporaire imputable	AcoSS - données DSN
Nombre de jours arrêt Temps partiel thérapeutique (maladie)	AcoSS - données DSN
Indicateur arrêt Temps partiel thérapeutique (maladie)	AcoSS - données DSN
Nombre de jours arrêt Temps partiel thérapeutique (AT)	AcoSS - données DSN
Indicateur arrêt Temps partiel thérapeutique (AT)	AcoSS - données DSN
Nombre de jours arrêt Temps partiel thérapeutique (trajet)	AcoSS - données DSN
Indicateur arrêt Temps partiel thérapeutique (trajet)	AcoSS - données DSN
Nombre de jours arrêt Temps partiel thérapeutique (maladie professionnelle)	AcoSS - données DSN
Indicateur arrêt Temps partiel thérapeutique (maladie professionnelle)	AcoSS - données DSN
Nombre de jours arrêt Deuil d'enfant	AcoSS - données DSN
Indicateur arrêt Deuil d'enfant	AcoSS - données DSN

Source : chambre régionale des comptes Hauts-de-France.

Annexe n° 4. Focus sur les variables de santé mobilisées

Dans le cadre de la construction des idéaux-types et de l'évaluation de l'adéquation entre l'offre et les besoins, un ensemble d'indicateurs de santé a été mobilisé. Ces données proviennent de deux grandes sources : les caisses d'assurance maladie (régime général et régime agricole) et le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Leur intégration permet d'affiner la compréhension des profils de bénéficiaires de l'Apa, en tenant compte à la fois des pathologies chroniques, de la consommation de soins et des épisodes hospitaliers caractéristiques du grand âge.

Données issues des caisses locales d'assurance maladie

Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM de l'Artois et de la Côte d'Opale, ainsi que la Caisse nationale d'assurance maladie) et la Mutualité sociale agricole (MSA Nord-Pas-de-Calais et Caisse centrale de la MSA) ont transmis des extractions du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram). Ces bases, croisées avec les bénéficiaires de l'Apa du Département, permettent de disposer d'informations individuelles relatives aux consommations de soins de ville.

Elles couvrent notamment la présence d'affections de longue durée (ALD) chez les personnes âgées (maladies dégénératives, cardiovasculaires, etc.), l'existence d'un médecin traitant et le recours aux soins ambulatoires ; la consommation de médicaments, dont certaines classes particulièrement pertinentes pour l'avancée en âge (psychotropes, antihypertenseurs, analgésiques, antithrombotiques, vitamine D, traitements liés à Alzheimer et Parkinson), l'accès aux dispositifs médicaux et prestations de ville, les consultations de médecine de ville et les soins dentaires, y compris la fréquence et la récurrence des actes.

Ces informations offrent un éclairage sur l'état de santé global des bénéficiaires, mais également sur leurs parcours de soins et leurs besoins récurrents.

L'utilisation de ces données présente toutefois plusieurs limites. D'une part, certains bénéficiaires de l'Apa dans le Pas-de-Calais ne sont pas affiliés aux caisses locales retenues, ce qui introduit un biais de couverture, même s'il est limité. D'autre part, les bases exploitées ne portent que sur les bénéficiaires de l'Apa et ne permettent donc pas de comparer cette population à l'ensemble des personnes âgées du département. Enfin, aucune donnée équivalente n'a pu être mobilisée pour les autres départements, ce qui rend difficile un parangonnage élargi au-delà de l'échelle départementale.

Données issues du PMSI

En complément, les bases du PMSI ont été exploitées, en ciblant spécifiquement trois thématiques de santé particulièrement pertinentes pour les bénéficiaires âgés :

S'agissant des hospitalisations pour chutes, ont été identifiés les séjours Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) associés à une chute (diagnostic associé) et à une fracture (diagnostic principal ou relié). L'analyse a porté sur le nombre de personnes hospitalisées par tranche d'âge, sexe et année, tant au niveau national que départemental, sur la répartition des modes de sortie après chute, ainsi que sur la fréquence des chutes multiples. Un focus a également été réalisé sur les allocataires de l'Apa dans le Pas-de-Calais en 2024, selon le sexe et le groupe d'âge.

S'agissant des hospitalisations évitables, l'étude s'est centrée sur certaines causes sensibles, notamment les déshydratations. Les données ont permis de comptabiliser le nombre de personnes hospitalisées par département, sexe et tranche d'âge, et de comparer ces occurrences selon le statut Apa.

S'agissant des réhospitalisations, les statistiques ont été exploitées pour mesurer le nombre de réhospitalisations enregistrées en 2024 dans le Pas-de-Calais, avec une déclinaison par territoire d'ARS et par statut Apa.

Annexe n° 5. Les 17 activités de la grille *Aggir*

Activités corporelles et mentales	1. Cohérence	Communiquer (communication verbale et non verbale), agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes sociales.
	2. Orientation	Se repérer dans l'espace et dans le temps.
	3. Toilette	Assurer son hygiène corporelle.
	4. Habillage	Assurer l'habillage, le déshabillage et la présentation.
	5. Alimentation	Se servir (couper la viande, remplir son verre, etc.) et manger (porter les aliments et les boissons à sa bouche et les avaler).
	6. Élimination	Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale.
	7. Transferts	Se lever, se coucher, s'asseoir. Passer de l'une de ces trois positions à une autre, dans les deux sens.
	8. Déplacements intérieurs	Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie.
	9. Déplacements extérieurs	Se déplacer à l'extérieur du lieu de vie.
	10. Alerter	Utiliser un moyen de communication à distance : téléphone, alarme, sonnette, etc. dans le but d'alerter en cas de besoin.
Activités domestiques et sociales	11. Gestion	Trois types d'activités : gérer ses affaires, son budget et ses biens ; reconnaître la valeur monétaire des pièces et des billes, savoir s'en servir ; effectuer les démarches administratives.
	12. Cuisine	Préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis.
	13. Ménage	Effectuer l'ensemble des travaux ménagers courants (nettoyage des locaux, rangement, linge, etc.)
	14. Transports	Utiliser volontairement un moyen de transport collectif ou individuel.
	15. Achats	Acquisition volontaire des biens, de manière directe ou par correspondance.
	16. Suivi de traitement	Respecter l'ordonnance du médecin et gérer soi-même son traitement.
	17. Activité du temps libre	Pratiquer volontairement, seul ou dans un groupe, diverses activités.

Source : chambre régionale des comptes, à partir de l'analyse du HCFEA¹⁶⁰ et de l'annexe n° 2.1 du code de l'action sociale et des familles.

¹⁶⁰ HCFEA, *Prise en compte des besoins des personnes âgées vulnérables : grille AGGIR, outils d'évaluation et adéquation de l'Apa*, février 2023.

Annexe n° 6. Présentation des travaux Pote

Pour étudier le recours au dispositif de crédit d'impôt relatif aux services à la personne (CISAP) des foyers fiscaux dont au moins un des membres a plus de 60 ans, la Cour et la direction du numérique ont exploité le fichier POTE 2023 de la DGFIP. Ce fichier rassemble les informations recensées dans le formulaire n° 2042 à l'occasion de la déclaration des revenus pour l'ensemble des foyers fiscaux domiciliés en France.

Un filtre a d'abord été appliqué au fichier POTE 2023 pour ne conserver que les données des foyers fiscaux dont au moins un des membres a plus de 60 ans. Les informations collectées à partir de la section « 7 - Réductions et crédits d'impôt » de la déclaration des revenus ont ensuite permis de dénombrer le nombre de foyers et de personnes bénéficiant du CISAP au niveau de la France et par département. Ce sont les foyers pour lesquels la case 7dr « Aides perçues pour l'emploi à domicile (APA, PCH, CESU préfinancé...) » est non-nulle. Pour chaque foyer fiscal, la somme des crédits d'impôts pour les services d'aide à la personne a été calculée de la façon suivante :

- Si les aides perçues pour l'emploi à domicile sont inférieures (case 7dr) ou égales aux dépenses d'emploi à domicile (case 7db), alors le CISAP vaut $(7db - 7dr) / 2$.
- Si les aides perçues pour l'emploi à domicile sont supérieures aux dépenses d'emploi à domicile, alors le CISAP est nul.

Les montants du CISAP ont été enfin agrégés au niveau de la France et par département pour étudier la position du Pas-de-Calais.

Annexe n° 7. Comparaison de départements (besoins et offres médico-sociales)

Les caractéristiques du Pas-de-Calais en termes de besoin de prise en charge des personnes âgées dépendantes et d'offre médico-sociale sont comparées à celles des autres départements de France métropolitaine.

Pour chaque variable caractérisant les besoins de prise en charge des personnes âgées dépendantes, une comparaison multivariée est effectuée pour trouver les cinq départements les plus similaires au Pas-de-Calais selon les dimensions qui caractérisent les besoins de prise en charge. La même approche est appliquée pour comparer l'offre médico-sociale du Pas-de-Calais aux autres départements.

Enfin, une comparaison multivariée prenant en compte à la fois les besoins de prise en charge et l'offre médico-sociale est menée pour comparer le département aux autres selon ces deux dimensions.

Comparaison des besoins de prise en charge des personnes âgées dépendantes

Pour chaque variable d'une des dimensions décrivant les personnes âgées et leur niveau de dépendance, la distribution départementale est d'abord tracée. Une comparaison multivariée est ensuite menée pour comparer la situation actuelle et future des besoins de prise en charge des personnes âgées dépendantes du Pas-de-Calais à celle des autres départements.

Situation actuelle des personnes âgées

- Distribution de l'indice de vieillissement :
 - Source : Indicateurs sociaux départementaux de la DREES de 2023
- Espérances de vie des femmes et des hommes à 65 ans :
 - Source : Indicateurs sociaux départementaux de la DREES de 2023
- Taux de mortalité des plus de 65 ans
 - Source : Indicateurs sociaux départementaux de la DREES de 2023
- Taux de pauvreté monétaire des personnes de plus de 60 ans
 - Source : Indicateurs sociaux départementaux de la DREES de 2023
- Part des personnes de plus de 60 ans vivant seules
 - Source : Indicateurs sociaux départementaux de la DREES de 2023
- Part de personnes de plus de 60 ans avec des maladies chroniques
 - Source : VQS 2021 de la DREES
- Part des personnes de plus de 60 ans avec des limites physiques
 - Source : VQS 2021 de la DREES
- Part des personnes de plus de 60 ans avec des limites sensorielles
 - Source : VQS 2021 de la DREES
- Part des personnes de plus de 60 ans avec des limites cognitives
 - Source : VQS 2021 de la DREES

Situation actuelle des personnes âgées dépendantes à l'APA

- Distribution de la proportion de personnes âgées dépendantes (GIR 1-4) à domicile en 2023
 - Source : Enquête aide sociale départementale de 2023
- Distribution de la proportion de femmes à l'APA à domicile en 2023
 - Source : Enquête aide sociale départementale de 2023
- Distribution des dépenses APA à domicile par bénéficiaire
 - Source : Enquête aide sociale départementale de 2023

Évolution future de la dépendance

- Distribution de l'évolution relative du nombre personnes âgées dépendantes (GIR 1-4) entre 2025 et 2040 :
 - Source : Modèle LIVIA de la DREES
- Distribution de l'évolution relative du nombre personnes âgées dépendantes (GIR 1-2) entre 2025 et 2040 :
 - Source : Modèle LIVIA de la DREES
- Distribution de l'évolution relative du nombre personnes âgées dépendantes (GIR 3-4) entre 2025 et 2040 :
 - Source : Modèle LIVIA de la DREES
- Distribution du ratio des personnes âgées dépendantes (GIR 1-4) sur le nombre de personnes actives (15-64 ans) en 2040 :
 - Source : Modèle LIVIA de la DREES

Comparaison de l'offre médico-sociale

La distribution départementale de chaque variable reflétant un aspect de l'offre de prise en charge des personnes âgées est d'abord tracée. Une comparaison multivariée est ensuite menée pour comparer la situation actuelle de l'offre du Pas-de-Calais à celle des autres départements.

Comparaison de chaque APL

- Distribution des APL aux infirmières :
 - Source : DREES 2023
- Distribution des APL aux médecins :
 - Source : DREES 2023
- Distribution des APL établissements :
 - Source : DREES 2023
- Distribution des APL à la prise en charge à domicile :
 - Source : DREES 2023

Annexe n° 8. Analyse des différences d'évaluation entre évaluateurs et structures

La chambre et la direction du numérique de la Cour ont cherché à déterminer s'il existait des différences de pratique dans l'évaluation de la dépendance pour bénéficier de l'Apa à domicile.

Pour cela, il a d'abord été nécessaire de redresser les données pour s'assurer que ces pratiques soient comparées pour des personnes évaluées avec des profils similaires. Une méthode récente de standardisation directe a été ici employée permettant de repondérer les caractéristiques des personnes évaluées par chaque évaluateur pour qu'elles ressemblent au profil général, c'est-à-dire aux moyennes selon l'âge, le genre, la présence d'un conjoint et les ressources annuelles.

Cependant, ces données ne permettent de décrire que certaines des caractéristiques des personnes évaluées par chaque évaluateur. Même si deux évaluateurs avaient évalué des personnes aux profils similaires selon ces variables, il serait toujours possible d'objecter qu'ils ont évalué ces personnes différemment car elles ne se ressemblaient pas selon des caractéristiques qui ne seraient pas renseignées dans les données.

Cette annexe présente les données mobilisées, les statistiques des caractéristiques des personnes évaluées selon l'évaluateur et décrit la méthode utilisée pour comparer de manière équitable les pratiques des évaluateurs.

Données mobilisées

Pour chaque personne évaluée, sa première date d'évaluation a été repérée et seulement les dates d'évaluation postérieures ou débutant en 2014 ont été conservées. Près de 69 850 primo évaluations sont considérées dans les analyses qui suivent.

Le tableau suivant présente la distribution du nombre d'évaluations par année :

Tableau 1 : Nombre de primo évaluations de la dépendance par année

<i>Année</i>	<i>Nombre d'évaluations</i>
2014	1 093
2015	1 643
2016	3 427
2017	6 407
2018	13 556
2019	8 418
2020	6 588
2021	7 234
2022	7 168
2023	7 546
2024	5 668
2025	1 105

Lecture : En 2014, 1 093 personnes ont vu leur dépendance être évaluée une première fois par le Département.

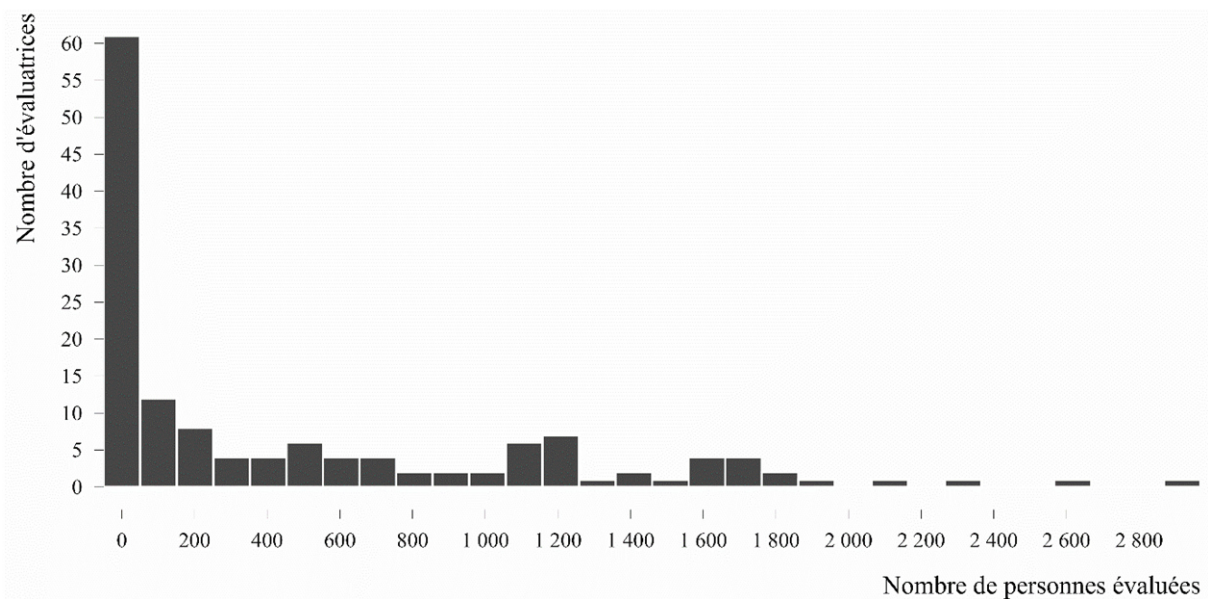
Champ : Ensemble des primo évaluations de la dépendance entre 2014 et 2025.

Source : Systèmes d'informations du département du Pas-de-Calais.

Le nombre important de premières évaluations en 2018 s'explique par la bascule vers le nouveau système d'information du Département.

Dans le département du Pas-de-Calais, 41 évaluateurs sont mobilisés sur 61 secteurs d'interventions rassemblées en 9 structures médico-sociales. Le nombre de personnes évaluées par structure varie de 2 690 pour celle du Ternois à près de 13 850 pour celle de l'Artois. Le graphique ci-dessous représente la distribution du nombre de personnes évaluées par évaluateur :

Figure 1 : Distribution du nombre de personnes évaluées par évaluateur



Champ : Ensemble des primo évaluations de la dépendance entre 2014 et 2025.

Source : Systèmes d'informations du département du Pas-de-Calais.

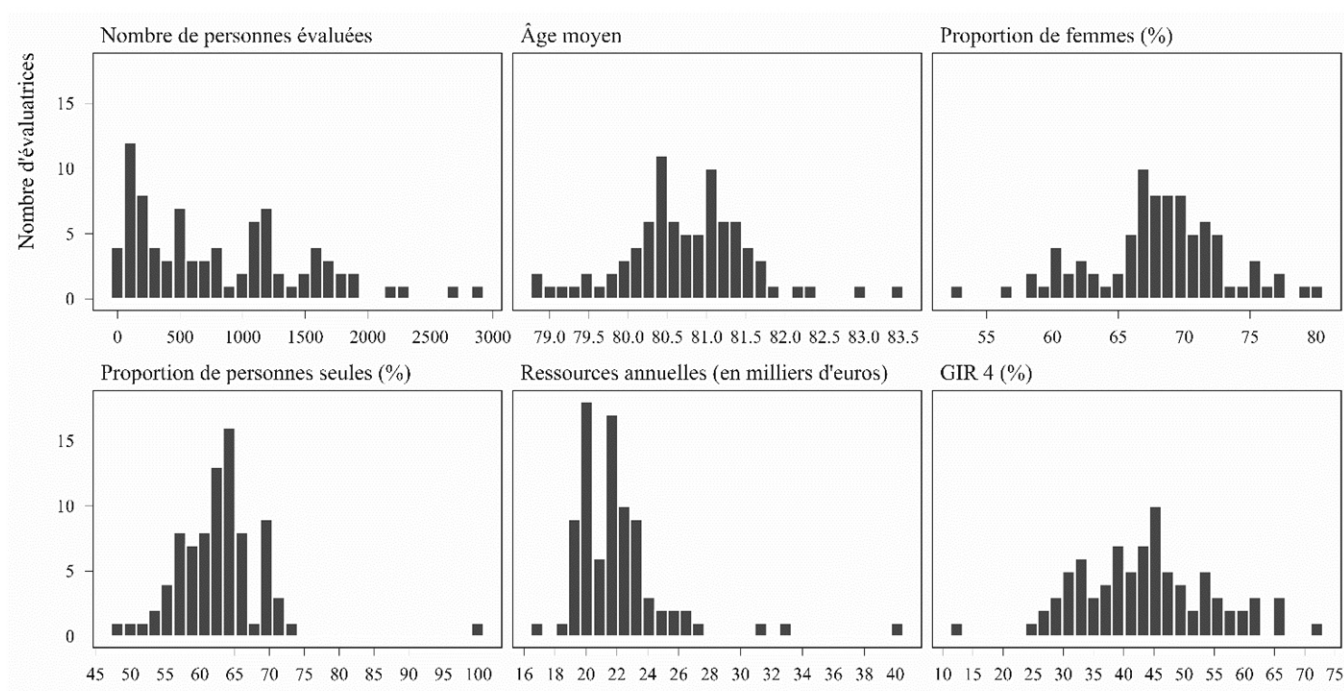
La médiane du nombre de personnes évaluées par évaluateur est de 138 personnes. Un quart d'entre elles ont évalué moins de 14 personnes (premier quartile) et 25 % ont évalué plus de 900 personnes (troisième quartile).

Description des caractéristiques des personnes évaluées par évaluateur

Pour analyser les caractéristiques des personnes évaluées par les évaluateurs, seules celles qui ont évalué suffisamment de personnes, c'est-à-dire plus de 40 personnes, ont été retenues. Le champ retenu est composé de 84 évaluateurs.

Le graphique ci-dessous présente la distribution par évaluateur du nombre de personnes évaluées, de leur âge moyen, de la proportion de femmes, de la proportion de personnes seules, des ressources annuelles (en milliers d'euros) et de la proportion de personnes évaluées en GIR 4.

Figure 2 : Distribution des caractéristiques moyennes des personnes évaluées par évaluateur



Champ : Ensemble des primo évaluations de la dépendance entre 2014 et 2025 pour les évaluateurs ayant évalué plus de 40 personnes.

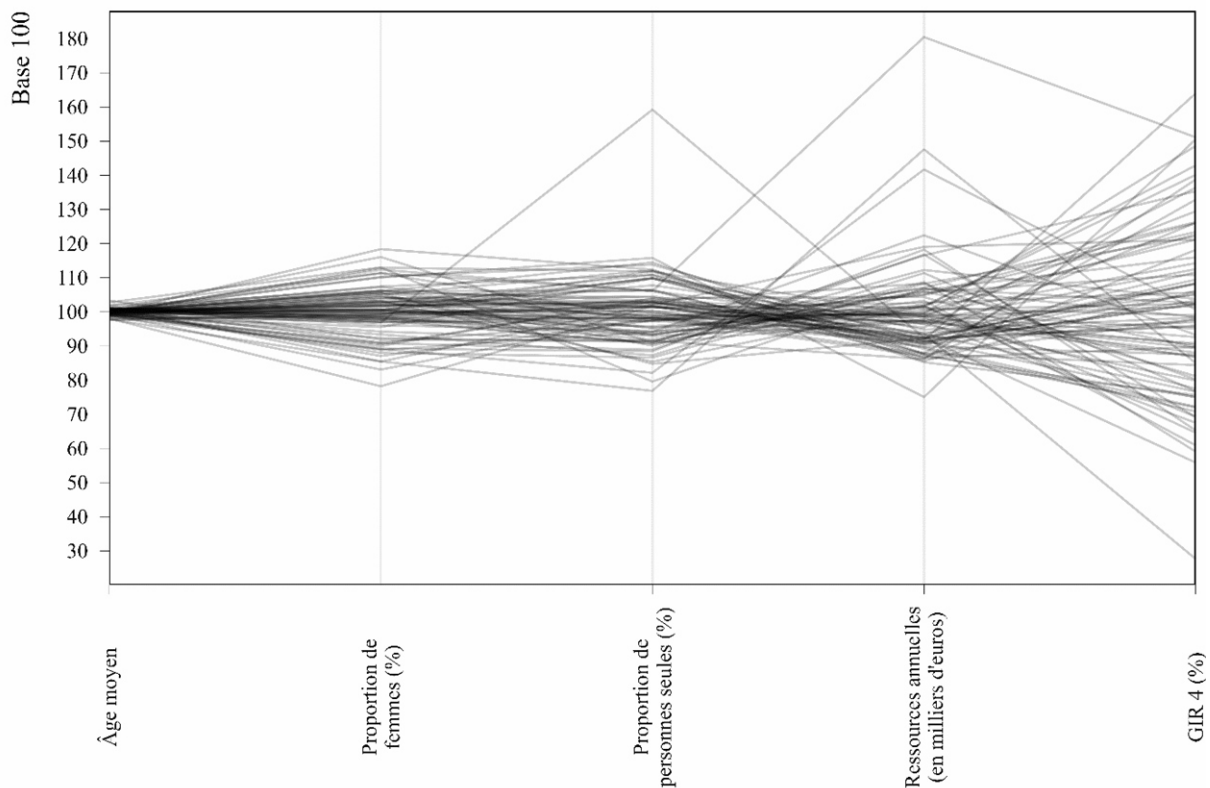
Source : *Systèmes d'informations du département du Pas-de-Calais.*

Si l'âge moyen est homogène entre évaluateurs, la chambre et la direction du numérique de la Cour constatent une plus forte variabilité dans les profils moyens pour le genre, la proportion de personnes seules et la part de personnes évaluées en GIR 4.

Les coefficients de variation de chacune de ces variables confirment cette impression : le coefficient de variation pour l'âge vaut 0,01 alors que celui pour la part de personnes évaluées en GIR 4 vaut 0,25. L'écart-type de cette variable représente 25 % de sa moyenne.

Cette variabilité dans la part de personnes évaluées en GIR 4 pourrait cependant s'expliquer par des profils de personnes évaluées différemment entre évaluateurs. Le graphique ci-dessous contredit cette explication pour les variables renseignées dans les données :

Figure 3 : Distribution liée des caractéristiques moyennes en base 100 des personnes évaluées par évaluateur



Lecture : Chaque ligne représente les valeurs des caractéristiques moyennes des personnes évaluées par une évaluateur. L'échelle est en base 100 où le point de comparaison est la moyenne des caractéristiques de l'ensemble des évaluateurs. Ainsi, si la valeur d'une ligne vaut 120 pour l'âge, cela signifie qu'un évaluateur a évalué des personnes 20 % plus âgées que ses pairs.

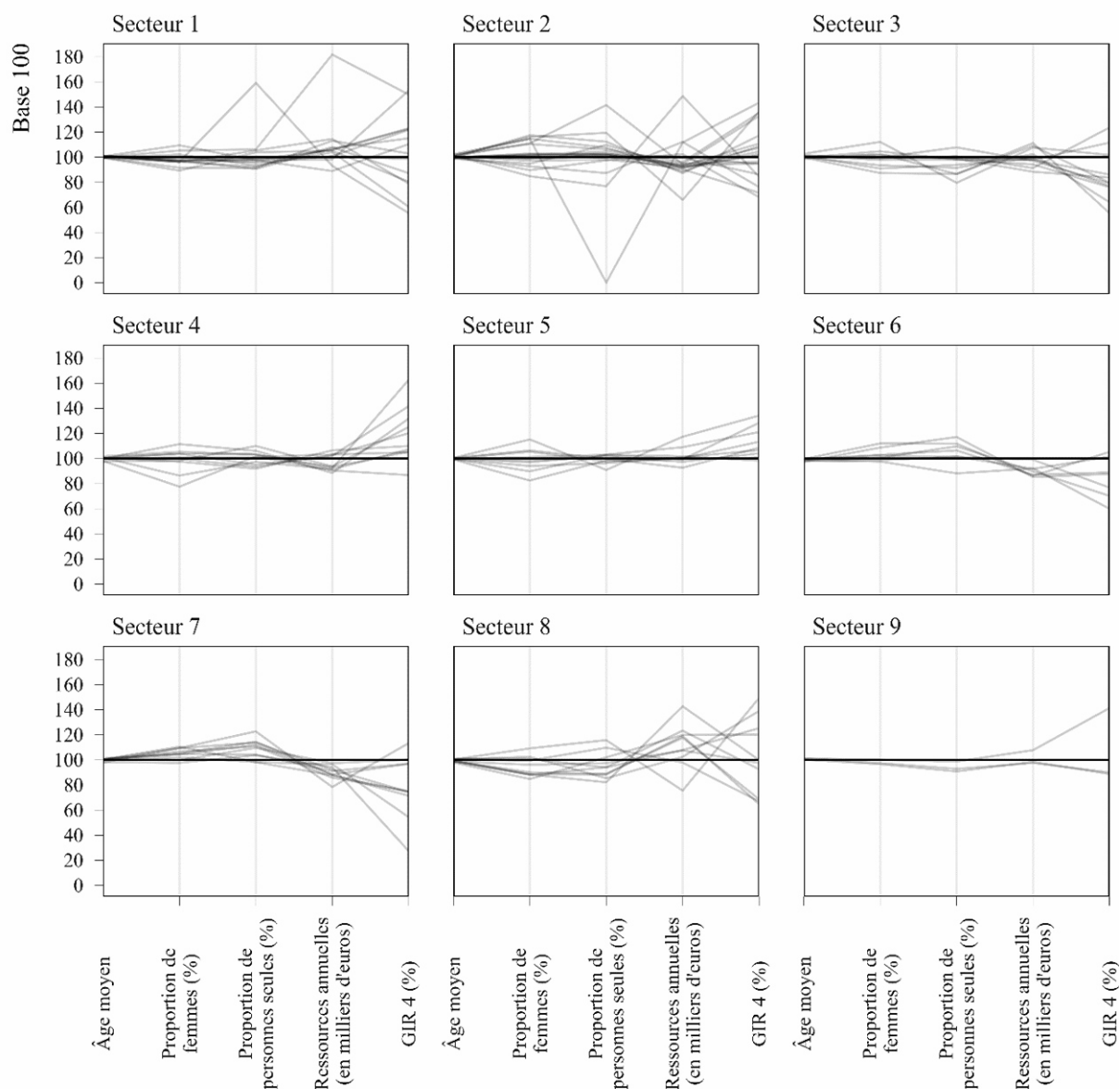
Champ : Ensemble des primo évaluations de la dépendance entre 2014 et 2025 pour les évaluateurs ayant évalué plus de 40 personnes.

Source : Systèmes d'informations du département du Pas-de-Calais.

Chaque point représente la valeur en base 100 – la valeur de référence est la moyenne de l'ensemble des évaluateurs - d'un évaluateur pour une des caractéristiques considérées. Par exemple, si un point pour la variable GIR 4 vaut 120, cela veut dire que l'évaluateur a une part de GIR 4 de 20 % supérieure à la moyenne des évaluateurs. Sur ce graphique, il est possible de constater qu'une assez grande variabilité de la part de personnes évaluées en GIR 4 pour des profils qui sont cependant homogènes.

Ce graphique a ensuite été reproduit en prenant en compte la structure médico-sociale dans laquelle travaille un évaluateur :

Figure 4 : Distribution liée des caractéristiques moyennes en base 100 des personnes évaluées par évaluateur par structure médico-social



Lecture : Chaque ligne représente les valeurs des caractéristiques moyennes des personnes évaluées par un évaluateur. L'échelle est en base 100 où le point de comparaison est la moyenne des caractéristiques de l'ensemble des évaluateurs. Ainsi, si la valeur d'une ligne vaut 120 pour l'âge, cela signifie qu'un évaluateur a évaluées des personnes 20 % plus âgées que ses pairs.

Champ : Ensemble des primo évaluations de la dépendance entre 2014 et 2025 pour les évaluateurs ayant évalué plus de 40 personnes.

Source : Systèmes d'informations du département du Pas-de-Calais.

Pour certaines équipes médico-sociales (notamment celles des secteurs 3, 4 ou 7), les profils sont assez homogènes mais il existe une variabilité dans la part de personnes évaluées en GIR

4. Ce graphique permet également de limiter la critique évoquée dans l'introduction de cette annexe : les caractéristiques « inobservables » des personnes évaluées entre évaluateur pourraient être différentes, ce qui expliquerait la variabilité dans la part de personnes évaluées en GIR 4. En regardant cette variabilité entre évaluateurs au sein d'une équipe médico-sociale, la chambre et la direction du numérique de la Cour s'assurent que les personnes évaluées sont plus similaires car (i) issues d'un même territoire et (ii) l'attribution d'une personne à évaluer au sein d'une équipe médico-sociale semblerait relativement aléatoire.

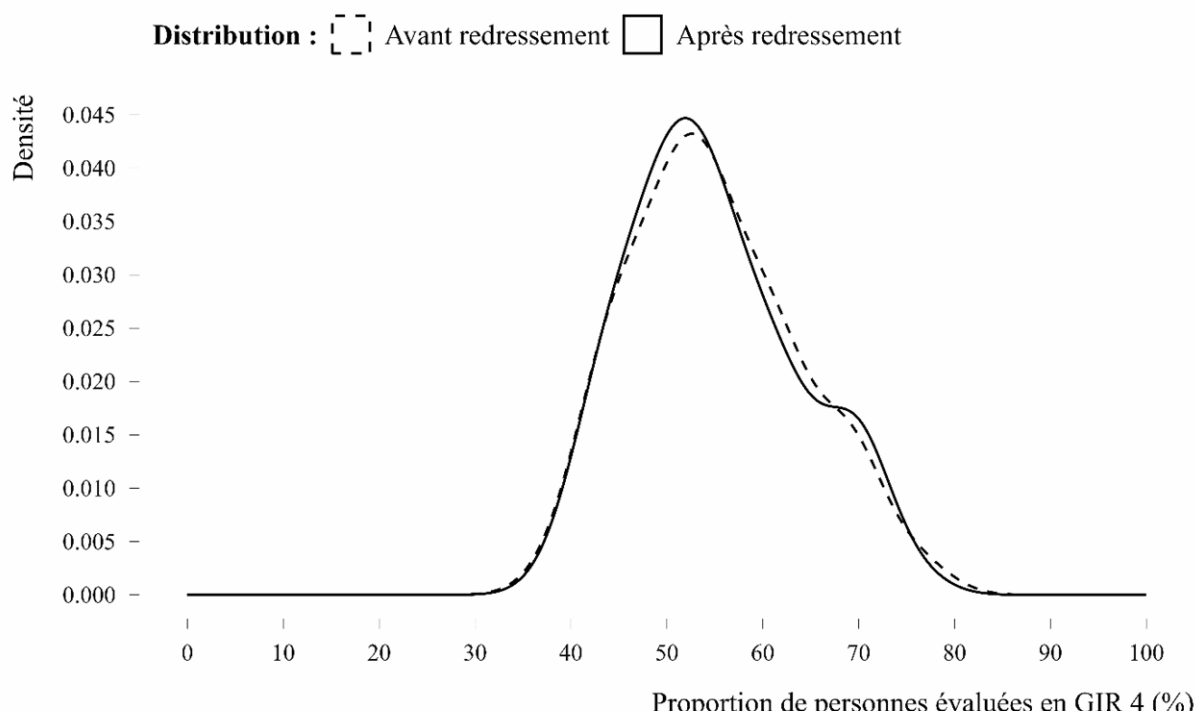
Redressement des caractéristiques des personnes évaluées pour comparer équitablement les pratiques des évaluateurs

Pour essayer de déterminer s'il existe des différences de pratique entre évaluateurs de façon encore plus crédible, il est possible de comparer la proportion de personnes qui seraient en GIR 4 si chacun des évaluateurs faisait face un ensemble de profils similaires. Pour ce faire, la chambre et la direction du numérique de la Cour utilisent une méthode récente de standardisation directe qui permet d'attribuer un poids à chaque personne évaluée pour que la distribution repondérée des caractéristiques des personnes évaluées par un évaluateur soit similaire à l'ensemble de la population évaluée sur la période considérée (Zubizarreta, J. R. (2015) ; Chattopadhyay, A., Hase, C. H., & Zubizarreta, J. R. (2020) et Keele, L. J., Ben-Michael, E., Feller, A., Kelz, R., & Miratrix, L. (2023))¹⁶¹.

Le redressement a été effectué sur l'âge, le fait de vivre seul, le montant des ressources annuelles et le sexe. Le graphique ci-dessous représente la distribution de personnes évaluées en GIR 4 par évaluateur avant et après le redressement :

¹⁶¹ Zubizarreta, José R. "Stable weights that balance covariates for estimation with incomplete outcome data." *Journal of the American Statistical Association* 110.511 (2015) : 910-922 ; Chattopadhyay, Ambarish, Christopher H. Hase, and José R. Zubizarreta. "Balancing vs modeling approaches to weighting in practice." *Statistics in Medicine* 39.24 (2020) : 3227-3254 ; Keele, Luke J., et al. "Hospital quality risk standardization via approximate balancing weights." *The Annals of Applied Statistics* 17.2 (2023) : 901-928.

Figure 5 : Distribution de la part de personnes évaluées en GIR 4 par évaluateur avant et après redressement des caractéristiques



Champ : Ensemble des primo évaluations de la dépendance entre 2014 et 2025 pour les évaluateurs ayant évalué plus de 40 personnes.

Source : Systèmes d'informations du département du Pas-de-Calais.

Les distributions sont très similaires. Après redressement, la médiane de la part de personnes évaluées en GIR 4 est de 54 %. Près de 15 % des évaluateurs ont une part de GIR 4 supérieure à 65 % (elles sont au nombre de 11 et 4 d'entre elles ont évalué plus de 500 personnes) et 14 % d'entre elles ont une part inférieure à 45 % (6 de ces 10 évaluateurs ont évalué plus de 500 personnes). Les extrêmes de cette distribution ne sont pas liés à un moindre nombre de personnes évaluées par les évaluateurs.

Annexe n° 9. Analyse des travaux relatifs à la déclaration sociale nominative

La chambre et la direction du numérique de la Cour sont parties du répertoire FINESS 2024 et ont sélectionné les établissements géographiques dont la catégorie d'établissement appartenait à la liste suivante :

- Service autonomie aide (SAA) (code 460) ;
- Service d'aide-ménagère à domicile (code 208) ;
- Service autonomie aide et soins (SAAS) (code 209) ;
- Autre résidence sociale (hors maison relais, pension de famille) (code 259) ;
- Service de soins infirmiers à domicile (S.S.I.A.D).

Le champ considéré est donc plus large que celui des SAD. Il est composé de 15 484 SIRET :

- dont 47 % sont des organismes privés à but non lucratif, 34 % des organismes privés à caractère commercial, 19 % des établissements publics (il y a également 165 établissements dont le statut correspond à « Etat et collectivités territoriales » et un établissement dont l'établissement est « Personne morale de droit étranger ».
- dont 78 % sont des « services autonomie aide (SAA) », 13 % des « services de soins infirmiers à domicile (S.S.I.A.D) », 6 % « Autre résidence sociale (hors maison relais, pension de famille) », 3 % des « services d'aide-ménagère à domicile » et 1 % des « services d'autonomie aide et soins (SAAS) ».

Pour chaque SIRET du champ, la chambre et la direction du numérique de la Cour ont ensuite récupéré les données des postes correspondants. Elles ont été en mesure d'obtenir des informations pour seulement 7 991 SIRET du champ considéré. Ces SIRET sont :

- 54 % des organismes privés à but non lucratif et 46 % des organismes privés à caractère commercial. Il y a seulement 8 établissements publics et 2 SIRET dont la nature juridique correspond à « Etat et collectivités territoriales ».
- 85 % sont des « services autonomie aide (SAA) » et 9 % des SSIAD.

Le calcul du taux de rotation de la main d'œuvre s'est fait en suivant la définition de la DARES présentée ci-dessous :

Le **taux de rotation (ou turn-over)** est la moyenne des taux d'entrée et de sortie. Depuis la publication du 1^{er} semestre 2009, les taux d'entrée et de sortie sont calculés hors transferts entre établissements d'une même entreprise. Pour une période donnée, le **taux d'entrée (respectivement de sortie)** est le rapport entre le nombre total d'entrées (respectivement de sorties) de la période et l'effectif moyen sur la période. La différence entre le taux d'entrée et le taux de sortie ne reflète qu'approximativement l'évolution de l'emploi car la prise en compte de la démographie des entreprises est très délicate. Cette différence n'est pas commentée.

Les **entrées** comprennent les embauches en contrat à durée déterminée et en contrat à durée indéterminée. Les contrats à durée déterminée comprennent les contrats en alternance et les contrats aidés, à la différence d'autres sources comme l'enquête Emploi de l'Insee.

Les **sorties** comprennent les fins de contrat à durée déterminée, les démissions, les licenciements économiques et pour motif personnel, les départs à la retraite et à la préretraite, les fins de période d'essai, les ruptures conventionnelles et d'autres motifs de sortie (accident, décès, non déclaration,...).

$$\begin{aligned} \text{Taux d'entrée} &= \frac{\text{nombre total d'entrées d'une période}}{\text{nombre de salariés, en moyenne sur la période}} \\ \text{Taux de sortie} &= \frac{\text{nombre total de sorties d'une période}}{\text{nombre de salariés, en moyenne sur la période}} \\ \text{Taux de rotation} &= \frac{\text{taux d'entrée} + \text{taux de sortie}}{2} \end{aligned}$$

Comparaison du taux de rotation à celui des EHPAD et résidences autonomie

- Effectifs moyens des salariés en EHPAD : Q1 = 44, Médiane = 55 et Q3 = 67
- Effectifs moyens des salariés en Résidence autonomie : Q1 = 6, Médiane = 9 et Q3 = 28
- Taux de rotation en EHPAD : Q1 = 67 %, Médiane = 102 % et Q3 = 155 %
- Taux de rotation en Résidence autonomie : Q1 = 28 %, Médiane = 59 % et Q3 = 97 %.

Description des tableaux sur les PCS et la répartition par genre des employés des SAD :

- Répartition par genre : 25 % des SIRET du champ ont moins de 88 % de femmes employées, 50 % à plus de 94 % de femmes employées et 25 % ont plus de 98 % de femmes employées.
- Répartition par genre et par catégorie d'établissement : la médiane pour les services d'autonomie d'aide est de 94 %, de 94 % pour les SAAS, de 97 % pour les services d'aide-ménagère à domicile, de 94 % pour les SSIAD et de 64 % pour les « autre résidences sociales ».
- Top des PCS les plus représentés au niveau des catégories d'établissements :
 - Sur l'ensemble des employés dans les services d'autonomie et d'aide, 45 % sont des Aides-soignants (de la fonction publique ou du secteur privé), 25 % des Aides à domicile, aides ménagères, travailleuses familiales et 9 % des infirmiers en soins généraux.
 - Sur l'ensemble des salariés des services autonomie aide (SAA), 79 % sont des Aides à domicile, aides ménagères, travailleuses familiales, 3 % sont des Employés de maison et personnels de ménage chez des particuliers et 1,4 % des Aides-soignants (de la fonction publique ou du secteur privé).
 - Sur l'ensemble des salariés des services autonomie aide et soins (SAAS), 56 % sont des Aides à domicile, aides ménagères, travailleuses familiales, 22 % des Aides-soignants (de la fonction publique ou du secteur privé) et 3 % des infirmiers en soins généraux.

- Sur l'ensemble des salariées des services d'aide-ménagère à domicile, 75 % sont des Aides à domicile, aides ménagères, travailleuses familiales.

Recours à l'intérim

- Exploitation de la base Intérim : Emploi Intérimaire de la DARES de 2023.
- 627 SIRET du champ des SAD ont recours à l'intérim
- La chambre et la direction du numérique de la Cour ont ensuite apparié les données de BTS sur le nombre total d'employés par SIRET. Cette jointure résulte sur un champ composé de 537 SIRET.
- Le premier quartile du recours à l'intérim vaut 4 %, la médiane vaut 10 % et le troisième quartile vaut 29 %. Le 8^{ème} décile vaut 36 % et le 9^{ème} 69 %.

Annexe n° 10. Travail d'exploitation des données FARE

Cette annexe détaille le contenu des tableaux de statistiques descriptives issus de l'exploitation des données FARE 2018-2022 (Insee & DGFIP) sur les indicateurs comptables des services d'aide à domicile privé et commercial.

La chambre et la direction du numérique de la Cour sont parties du répertoire FINESS 2024 et ont sélectionné les établissements géographiques dont la nature juridique correspondait à un organisme privé à caractère commercial et dont la catégorie d'établissement appartenait à la liste suivante :

- Service autonomie aide (SAA) (code 460) ;
- Service d'aide-ménagère à domicile (code 208) ;
- Service autonomie aide et soins (SAAS) (code 209) ;
- Autre résidence sociale (hors maison relais, pension de famille) (code 259) ;
- Service de soins infirmiers à domicile (S.S.I.A.D).

Le champ considéré est donc plus large que celui des SAD. Il est constitué de 5 487 établissements géographiques dont 834 ne sont plus actifs en 2024. Pour chaque établissement géographique, la chambre et la direction du numérique de la Cour ont pu récupérer grâce au répertoire FINESS les numéros SIRET et SIREN associés. Le champ est constitué de 5 218 numéros SIRET et 3 464 numéros SIREN.

Pour chaque SIREN du champ, la chambre et la direction du numérique de la Cour ont ensuite récupéré les données comptables de la base FARE. Pour 330 numéros SIREN, la chambre et la direction du numérique de la Cour n'ont pas été en mesure d'obtenir d'informations.

Les informations suivantes ont été exploitées :

- nombre et proportion de services d'aides à domicile par département.
- distribution du nombre de siret par siren de services d'aides à domicile. Comme l'analyse des données comptables se fait au niveau du SIREN, il est intéressant d'avoir le nombre de SIRET par SIREN.
- distribution du nombre de siret actifs en 2024 par siren de services d'aides à domicile. Ce tableau est similaire au précédent mais pour chaque SIREN, seuls les siret actifs sont conservés.
- nombre et proportion de finess_et par siret. Ce tableau donne la distribution du nombre de FINESS géographiques par siret.
- nombre et proportion de finess_et actifs par siret. Ce tableau est similaire au précédent mais avec les siret actifs.
- extraction de la base finess des siren qui ne sont pas présents dans FARE.
- déciles 1-9 des caractéristiques économiques des services d'aides à domicile au niveau de la France.
- déciles 1-9 des caractéristiques économiques des services d'aides à domicile au niveau de la France.
- quantiles 1-3 des caractéristiques économiques des services d'aides à domicile au niveau de la France.
- quantiles 1-3 des caractéristiques économiques des services d'aides à domicile au niveau des départements.

Annexe n° 11. Travaux relatifs à l'évaluation de la dépendance avec la grille Aggir

En s'inspirant des travaux menés par le HCFEA en 2023 sur la grille AGGIR¹⁶², la chambre et la direction du numérique de la Cour ont recodé l'algorithme sur lequel se fonde cette grille pour explorer la robustesse des évaluations menées par le Département¹⁶³. Trois exercices ont été menés pour tester la sensibilité des évaluations à un changement de cotations des dimensions de la dépendance.

Le premier a d'abord été mené pour comprendre le fonctionnement de l'algorithme en traçant la distribution des scores qui classent les personnes en 13 rangs servant eux-mêmes à déterminer leur GIR. Cet exercice a révélé que des effets seuils existaient dans cette procédure de classement puisque les scores de nombreuses personnes se situent autour d'eux.

Un deuxième exercice a ensuite été effectué pour comprendre comment une surévaluation d'une des dimensions de la dépendance selon la grille AGGIR pouvait faire perdre l'éligibilité à l'APA.

Un troisième exercice complémentaire a enfin été mené pour savoir si des personnes évaluées en GIR 5 ou 6 pouvaient obtenir l'APA dans le cas où une des dimensions de leur dépendance avait été sous-évaluée.

Cette annexe présente les données mobilisées et la méthodologie suivie pour tester la robustesse des évaluations menées par le département selon la grille AGGIR.

Description des données

Le département du Pas-de-Calais a transmis à la Cour l'ensemble du détail des évaluations de la dépendance des bénéficiaires de l'APA à domicile. Ces données ont été nettoyées pour retirer les évaluations avec des dimensions manquantes, celles avec des niveaux de dépendances erronés et pour ne conserver que les évaluations ayant eu lieu à partir de 2018. Ces opérations de filtres résultent en un jeu de données constitué de 108 519 évaluations.

Existence d'effets de seuils dans l'évaluation de la dépendance

Grâce au codage de l'algorithme, la chambre et la direction du numérique de la Cour ont pu étudier la distribution des scores qui déterminent les rangs permettant le classement des personnes selon leur niveau de dépendance (GIR).

L'algorithme de la grille AGGIR fonctionne de manière séquentielle : une première matrice associe à des valeurs les évaluations des dimensions de la dépendance selon trois cotations : « A » pour activité réalisée, « B » pour activité partiellement réalisée et « C » pour activité non réalisée. La somme des valeurs résulte en un premier score qui permet de déterminer le rang

¹⁶² HCFEA, Prise en compte des besoins des personnes âgées vulnérables : grille AGGIR, outils d'évaluation et adéquation de l'Apa, février 2023

¹⁶³ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/JORFTEXT000000199307/LEGISCTA000006125246/

des personnes selon des seuils. Par exemple, pour la première matrice de valeurs, quatre seuils permettent de déterminer les rangs suivants :

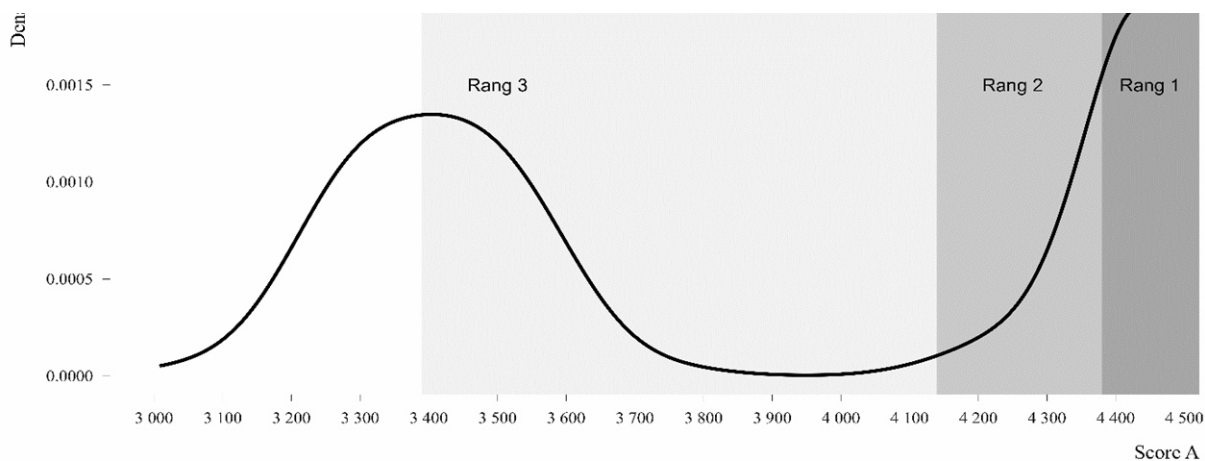
- Si le score est supérieur ou égal à 4 380, la personne est classée rang 1 ;
- Si le score est compris entre 4 380 (exclus) et 4 140 (inclus), la personne est en rang 2 ;
- Si le score est compris entre 4 140 (exclus) et 3 390 (inclus), la personne est classée en rang 3 ;
- Si le score est inférieur à 3 390, il faut calculer un nouveau score à partir d'une nouvelle matrice de valeurs des cotations.

Lors de cette première étape, les personnes de rang 1 obtiennent un niveau de dépendance globale en GIR 1 et les rangs 2 et 3 sont en GIR 2. Cette procédure de classement continue avec 7 nouvelles matrices de valeurs des cotations permettant de déterminer les rangs 4 à 13 qui sont associés aux GIR 2 à 6.

En étudiant la distribution des scores à chaque étape de l'algorithme de classement de la grille AGGIR, il est possible de démontrer visuellement l'existence d'effets de seuils. Il arrive en effet que les seuils utilisés pour déterminer les rangs soient situés dans des parties denses de la distribution des scores, ce qui devrait entraîner une sensibilité de la grille AGGIR à des changements de cotations. Deux exemples permettent d'illustrer ces effets de seuils.

Le premier exemple porte sur le score permettant de déterminer les rangs 1, 2 et 3 permettant de classer une partie des personnes en GIR 1 (rang 1) et en GIR 2 (rangs 2 et 3). Sur le graphique ci-dessous, la distribution du score des cotations est tracée à partir de la première matrice des valeurs (groupe A).

Figure 3 : Distribution du score permettant de déterminer les rangs 1, 2 et 3 à partir de la première matrice des valeurs des cotations des dimensions de la grille AGGIR



Note : Ce graphique représente la densité de la distribution de la somme des scores issus de la première matrice de valeurs des cotations.

Lecture : On constate que le seuil 4 380 permettant de séparer le rang 1 du rang 2 est situé dans un endroit relativement dense de la distribution.

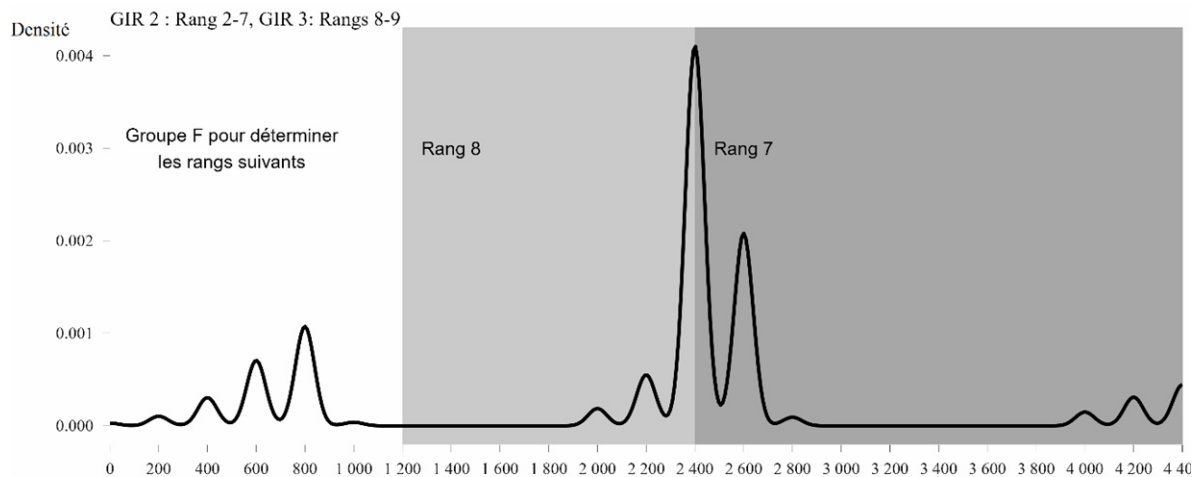
Champ : Évaluation des bénéficiaires de l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais entre 2018 et 2024.

Source : Systèmes d'informations du département du Pas-de-Calais.

Le seuil de 4 380 est situé dans une des masses de la distribution. Il y a 2 176 personnes qui se situent à plus ou moins 100 points de ce seuil. Il n'y a par contre que 102 personnes qui se situent à plus ou moins 100 points du seuil entre le rang 2 et le rang 3.

Le second exemple concerne la distinction entre le rang 7 (GIR 2) du rang 8 (GIR 3) comme représentée par la distribution des scores ci-dessous :

Figure 2 : Distribution du score permettant de déterminer les rangs 7 et 8 à partir de la quatrième matrice des valeurs des cotations des dimensions de la grille AGGIR



Note : Ce graphique représente la densité de la distribution de la somme des scores issus de la quatrième matrice de valeurs des cotations.

Lecture : On constate que le seuil permettant de séparer le rang 7 du rang 8 est situé dans un endroit relativement dense de la distribution.

Champ : Évaluation des bénéficiaires de l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais entre 2018 et 2024.

Source : Systèmes d'informations du département du Pas-de-Calais.

Il y a 6 390 personnes qui se trouvent à plus ou moins 100 points du seuil entre le rang 7 et le rang 8.

Réplication des exercices menés par le HCFEA en 2023 pour tester la robustesse des évaluations à des changements de cotations

Pour tester la robustesse des évaluations issues de la grille AGGIR, les cotations de chaque dimension de la dépendance ont d'abord été modifiées de manière indépendante pour mesurer à quel point ces changements pouvaient entraîner une perte d'éligibilité à l'APA domicile. Les cotations des dimensions n'ont été modifiées que d'un niveau : celles égales à B ont été changées en A et celles en C vers B.

Le tableau ci-dessous présente les résultats du changement des cotations en B vers A :

Tableau 1 : Proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile avec un changement de GIR et une perte d'éligibilité si une dimension cotée en B était changée en A

<i>Dimension</i>	<i>Changement de cotation</i>	<i>Changement de GIR (%)</i>	<i>Perte de l'éligibilité (%)</i>
<i>Alimentation</i>	B → A	15	8
<i>Cohérence</i>	B → A	2	0
<i>Communication</i>	B → A	2	0
<i>Déplacement extérieur</i>	B → A	1	0
<i>Déplacement intérieur</i>	B → A	2	0
<i>Élimination</i>	B → A	26	4
<i>Habillage</i>	B → A	34	30
<i>Orientation</i>	B → A	2	0
<i>Toilette</i>	B → A	39	36
<i>Transfert</i>	B → A	18	5

Lecture : Si les bénéficiaires avec une cotation en B pour l'alimentation voyaient leur cotation passée en A, 15 % auraient un GIR différent et 8 % ne seraient plus éligibles à l'APA à domicile.

Champ : Évaluation des bénéficiaires de l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais entre 2018 et 2024.

Source : Systèmes d'informations du département du Pas-de-Calais.

Les résultats des changements de cotation de B vers A varient en fonction de la dimension considérée et reflètent très certainement le poids qu'a cette variable lors du calcul des rangs. Par exemple, un changement de cotation de B vers A de l'évaluation de la toilette entraîne un changement de GIR pour 39 % des bénéficiaires et une perte d'éligibilité pour 36 % d'entre eux. En revanche, des changements de cotation pour les dimensions sur la cohérence, la communication ou les déplacements extérieurs ne semblent pas problématiques.

Quant aux changements de cotation des dimensions de C vers B, si ceux-ci entraînent parfois des changements majeurs de GIR (par exemple pour la cohérence), ils n'impliquent pas de changements dans la perte d'éligibilité comme indiqué dans le tableau 2.

Tableau 2 : Proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile avec un changement de GIR et une perte d'éligibilité si une dimension cotée en C était changée en B

<i>Dimension</i>	<i>Changement de cotation</i>	<i>Changement de GIR (%)</i>	<i>Perte de l'éligibilité (%)</i>
<i>Alimentation</i>	C → B	44	0
<i>Cohérence</i>	C → B	72	1
<i>Communication</i>	C → B	1	0
<i>Déplacement extérieur</i>	C → B	1	0
<i>Déplacement intérieur</i>	C → B	24	0
<i>Élimination</i>	C → B	20	0
<i>Habillage</i>	C → B	8	0
<i>Orientation</i>	C → B	46	1
<i>Toilette</i>	C → B	14	0
<i>Transfert</i>	C → B	64	0

Lecture : Si les bénéficiaires avec une cotation en C pour l'alimentation voyaient leur cotation passée en B, 44 % auraient un GIR différent mais presque aucun ne serait plus éligible à l'APA à domicile.

Champ : Évaluation des bénéficiaires de l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais entre 2018 et 2024.

Source : Systèmes d'informations du département du Pas-de-Calais.

Le second exercice pour mesurer la robustesse des évaluations de la dépendance a été de savoir si un changement de cotation pouvait faire obtenir l'APA à domicile à des personnes évaluées en GIR 5 ou 6. Sur la période considérée, 15 594 personnes ont été évaluées en GIR 5 ou 6. Les dimensions cotées en A ont été changées en B et celles en B en C. Le tableau ci-dessous indique que pour certaines dimensions comme l'alimentation, l'élimination ou l'habillage, plus de 40 % deviendraient éligibles à l'APA à domicile avec des changements de cotation de A vers B ou de B vers C.

Tableau 3 : Proportion de personnes non-éligibles à l'APA à domicile qui obtiendrait l'éligibilité avec un changement de cotation d'une de leurs dimensions

<i>Dimension</i>	<i>Accès à l'APA à domicile (%) A → B</i>	<i>Accès à l'APA à domicile (%) B → C</i>
<i>Alimentation</i>	43	46
<i>Cohérence</i>	0	2,5
<i>Communication</i>	0	0
<i>Déplacement extérieur</i>	0	0
<i>Déplacement intérieur</i>	1	19
<i>Élimination</i>	48	52
<i>Habillage</i>	44	44
<i>Orientation</i>	0	1
<i>Toilette</i>	41	47
<i>Transfert</i>	45	3,6

Lecture : Si les personnes non-éligibles à l'Apa à domicile avaient été évaluées en B au lieu de A pour l'alimentation, 43 % d'entre eux deviendraient éligibles.

Champ : Évaluation des personnes non-éligibles à l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais entre 2018 et 2024.

Source : Systèmes d'informations du département du Pas-de-Calais.

Annexe n° 12. Panorama des séjours pour chutes

En suivant la définition de la DGOS pour le plan de prévention des chutes en 2022 (https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_plan-antichute-accessible28-02-2022.pdf), la chambre et la direction du numérique de la Cour ont extrait du PMSI les séjours MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) qui correspondent à des chutes, c'est-à-dire les séjours avec un diagnostic associé correspondant à une chute et un diagnostic principal ou relié correspondant à une fracture.

La chambre dispose des données suivantes au niveau national et départemental :

- nombre de personnes qui ont chuté par tranche d'âge, sexe et année au niveau national entre 2015 et 2024 ;
- statistiques descriptives sur la durée des séjours par département et tranche d'âge ;
- répartition des modes de sorties suites à une chute par année, département, sexe et tranche d'âge ;
- nombre de personnes par année qui chutent plus d'une fois au niveau national ;
- nombre de personnes et de séjours pour chutes par zonages ARS. La chambre et la direction du numérique de la Cour n'ont pas été en mesure de faire la répartition par territoire de santé car la table de passage disponible sur la plateforme du PMSI entre communes et TS était mal codée.
- nombre de personnes qui chutent en 2024 selon le statut APA, le sexe et le groupe d'âge dans le Pas-de-Calais.

Est-ce que les chutes peuvent expliquer la sortie de l'APA à domicile ?

- En 2023, 4 824 bénéficiaires de l'APA à domicile quittent ce mode de prise en charge ;
- 293 ont chuté cette année ;
- Pour 63 % d'entre eux, le mode de sortie est le domicile (15 % mutation et 22 % transfert définitif).

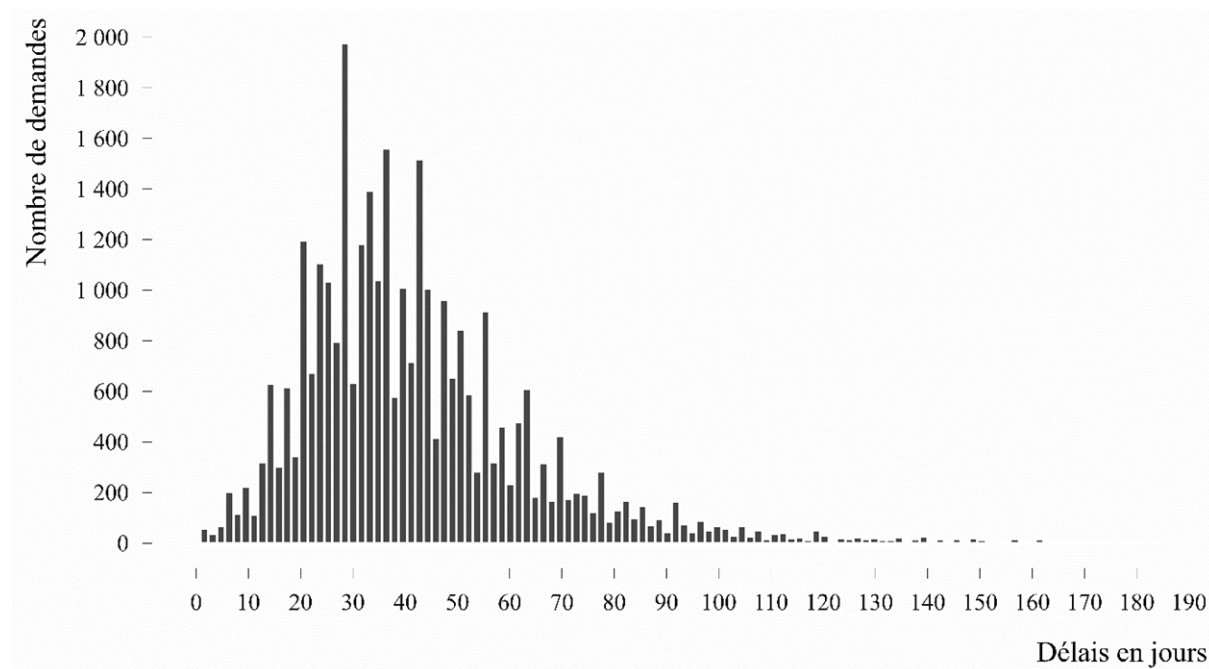
Hospitalisations évitables

- La chambre et la direction du numérique de la Cour n'ont pas eu le temps d'analyser que les hospitalisations pour déshydratation ;
- Elle a repéré dans les séjours MCO les séjours qui avaient pour diagnostics principaux la déshydratation ;
- Elles disposent du nombre de personnes par département, sexe et tranche d'âge pour causes de déshydratation ; du nombre de personnes pour causes de déshydratation selon le profil APA.

Annexe n° 13. Analyse de la procédure d'obtention de l'Apa

Pour étudier la procédure d'obtention de l'Apa, la Cour et la direction du numérique ont exploité le fichier transmis par le département du Pas-de-Calais sur les délais d'instruction de la période 2018-2024. L'analyse de la procédure se concentre sur les premières demandes effectuées et décrit les délais entre la complétude du dossier et la notification de la mesure, puis entre la notification de la mesure et son acceptation par la personne concernée. L'exploitation de ces données est à prendre avec précaution car ce sont des données parcellaires issues d'un système d'information et que des filtres ont été appliqués pour essayer de cerner les bornes des différentes parties de la procédure. La présente annexe décrit les étapes suivies pour analyser ces données et les principales statistiques descriptives.

La durée entre la complétude du dossier et la notification de la mesure par le Département a d'abord été étudiée. Pour chaque personne, la première demande a été repérée puis le délai a été calculé en jours. Les durées négatives et celles supérieures à plus de six mois (183 jours) ont été retirées car elles sont certainement dues à des erreurs d'enregistrement. Le champ de cette analyse porte alors sur 31 550 demandes. Pour un quart des demandes, la durée entre la complétude du dossier et la notification de la mesure est inférieure à 28 jours. La moitié des demandes a une durée inférieure à 38 jours et les trois-quarts des durées sont inférieures à 53 jours. Un quart des demandes ont cependant une durée pour cette partie de la procédure supérieure à 53 jours.



Note : Cet histogramme représente la distribution de la durée en jours entre la complétude du dossier et la notification de la mesure.

Champ : Premières demandes pour l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais entre 2018 et 2024. Après filtre des dates incomplètes et des délais aberrants, la distribution des durées repose sur 31 550 demandes.

Source : Systèmes d'informations du département du Pas-de-Calais.

La durée entre la notification de la mesure et son acceptation par la personne concernée a ensuite été analysée. La qualité des données est ici d'une moindre qualité puisque les dates de l'acceptation de la mesure sont souvent manquantes. L'analyse repose ainsi sur un échantillon de 3 323 délais après avoir également retiré les durées négatives et celles supérieures à 365 jours (les délais supérieurs à 180 jours semblaient plus fréquents que dans l'analyse précédente). Pour un quart des personnes, la durée entre la notification de la mesure et son acceptation est inférieure à 38 jours. Pour la moitié d'entre elles, cette durée est inférieure à 92 jours. Enfin, pour un quart des personnes, la durée est supérieure à 170 jours. Ces résultats sont à prendre avec une grande précaution au vu de la qualité de cette partie des données.

Annexe n° 14. Analyse des rythmes des réexamens des situations de dépendance

Pour analyser le rythme des réévaluations de la dépendance des bénéficiaires de l'APA à domicile, la chambre et la direction du numérique de la Cour ont exploité le fichier transmis par le Département sur l'ensemble des décisions relatives aux évaluations. Plusieurs filtres ont été appliqués à ces données pour essayer de calculer au mieux le rythme de réévaluations de chaque bénéficiaire.

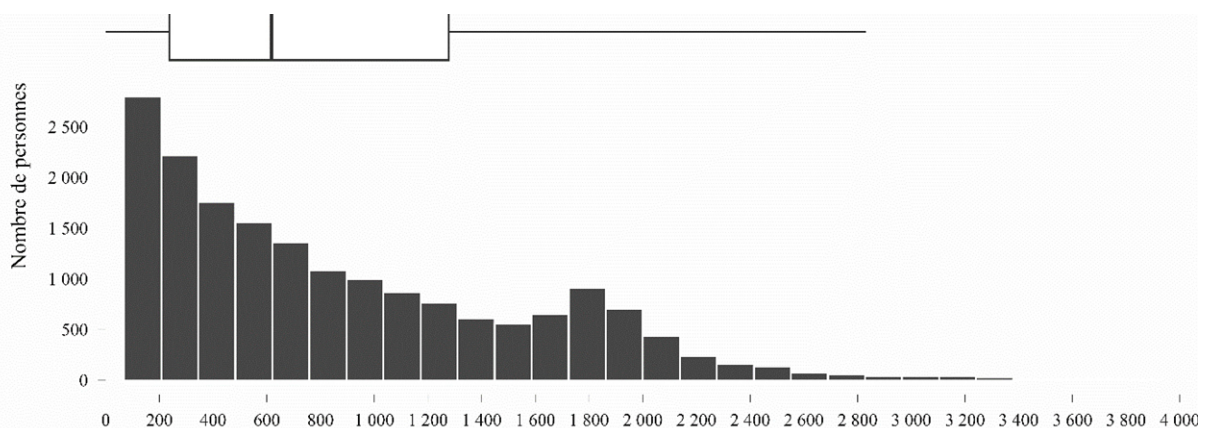
Le fichier contient en effet plusieurs lignes par personne qui correspondent à des réévaluations effectives mais aussi aux actualisations au 1er janvier de chaque année de précédentes décisions. Les réévaluations ont donc été extraites à partir des dates uniques d'évaluation et en ne conservant que celles postérieures à 2014. Il arrive enfin qu'il y ait plusieurs évaluateurs pour une même date d'évaluation. Pour chaque individu, une date unique d'évaluation a été conservée. Après application de ces filtres, les données sont constituées de 140 677 évaluations pour un total de 73 797 personnes évaluées.

Cette annexe présente brièvement les principales statistiques descriptives sur le rythme des évaluations. Ces statistiques ne sont cependant pas ajustées pour prendre en compte la survenue du décès d'un bénéficiaire de l'Apa à domicile et des travaux ultérieurs devraient être menés pour adresser ce biais.

Principaux résultats sur le rythme des évaluations

Près de 50 % des personnes évaluées ne l'ont été qu'une fois, 27 % deux fois et 23 % au moins trois fois. Le graphique ci-dessous représente la distribution de la durée entre deux évaluations pour les personnes qui ont été évaluées seulement deux fois :

Figure 1 : Distribution des durées en jours entre deux évaluations pour les personnes évaluées deux fois au cours de leurs parcours à l'Apa à domicile



Note : Ce graphique représente la durée en jours entre deux évaluations pour les bénéficiaires de l'Apa à domicile qui n'ont été évalués que deux fois. Le graphique du dessus est une boîte à moustache dont les traits verticaux indiquent le premier quartile, la médiane et le troisième quartile. Le graphique du dessous est l'histogramme de la distribution.

Champ : Évaluations de la dépendance des bénéficiaires de l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais postérieures à 2014.

Source : Systèmes d'informations du département du Pas-de-Calais.

Près de 35 % des réévaluations ont lieu en moins d'un an et 44 % prennent plus de deux ans. Pour l'ensemble des réévaluations, 45 % d'entre elles engendrent un changement de GIR.

Pour les personnes évaluées trois fois, 38 % des évaluations ont lieu en moins d'un an entre la première et la deuxième. Près de 41 % des évaluations ont ensuite lieu en moins d'un an entre la deuxième et la troisième évaluation. Entre la première et la troisième évaluation, le niveau de dépendance de plus de la moitié (53 %) des personnes changent.

Annexe n° 15. Analyse des trajectoires de cohortes de bénéficiaires Apa

Pour étudier les trajectoires des bénéficiaires de l'APA dans le Pas-de-Calais, la chambre et la direction du numérique de la Cour se concentrent sur les primo bénéficiaires en 2019 (non-décédés cette année) et suivent leurs trajectoires en termes de dépendance au cours du temps. Cela représente une cohorte composée de 5 695 personnes. L'objectif est de voir si des idéaux-types de trajectoires se dégagent et peuvent être associées aux caractéristiques des bénéficiaires.

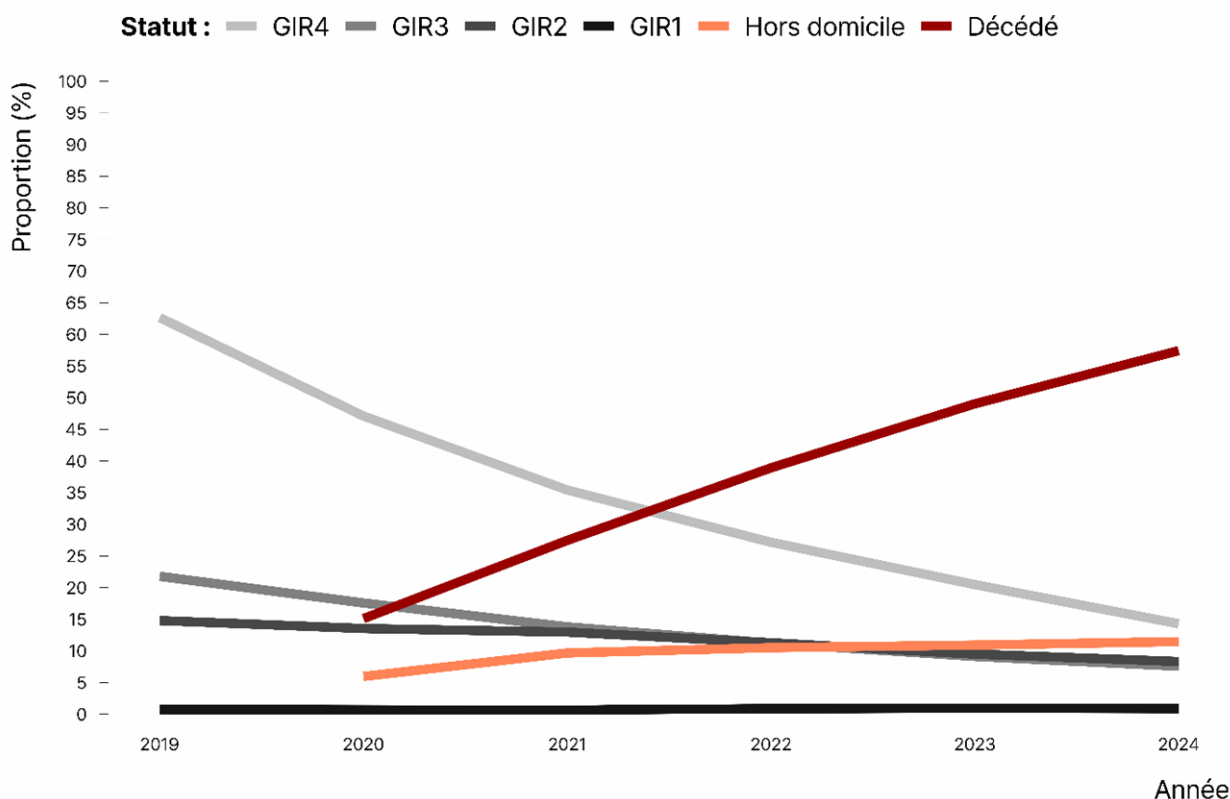
Évolution générale de la cohorte

Le graphique ci-dessous décrit la ventilation par statut des membres de la cohorte. Les statuts considérés sont le niveau de dépendance, le fait de ne pas être à l'APA à domicile (on ne sait pas ce que deviennent les personnes, sont-elles en EHPAD ?) et le fait d'être décédé.

Au cours de la période, il y a une forte diminution de la proportion en GIR 4 qui s'explique par une augmentation des sorties hors-APA à domicile et des décès :

- En 2019, au moment de l'entrée à l'APA, 63 % des personnes sont en GIR 4, 22 % en GIR 3, 15 % en GIR 2 et moins d'un 1 % en GIR 1.
- En 2020, un an après l'entrée à l'APA, 47 % des personnes sont en GIR 4, 18 % en GIR 3, 13,5 % en GIR 2, 0,7 % en GIR 1, 6 % ne sont plus à l'APA à domicile et 15 % sont décédés.
- A la fin de la période étudiée en 2024, seulement 14 % des personnes sont en GIR 4, 7,6 % en GIR 3, 8 % en GIR 2, moins de 1 % en GIR 1, 11,5 % hors domicile et 57 % sont décédés.

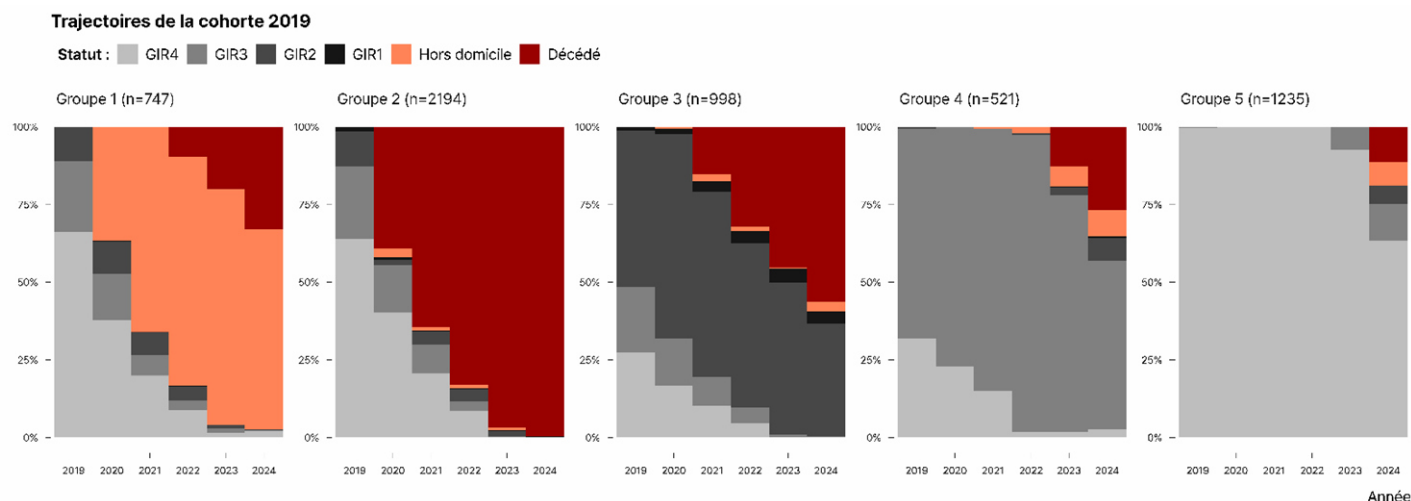
Évolution des statuts de la cohorte 2019



Idéaux-types des trajectoires

La chambre et la direction du numérique de la Cour utilisent une méthode d'appariement optimal pour calculer la distance entre les séquences des statuts des bénéficiaires de l'APA puis un regroupement hiérarchique pour catégoriser les trajectoires en 5 idéaux-types.

Le graphique ci-dessous montre l'évolution des statuts des 5 groupes déterminés par cette approche :



- Le groupe 1 est composé de 747 personnes qui sont au début de la période des personnes relativement moins dépendantes. En effet, 66 % des personnes sont en GIR 4 et 23 % sont en GIR 3. Dès l'année suivante, près de 37 % des personnes de ce groupe ne sont plus à l'APA à domicile. Au cours du temps, cette proportion ne fait qu'augmenter si bien qu'en 2024, 64 % des personnes ne sont plus à l'APA à domicile et 33 % sont décédées. C'est donc un idéal-type de personnes qui ne restent pas très longtemps à l'APA à domicile pour rapidement en sortir vers un autre mode de prise en charge comme l'EHPAD.
- Le groupe 2 a une trajectoire similaire au groupe 1 mais au lieu de sortir de l'APA à domicile, le mode de sortie de la cohorte est dû au fait de décéder.
- Les groupes 3 et 4 ont une évolution similaire : ce sont des personnes qui parviennent à rester quelques années à l'APA mais dont le statut de dépendance se dégrade en partie.
- Le groupe 5 représente une trajectoire de maintien à domicile sans dégradation de la dépendance à l'exception de la dernière année.
- Le fichier trajectoires_groupes.xlsx indique les proportions par statut pour chaque groupe et année.

Caractéristiques des personnes qui constituent ces groupes

Une fois les idéaux-types des trajectoires identifiés, la chambre et la direction du numérique de la Cour ont observé que les caractéristiques des groupes sont différentes en 2019 au moment de l'entrée de l'APA :

- Les groupes 1, 3, 4 et 5 ont des proportions de femmes relativement similaires alors que le groupe 2 est composé de plus d'hommes :
 - 79 % de femmes pour le groupe 1
 - 56 % pour le groupe 2

- 74 % pour le groupe 3
- 72 % pour le groupe 4
- 76 % pour le groupe 5
- Cela pourrait expliquer en partie la proportion de mortalité qui augmente très rapidement dans le groupe 2 contrairement aux autres groupes.
- En termes d'âge, le groupe 5 est relativement plus jeune que les autres groupes. La médiane est la suivante par groupe :
 - 82 ans le groupe 1 ;
 - 84 pour le groupe 2 ;
 - 83 pour le groupe 3 ;
 - 82 pour le groupe 4 ;
 - 79 pour le groupe 5.
- La proportion de personnes suivies par médecin traitant varie entre 73 et 77 % selon le groupe.
 - 76 % pour le groupe 1
 - 76 % pour le groupe 2
 - 75 % pour le groupe 3
 - 73 % pour le groupe 4
 - 77 % pour le groupe 5
- Il y a aussi des différences dans le fait d'avoir un tuteur :
 - 10 % pour le groupe 1
 - 3 % pour le 2
 - 5 % pour le groupe 3
 - 7 % pour le groupe 4
 - 4 % pour le groupe 5
- Le mode de cohabitation est distribué comme suit :
 - 69 % pour le groupe 1
 - 57 % pour le groupe 2
 - 61 % pour le groupe 3
 - 64 % pour le groupe 4
 - 61 % pour le groupe 5
- La répartition par territoire est très similaire pour les 4 premiers groupes : plus de la majorité des personnes proviennent de l'Artois, de Lens Liévin et de l'Arrageois. Pour le groupe 5, la majorité des personnes provient de l'Arrageois, de l'Artois et du Boulonnais.
- Pour le mode de prise en charge à l'APA, voici les différences :
 - La proportion de plan d'aide complètement saturé est la suivante :
 - 8 % pour le groupe 1
 - 6 % pour le groupe 2
 - 9 % pour le groupe 3
 - 9 % pour le groupe 4
 - 2,4 % pour le groupe 5
 - La moyenne du taux de saturation du plan est aussi assez nettement différente selon le groupe :
 - Elle varie entre 51 % et 59 % pour les quatre premiers groupes mais n'est que de 40 % pour le cinquième groupe.
 - Pour le mode de prise en charge, le mode prestataire est distribué comme suit :
 - 92 % de personnes optent pour ce mode dans le groupe 1
 - 90 % pour le groupe 2
 - 91 % pour le groupe 3

- 86 % pour le groupe 4
- 88 % pour le groupe 5
- Le mode « emploi direct » varie comme suit :
 - 9,5 % pour le groupe 1
 - 12 % pour le groupe 2
 - 11 % pour le groupe 3
 - 17 % pour le groupe 4
 - 13 % pour le groupe 5
- La proportion de plan sous-consommé (au sens financé par le département) est de 87 % pour le groupe 1, 64 % pour le groupe 2, 59 % pour le groupe 3, 58 % pour le groupe 4 et de 64 % pour le groupe 5.
- Enfin, pour les bénéficiaires ayant recours au mode prestataire, la proportion de SAD associatif tourne autour de 50 %. Le mode de tarification libre varie plus : 44 % pour les personnes du groupe 1, 44 % pour celles du groupe 2, 35 % pour le 3, 42 % pour le groupe 4 et 53 % pour le groupe 5. Attention, pour calculer les statuts des SAD et des modes de tarification, la chambre et la direction du numérique de la Cour ont créé une indicatrice qui dit si au moins un des prestataires est une association et une indicatrice pour savoir si au moins un des prestataires est en tarif libre. Il arrive qu'il y ait plusieurs SAD sur une année pour un même bénéficiaire.

Annexe n° 16. Les déterminants de la sous-consommation du plan d'aide humaine pour les services prestataires

En s'inspirant du modèle de la publication de la DREES par Arnault Louis et Delphine Roy (2020)¹⁶⁴, la chambre et la direction du numérique de la Cour ont étudié les caractéristiques des bénéficiaires de l'Apa dans le Pas-de-Calais qui sont associées à la sous-consommation de leur plan d'aide humaine lorsqu'ils ont recours à des services prestataires. La sous-consommation du plan d'aide humaine est ici définie comme le fait de ne pas consommer l'entièreté de la *part* du plan financé par le Département et non la *totalité* du plan proposé par le Département.

Cette annexe présente les données mobilisées, le modèle statistique employé pour analyser les déterminants de la sous-consommation des bénéficiaires de l'Apa et certains des principaux résultats.

Données mobilisées et statistiques descriptives

Le champ de cette analyse porte sur 17 850 bénéficiaires de l'APA en 2024 qui ont eu recours à un service prestataire pour leur plan d'aide humaine. Afin de comprendre les déterminants de la sous-consommation de leurs plans, des informations sur leurs caractéristiques socio-démographiques et leurs niveaux de dépendance ont été collectés (localisation selon le territoire d'intervention des équipes médico-sociales, sexe, tranche d'âge, le fait de vivre seul, le suivi par un médecin traitant, le montant des ressources mensuelles par tranche, le GIR). Des éléments sur la nature juridique du SAAD intervenant et son mode de tarification ont également été extraits. La définition de la sous-consommation du plan est enfin reprise de la publication de la DREES par Arnault Louis et Delphine Roy (2020) qui définit un plan comme sous-consommé « au sens où le montant consommé d'aide humaine est strictement inférieur à 95 % du montant subventionné notifié ».

Près de la moitié des bénéficiaires se situe dans les territoires de l'Artois, de l'Arrageois et du Boulonnais. Ce sont des femmes pour 76 % d'entre eux, 81 % ont plus de 75 ans, 74 % vivent seuls, la moitié a des ressources mensuelles inférieures à 1 500 euros, 70 % sont suivis par un médecin traitant et 79 % sont en GIR 3-4. Un peu plus de la moitié (53 %) des SAAD qui interviennent ont un statut juridique associatif et 43 % ont un mode de tarification libre. Prise indépendamment des caractéristiques des bénéficiaires et des SAAD, la sous-consommation du plan diminue avec le niveau de dépendance : 39 % des GIR 1 sous-consomment, 49 % des GIR 2, 52 % des GIR 3 et 55 % des GIR 4.

Méthode statistique employée

Un modèle de régression logistique a été estimé pour étudier les associations entre la sous-consommation du plan d'aide humaine et les caractéristiques socio-démographiques des bénéficiaires et des SAD qui interviennent. Les résultats du modèle sont d'abord présentés sous la forme des rapports des cotes estimées (« odds ratios ») avec les intervalles d'incertitude à 95 % associés. Afin de rendre certains des résultats plus interprétables, la probabilité de sous-

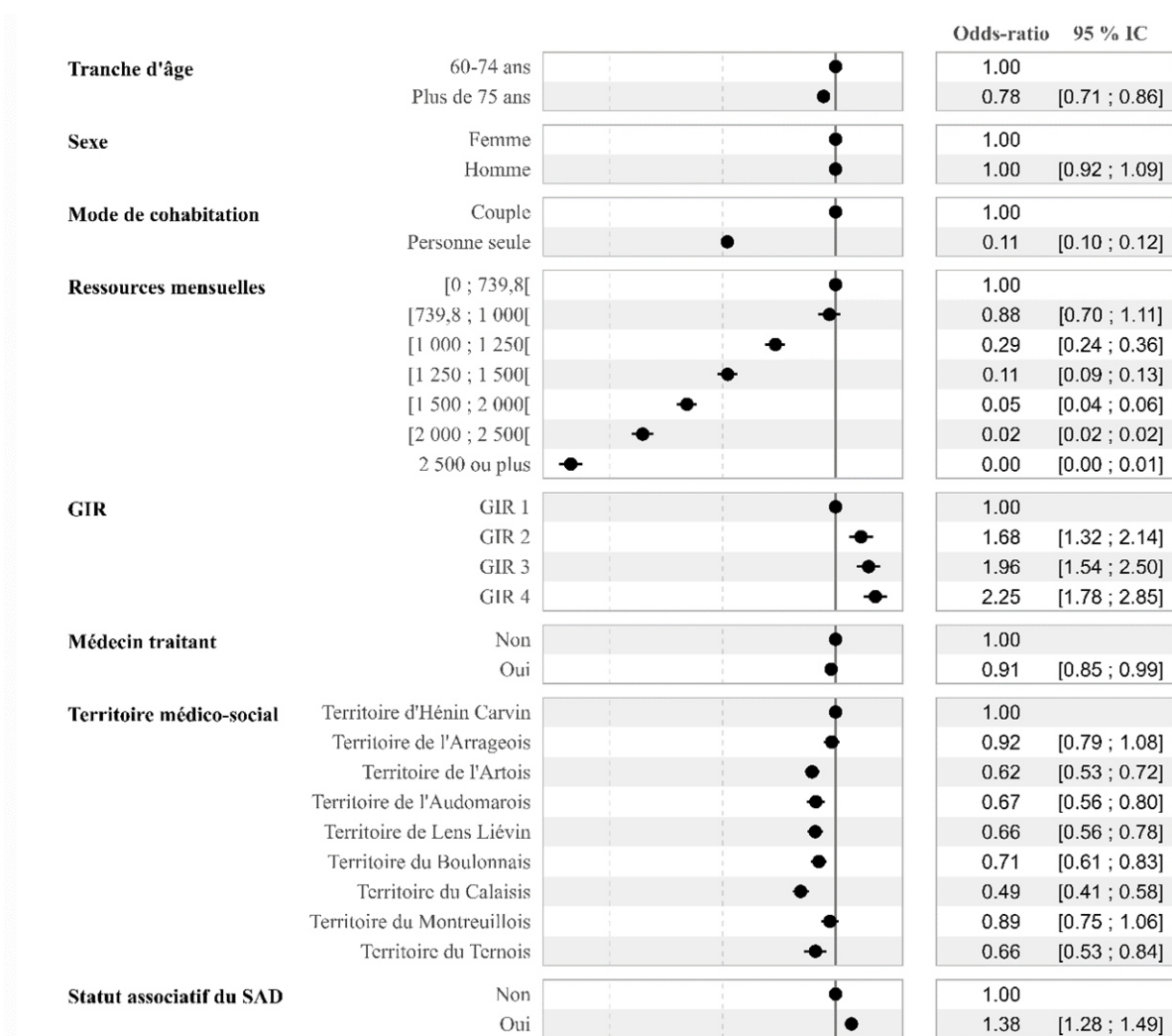
¹⁶⁴ Arnault Louis et Delphine Roy. "Allocation personnalisée d'autonomie : en 2017, un bénéficiaire sur deux n'utilise pas l'intégralité du montant d'aide humaine notifié." *Études et résultats* 1153.4 (2020).

consommer est ensuite prédite à partir du modèle en fixant certaines caractéristiques des bénéficiaires et en faisant varier les valeurs d'une caractéristique d'intérêt.

Résultats

Les résultats du modèle logistique sont présentés dans le graphique ci-dessous :

Figure 4 : Résultats du modèle logistique pour estimer les associations entre la sous-consommation du plan d'aide humaine subventionnée et les caractéristiques des bénéficiaires



Note : Ce graphique en forêt représente les résultats du modèle logistique pour étudier les associations entre la sous-consommation du plan d'aide humaine subventionné par le département et les caractéristiques socio-démographiques des bénéficiaires de l'Apa à domicile et de leurs SAAD.

Lecture : Les bénéficiaires de l'Apa à domicile de plus de 75 ans qui ont recours à un prestataire ont un odds ratio estimé de 0,78 avec un intervalle de confiance à 95 % de [0,71 ; 0,86]. Cela veut dire que leurs cotes de sous-consommer leur plan sont entre 14 % et 29 % plus faibles que les personnes de moins de 75 ans.

Champ : Bénéficiaires de l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais en 2024 ayant recours à un service prestataire.

Source : Systèmes d'informations du département du Pas-de-Calais.

Les associations estimées entre la sous-consommation du plan d'aide humaine et certains des facteurs socio-démographiques sont conformes avec leurs rôles théoriques respectifs :

- Pour deux profils similaires de bénéficiaires, le fait d'être plus âgé est associé négativement avec la sous-consommation du plan. Les cotes des personnes de plus 75 ans de sous-consommer leur plan sont entre 14 % et 29 % plus faibles que les personnes de moins de 75 ans. En effet, toutes choses égales par ailleurs, plus une personne est âgée, plus elle aura tendance à consommer l'ensemble de son plan d'aide humaine subventionné.
- Le fait de vivre seule diminue fortement les cotes de sous-consommation. Les cotes des personnes seules de sous-consommer leur plan sont entre 88 % et 90 % plus faibles que les personnes vivant en couple.
- Plus le niveau de dépendance est faible, plus les cotes de sous-consommer sont élevées. Une personne en GIR 4 a des cotes d'avoir un plan sous-consommé qui sont entre 1,8 et 2,9 fois plus élevées que celles d'une personne en GIR 1.

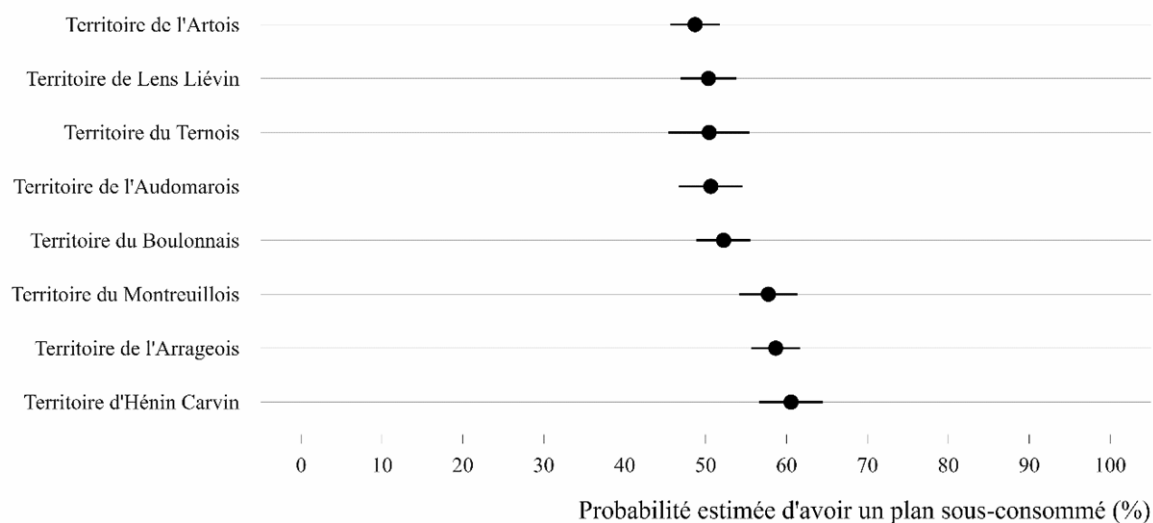
De plus, il est intéressant de noter les degrés d'associations différents entre certains facteurs socio-démographiques et la sous-consommation du plan d'aide :

- Plus les bénéficiaires ont des ressources mensuelles élevées, plus leurs cotes de sous-consommer sont faibles. C'est un gradient qui est précisément estimé dans ce modèle.
- Les bénéficiaires suivis par un médecin traitant ont des cotes de sous-consommer entre 1 % et 15 % plus faibles.
- Le genre ne semble pas être associé avec la sous-consommation du plan puisque les hommes ont des cotes estimées similaires à celles des femmes (l'intervalle de confiance à 95 % indique des cotes estimées entre 8 % plus faibles et 9 % plus élevées que les femmes).

Les caractéristiques des SAAD semblent également jouer un rôle puisque le statut associatif d'un service est associé avec des cotes entre 28 % et 49 % plus élevées de sous-consommer. La tarification libre serait tout au plus associée avec des cotes 7 % plus faibles de sous-consommer le plan d'aide.

Enfin, pour évaluer l'association entre la sous-consommation du plan d'aide et le territoire médico-social du bénéficiaire, la probabilité de sous-consommer a été prédite pour le cas type d'une femme de plus de 75 ans, vivant seule, ayant entre 1250 et 1500 euros de ressources mensuelles, suivie par un médecin traitant, en GIR 4 et dont le SAAD est associatif et sans tarification libre. Le graphique ci-dessous montre la probabilité prédite de sous-consommer avec l'intervalle de prédiction à 95 % par territoire :

Figure 2 : Probabilités prédites de sous-consommer par territoire selon un cas type



Note : Ce graphique représente la probabilité prédite de sous-consommer le plan d'aide en fonction du territoire médico-social d'intervention pour le cas type suivant : une femme de plus de 75 ans, vivant seule, ayant entre 1250 et 1500 euros de ressources mensuelles, suivie par un médecin traitant, en GIR 4 et dont le SAAD est associatif et sans tarification libre.

Lecture : Pour le cas type étudié, la probabilité prédite de sous-consommer le plan est d'environ 60 % si cette personne réside dans le territoire d'Hénin Carvin. Les lignes sont les intervalles de prédiction à 95 %.

Champ : Bénéficiaires de l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais en 2024 ayant recours à service prestataire.

Source : Systèmes d'informations du département du Pas-de-Calais.

Les probabilités prédites d'avoir un plan sous-consommé sont concentrées entre 43 et 61 % selon le territoire. Entre deux territoires, ces probabilités peuvent être différentes de plus de 10 points de pourcentage et il serait pertinent de comprendre les causes de ces différences en étudiant plus finement les caractéristiques de l'offre médico-sociale de chaque territoire.

Annexe n° 17. Les déterminants du taux de saturation

En s'inspirant en partie du modèle d'une publication de 2011 de la DREES, la chambre et la direction du numérique de la Cour essaient de déterminer les caractéristiques des bénéficiaires de l'Apa dans le Pas-de-Calais qui sont associées à la saturation de leurs plans d'aide.

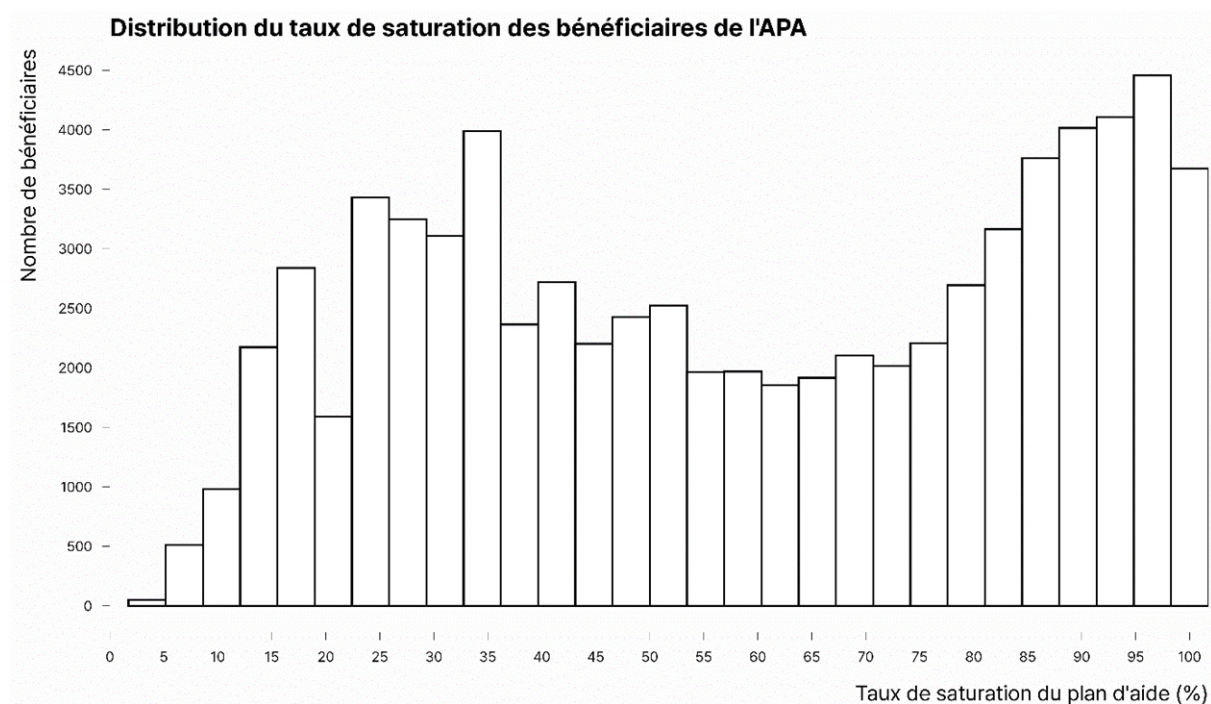
Description des données

- La chambre et la direction du numérique de la Cour travaillent sur l'ensemble des bénéficiaires de l'APA entre 2018-2024 qui obtiennent pour la première fois l'APA sur la période ou qui ont un nouveau plan à cause d'un changement de GIR.
- Cela représente 59 591 personnes pour un nombre total d'observations de 74 038.
- Pour chaque bénéficiaire, la chambre et la direction du numérique de la Cour ont collecté :
 - Son territoire selon la classification des équipes médico-sociales (9 territoires) ;
 - Sa tranche d'âge ;
 - Son sexe ;
 - Si la personne vit seule ;
 - S'il a un médecin traitant ;
 - Le montant des ressources mensuelles (en centaines d'euros) ;
 - Son GIR ;
 - Le taux de saturation de son plan d'aide notifié ;
 - Une indicatrice pour savoir si le plan d'aide est saturé. La chambre et la direction du numérique de la Cour ont suivi la définition d'une publication de la DREES qui définit un plan comme saturé si le montant notifié correspondant au niveau de dépendance (GIR) du bénéficiaire représente au moins 96 % du plafond.
 - Pour rappel, voici la distribution du taux de saturation au niveau national en 2017.

Plafonds	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Taux de saturation*	Taux de participation*
	(avant réforme)								
GIR 1	1 312,67€	1 713,08€	1 714,79€	1 719,93€	1 737,14 €	1 742,34 €	1 747,58 €	28%	18%
GIR 2	1 125,14€	1 375,54€	1 376,91€	1 381,04€	1 394,86 €	1 399,03 €	1 403,24 €	23%	21%
GIR 3	843,86 €	993,88 €	994,87 €	997,85 €	1 007,82 €	1 010,85 €	1 013,89 €	17%	22%
GIR 4	562,57 €	662,95 €	663,61 €	665,60 €	672,26 €	674,27 €	676,30 €	7%	23%

- La chambre et la direction du numérique de la Cour ont également regardé les données de 2017 pour le Pas-de-Calais à titre de comparaison :
 - Pour les personnes accédant à l'Apa en 2017 dans le Pas-de-Calais, la distribution des taux saturés est la suivante : 11 % en GIR 1, 18 % en GIR 2, 16 % en GIR 3 et 5 % en GIR 4.
 - Pour les personnes incluses dans l'analyse de la chambre et la direction du numérique de la Cour, 9,1 % ont un plan saturé. La distribution par GIR est la suivante : 20 % des GIR 1 ont un plan saturé, 16 % des GIR 2, 12 % des GIR 3 et 3,3 % des GIR 4.
- Le fichier stats_descriptives_vars_categoriques.xlsx donne la distribution des variables catégoriques.
- stats_descriptives_vars_continues.xlsx donne la distribution des variables continues et l'indice de Gini pour savoir si la distribution est plus ou moins égalitaire.

- Le graphique ci-dessous donne la distribution du taux de saturation :

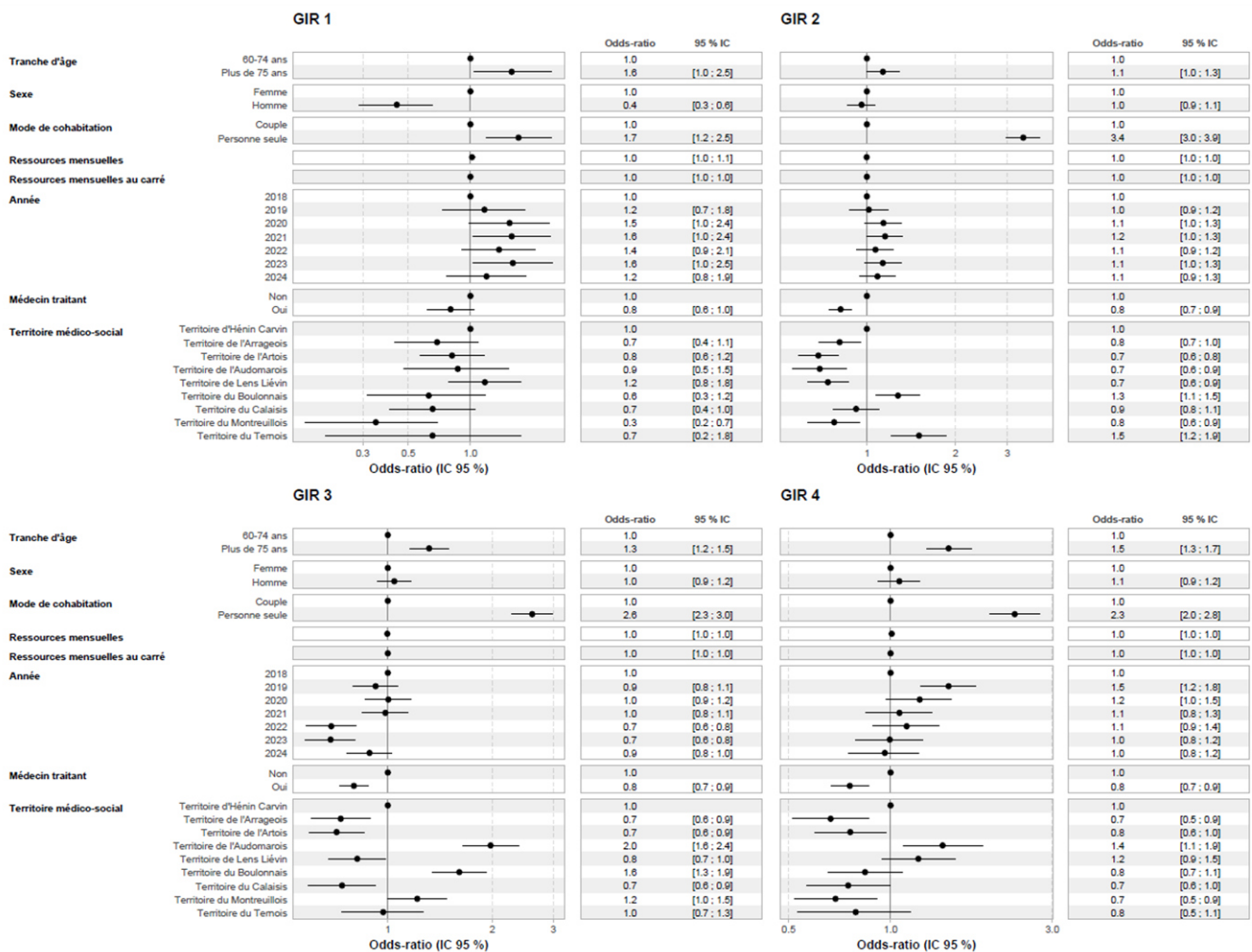


Analyse multivariée des caractéristiques associées à la saturation du plan

Première analyse : déterminants d'avoir un taux complètement saturé.

- La chambre et la direction du numérique de la Cour s'inspirent ici de l'analyse de la DREES présentée dans le tableau 7 de la publication citée précédemment.
- L'objectif de cette analyse est d'étudier les caractéristiques des bénéficiaires qui sont associées avec le fait d'avoir un plan saturé et de comparer ces associations entre GIR.
- Seulement 9 % des bénéficiaires ont un taux complètement saturé et cette saturation peut être très basse pour certains GIR comme le GIR 4. La chambre et la direction du numérique de la Cour ne vont donc pas utiliser un modèle logistique classique pour modéliser la probabilité d'avoir un plan saturé mais le modèle logistique de Firth (Puhr et al. 2017) qui est plus fiable lorsque l'évènement de la variable d'intérêt (le fait d'avoir un plan saturé) est rare.
- Par niveau de GIR, la chambre et la direction du numérique de la Cour régressent le fait d'avoir un plan saturé selon :
 - La tranche d'âge ;
 - Le sexe ;
 - Le fait d'être en couple ;
 - L'année d'ouverture des droits considérés ;
 - Le montant des ressources mensuelles en centaines d'euros. La DREES avait créé des tranches mais la chambre et la direction du numérique de la Cour ont préféré modéliser les ressources mensuelles avec un polynôme de degré 2 pour étudier la présence d'une relation non-linéaire.
 - La chambre et la direction du numérique de la Cour ont également ajouté le territoire médico-social et le fait d'être suivi par un médecin traitant.

- Ci-dessous une première visualisation graphique du résultat de ce modèle :



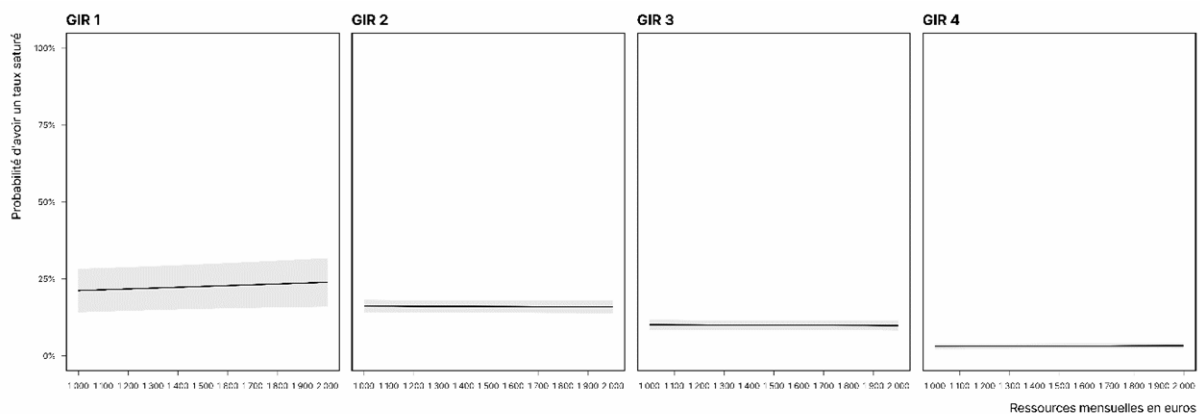
- Une version PDF de ce graphique est disponible dans le document `g_combined_saturation.pdf`.
- Les points représentent les « odds-ratios » estimés et les lignes les intervalles de confiance à 95 %.
- **Comment interpréter les « odds-ratios » ?**
 - Les odds-ratios sont des rapports de côtes.
 - Un odds-ratio qui vaut 1 indique que les côtes sont similaires pour les deux groupes de comparaison.
 - L'odds-ratio estimé vaut 1,06 pour la variable sexe qui prend la valeur « Homme » pour les GIR 4. Cela veut dire que les côtes des hommes d'avoir un taux saturé sont 1,06 fois (6 %) plus élevés que celles des femmes.
 - L'odds-ratio estimé vaut 0,44 pour la variable sexe qui prend la valeur « Homme » pour les GIR 1. Cela veut dire que les côtes des hommes d'avoir un plan saturé sont (1-0,44 = 0,56) 56 % plus faibles que celles des femmes.
- **Voici comment interpréter les résultats en fonction de la nature de la variable :**
 - Pour les variables catégoriques, il faut interpréter les résultats par rapport à la catégorie de référence (sur le graphique, ces catégories de références sont symbolisées par le point au niveau de l'odds-ratio = 1).

- le coefficient « Sexe : Homme » est à interpréter par rapport au fait d'être une femme.
 - Pour la tranche d'âge, la catégorie de référence est les 60-74 ans
 - Le mode de cohabitation seule est à comparer au fait d'être en couple.
 - Le coefficient pour « médecin traitant » est à comparer à ne pas être suivi par un médecin traitant.
 - L'année de référence des droits est celle de 2018.
 - Pour le territoire, le territoire de comparaison est celui du territoire d'Hénin Carvin.
- Pour les variables continues comme le revenu, il faut regarder le graphique qui vient après cette section car il est préférable de tracer la courbe de la relation du fait de la modélisation avec un exposant au carré.
- **Cette interprétation se fait « toutes choses égales par ailleurs ».** Par exemple, pour deux bénéficiaires de l'Apa à caractéristiques égales mais différentes selon leur tranche d'âge, les 75 ans ou plus ont en moyenne des côtes X fois plus élevées que les moins de 74 ans pour avoir un plan saturé.
- **Comment interpréter les intervalles de confiance/incertitude ?**
 - Il ne faut pas regarder si l'intervalle de confiance croise la valeur égale à 1 pour dire si le résultat est statistiquement significatif au seuil de 5 % (c'est-à-dire qu'on est en mesure de rejeter l'hypothèse nulle selon laquelle les cotes sont égales).
 - Il faut à la place regarder la largeur de l'intervalle de confiance et interpréter le bas et le haut de l'intervalle comme les odds-ratios compatibles avec les données de la chambre et la direction du numérique de la Cour selon son modèle.
 - Par exemple, pour les GIR 2, les valeurs de l'intervalle de confiance indiquent que les données de la chambre et la direction du numérique de la Cour selon son modèle sont compatibles avec des odds-ratios compris entre 0,75 et 0,88 ce qui est relativement précis et permet de dire que les côtes d'avoir un plan saturé pour les personnes en GIR 2 avec un médecin traitant sont entre 12 et 25 % plus faibles que pour les personnes sans médecin traitant.
- **Que tirer de cette analyse ?**
 - Il faut procéder comme la DREES le fait quand elle interprète le tableau 7 de la publication.
 - Il est possible d'interpréter par GIR les facteurs associés avec le fait d'avoir un plan saturé.
 - Il est également possible, comme le fait la DREES, de regarder si un facteur a la même association avec la saturation selon le GIR.
 - Pour résumer un résultat, il est conseillé de systématiquement interpréter le bas et le haut de l'intervalle de confiance « les personnes suivies par un médecin traitant ont des côtes de saturation de leurs plans entre X et Y % plus élevées que les personnes qui n'en ont pas ».
 - Pour faciliter l'interprétation, les résultats exacts du modèle avec les valeurs associées sont disponibles à droite de chaque graphique.
 - Enfin, en première analyse, il apparaît que :
 - Le fait d'être plus âgé est associé positivement avec la saturation et a un rôle similaire entre les GIR (attention, la magnitude de l'odds-ratio a l'air de bien varier). Est-ce que c'est normal à caractéristiques similaires d'avoir un plan saturé par rapport à une personne relativement plus jeune ?
 - Il y a l'air d'avoir un effet différencié du genre pour le GIR 1. Pourquoi ?

- Le fait de vivre seul augmente les côtes de saturation pour l'ensemble des GIR.
- Il n'y a pas d'effet des ressources mensuelles (voir le graphique plus bas).
- Il y aurait un effet négatif du fait d'être suivi par un médecin traitant sur la saturation du plan.
- Les associations selon le territoire ou l'année sont plus compliquées à interpréter (voir les graphiques plus bas).

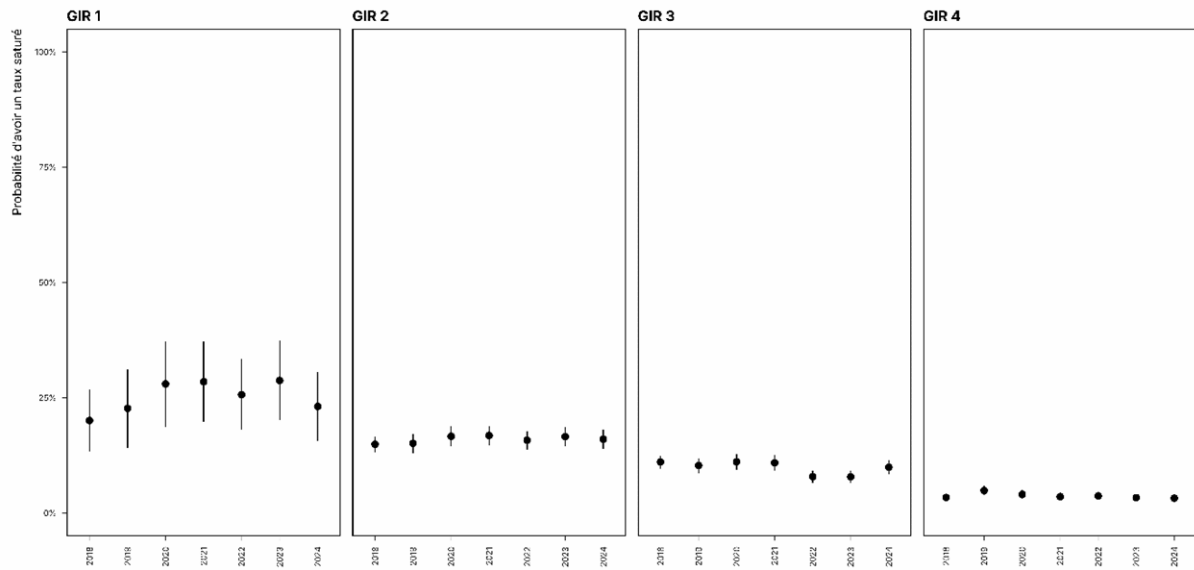
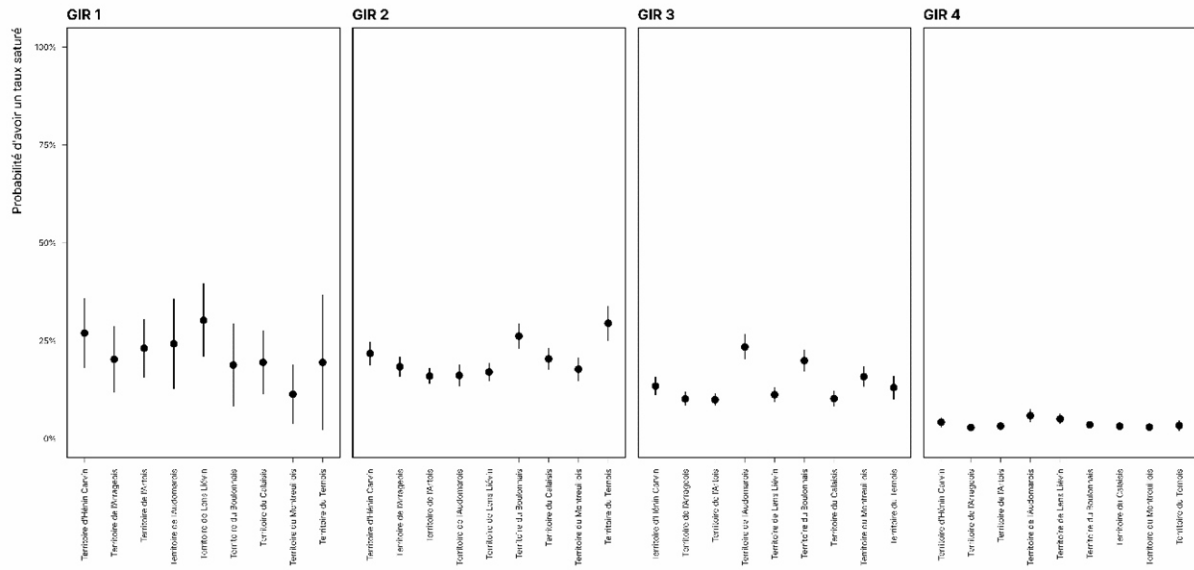
Deuxième analyse : prédictions du modèle pour certains cas types pour les associations des variables difficiles à interpréter

- **Comme les résultats avec les odds-ratios ne sont pas faciles à interpréter pour certaines variable, une alternative recommandée est de regarder les prédictions du modèle pour certains cas types.**
- Pour évaluer l'association avec le revenu, la chambre et la direction du numérique de la Cour tracent ci-dessous la probabilité prédite avec l'intervalle de prédiction à 95 % d'avoir un plan saturé pour un gradient de revenus mensuels variant de 1000 à 2000 euros (Q1 et Q3 de la distribution de cette variable) par GIR et pour le profil-type suivant :
 - Une femme
 - De plus de 75 ans
 - Avec un médecin traitant
 - Vivant dans l'Artois
 - En 2024
- Le graphique ci-dessous indique clairement une absence de relation (ou très faible pour les GIR 1) entre le revenu et la saturation du plan pour le modèle de la chambre et la direction du numérique de la Cour.



- La chambre et la direction du numérique de la Cour reproduisent l'analyse précédente mais en faisant varier le territoire médico-social de l'individu (le montant des revenus est ici fixé à la médiane).
- Il semblerait que selon le GIR, il y ait des différents dans la probabilité d'avoir un plan saturé en fonction du territoire.
- Enfin, la chambre et la direction du numérique de la Cour s'intéressent ci-dessous à l'année d'évaluation pour les mêmes paramètres (ici le territoire considéré est celui de l'Artois) :

RAPPORT DEFINITIF D'EVALUATION



- Il existe quelques différences en fonction de l'année d'évaluation et du GIR.

Annexe n° 18. Construction d'une typologie des bénéficiaires de l'Apa à domicile**Méthodologie****Constitution de la base de données**

L'analyse repose sur un fichier consolidé de l'ensemble des bénéficiaires de l'Apa à domicile au 31 décembre 2024. Afin de construire une typologie robuste, neuf indicateurs ont été retenus pour leur pertinence statistique et leur capacité à éclairer les usages de l'Apa. Ils couvrent à la fois les caractéristiques sociales des bénéficiaires, leur niveau de dépendance et les modalités de leur plan d'aide.

Tableau n° 14 : Identification des indicateurs retenus pour la construction des idéaux type

<i>Domaine</i>	<i>Indicateur retenu</i>
<i>Situation familiale</i>	Le bénéficiaire vit-il ou non seul ?
<i>Ressources</i>	Revenu annuel imposable
<i>Âge</i>	Âge au 31 décembre 2024
<i>Niveau de dépendance</i>	Gir
<i>Prestations</i>	Nombre de prestations de type « aide à domicile » (ménage, toilette, etc.)
<i>Caractérisation du plan</i>	Plan limité au seul ménage (oui/non)
<i>Montant du plan</i>	Montant total du plan d'aide
<i>Participation financière</i>	Participation financière mensuelle du bénéficiaire
<i>Participation publique</i>	Participation mensuelle du Conseil départemental
<i>Volume d'aide</i>	Nombre moyen d'heures mensuelles

Source : Chambre régionale des comptes

Prétraitement des données

Les indicateurs sélectionnés présentent des unités et des échelles très différentes (par exemple, un revenu en euros et un Gir en 6 classes). Pour les rendre comparables et éviter qu'un indicateur ne domine artificiellement les autres dans la classification, une normalisation a été appliquée. Cette opération correspond à l'application d'une loi normale centrée réduite : chaque valeur est ramenée à son écart par rapport à la moyenne (centrage), puis rapportée à l'écart-type (réduction). Les variables obtenues présentent ainsi une moyenne égale à 0 et un écart-type égal à 1.

Cette standardisation permet d'attribuer un poids équivalent à chacun des indicateurs dans la construction des profils.

Construction du *clustering*

La typologie a été élaborée par la méthode de classification par k-moyennes (*k-means clustering*). Il s'agit d'une technique de regroupement qui consiste à répartir les observations (ici, les bénéficiaires de l'Apa) en un nombre prédéfini de groupes, appelés « clusters ».

Le principe est de minimiser l'hétérogénéité à l'intérieur de chaque cluster tout en maximisant les différences entre clusters. Après plusieurs itérations, la segmentation en 3 groupes s'est

révélée la plus robuste et la plus lisible : les segmentations à 2 groupes apparaissaient trop simplificatrices, celles à 5 groupes produisaient des profils redondants ou peu discriminants.

Les trois clusters obtenus correspondent aux idéaux-types mobilisés dans l'analyse.

Analyse de la répartition territoriale des profils de bénéficiaires

Méthode de comparaison territoriale

Afin d'examiner la présence relative de chaque profil de bénéficiaires dans les territoires de vie-santé (TVS), une typologie a été construite sur la base de la distribution interne de chaque territoire.

Le principe repose sur la comparaison de la part occupée par chaque profil dans un TVS avec la moyenne départementale correspondante. Pour tenir compte de la variabilité naturelle entre territoires, un seuil de significativité a été fixé à ± 1 écart-type autour de la moyenne départementale.

Ainsi, un profil est sur-représenté si sa part dépasse la moyenne + 1 écart-type, il est sous-représenté si elle est inférieure à la moyenne - 1 écart-type, dans les autres cas, il est considéré comme représenté « dans la moyenne ».

Typologie des territoires

À partir de ce critère, chaque TVS se voit attribuer une typologie :

- Dominante claire : un seul profil est sur-représenté,
- Mixte : deux profils sont sur-représentés,
- Équilibrée : aucun profil n'est significativement sur- ou sous-représenté.

Cette grille de lecture permet de mettre en évidence les spécificités territoriales dans la répartition des profils de bénéficiaires de l'Apa à domicile, en comparant systématiquement les structures locales à la moyenne départementale.

Annexe n° 19. Analyse territoriale de l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais : éclairage géographique

Objectif de l'analyse

L'objectif de cette analyse est de mesurer l'adéquation relative entre l'offre d'accompagnement à domicile et les besoins des personnes âgées dépendantes dans le Pas-de-Calais, à l'échelle des territoires de vie-santé (TVS). Le recours à ce zonage permet de comparer systématiquement les territoires, de qualifier les déséquilibres territoriaux et de fournir un outil de priorisation pour l'action publique.

Sélection des indicateurs

Indicateurs d'offre

Les indicateurs caractérisant l'offre ont été choisis de manière à refléter la capacité effective des territoires à proposer des services d'aide et à mobiliser des ressources médicales et paramédicales. Ils prennent en compte le volume d'heures d'intervention réalisées et le nombre de prestations pour 1 000 habitants de 65 ans et plus, ainsi que la densité de professionnels de santé via les indicateurs APL (APL RA pour le référentiel autonomie, APL SAPA pour les services autonomie personnes âgées, APL MG pour la médecine générale et APL IDEL pour les infirmiers libéraux). L'ensemble de ces variables est considéré comme ayant une importance équivalente dans l'analyse : chacune contribue de façon identique à la mesure globale du niveau d'offre.

Indicateurs de besoin

Les besoins en accompagnement sont mesurés à partir d'indicateurs relatifs aux caractéristiques sanitaires, sociales et économiques des bénéficiaires girés. La part des bénéficiaires de l'Apa rapportée à la population des 65 ans et plus, la prévalence des affections de longue durée parmi ces bénéficiaires et le Gir moyen renseignent sur le degré de dépendance. À cela s'ajoutent des variables économiques et d'usage, comme le niveau de ressources financières, le montant annuel moyen du plan d'aide, le taux moyen de saturation des plans d'aide et la consommation moyenne de psychotropes. Ces indicateurs, comme ceux de l'offre, sont équipondérés et participent de manière identique à la construction d'un score synthétique de besoin.

Méthode de scoring

La comparaison entre territoires nécessite d'harmoniser les échelles des différents indicateurs.

Deux méthodes de construction des scores ont été envisagées. La première consiste à transformer directement l'écart relatif à la moyenne en un score de 1 à 4, à l'aide d'un système de classes fixes : un écart inférieur à -15 % est noté 1, un écart négatif compris entre -15 % et 0 est noté 2, un écart positif inférieur ou égal à 15 % est noté 3, et un écart supérieur à 15 % est noté 4. Cette approche a l'avantage de la simplicité, mais présente un inconvénient majeur : les seuils choisis sont arbitraires, et un écart minime autour d'un seuil peut conduire à des classements très différents.

La seconde méthode repose sur le calcul d'un z-score, défini comme la différence entre la valeur de l'indicateur pour un territoire et la moyenne départementale, rapportée à l'écart-type. Ce z-score est ensuite transformé en une échelle bornée entre 1 et 4 par la formule :

$$Score = \max(1; \min(4; 2 + z))$$

Cette transformation est continue : une faible variation de l'indicateur entraîne une variation graduelle et proportionnelle du score, sans rupture brutale. Elle permet ainsi de mieux prendre en compte la dispersion réelle des valeurs et d'éviter les effets de seuils arbitraires de la première méthode.

Résultats

Chaque territoire de vie-santé est positionné simultanément sur deux axes : un score d'offre et un score de besoin. Les 81 TVS du Département ont été répartis en quartiles, ce qui permet de distinguer quatre niveaux : très faible, faible, modéré et fort, tant pour l'offre que pour le besoin.

Sur cette base, une typologie a été élaborée à partir du double classement de chaque TVS. Trois configurations principales émergent. La première correspond aux situations d'adéquation, lorsque le niveau d'offre est cohérent avec le niveau de besoin observé (par exemple besoin faible et offre faible, ou encore besoin modéré et offre modérée). Vingt-cinq territoires relèvent de ce cas de figure. La seconde correspond aux situations de sous-adéquation, lorsque l'offre disponible apparaît insuffisante au regard du niveau de besoin. Vingt-huit territoires présentent ce profil, caractérisé par un déficit relatif d'accompagnement. Enfin, vingt-huit autres territoires se trouvent en situation de sur-adéquation, dans laquelle l'offre excède sensiblement les besoins constatés, traduisant une sur-dotation relative.

Annexe n° 20. Analyse qualitative et questionnaires

L'approche des bénéficiaires et des proches aidants

L'analyse qualitative a vocation à compléter l'analyse quantitative de la qualité de vie des bénéficiaires de l'Apa et de leurs proches aidants. En effet, la première, nourrie par les données du Département ainsi que celles transmises par les organismes de santé, permet d'expliquer l'influence d'une variable sur une autre et ce, grâce à un nombre conséquent de cas. La seconde permet, quant à elle, à travers l'étude de quelques cas spécifiques, de comprendre certains mécanismes et d'identifier les éventuels effets de l'Apa non mesurés via l'approche quantitative.

En l'espèce, l'analyse qualitative étudie les opinions, les idées et les sentiments des bénéficiaires de l'Apa à domicile dans le Pas-de-Calais ainsi que de leurs proches aidants afin de déterminer leur niveau de satisfaction, la qualité de la prestation et l'existence d'une plus-value du mode d'intervention prestataire via les Saad.

À travers des entretiens menés auprès de allocataires et de leurs proches il s'est agi de détecter et illustrer d'éventuels effets inattendus, positifs ou négatifs, directs ou indirects afin de mieux comprendre cette politique publique.

Dans cet objectif, plusieurs parties prenantes ont ainsi été identifiées :

- Le département ; ses équipes médico-sociales, chargées des évaluations individuelles ; ses maisons de l'autonomie (MA) ;
- Les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS/CIAS) ;
- Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) ;
- Les bénéficiaires de l'Apa (personnes de plus de 60 ans en situation de perte d'autonomie) ;
- Les proches aidants.

Dans ce cadre, les bénéficiaires et leurs proches aidants sont apparus les plus à même d'émettre un avis sur la qualité du service fourni par les Saad et de quantifier leur niveau de satisfaction. Afin de pouvoir les rencontrer, trois modalités ont été retenues :

- Solliciter les maisons de l'autonomie et les CCAS/CIAS pour organiser des entretiens collectifs au sein de leurs locaux. Un premier échange puis test auprès de la maison de l'autonomie de l'arrageois et du CCAS d'Arras a été retenu.
- Solliciter différents Saad afin de se déplacer avec eux lors d'interventions à domicile et ainsi mener des entretiens individuels auprès des bénéficiaires.
- En cas d'absence du proche aidant lors de ces deux premiers types de rencontres, un échantillon de proches aidants a été tiré au sort afin de mener des entretiens téléphoniques.

Ces modalités de rencontres ont permis d'obtenir une analyse qualitative étoffée, de rencontrer des bénéficiaires et proches aidants au sein des maisons de l'autonomie ou CCAS représentant un biais puisque ne pouvaient se rendre sur place que des personnes en capacité de se déplacer, ce qui excluait *de facto* des bénéficiaires potentiellement issus des Gir 1 ou 2. Pour ce faire, la chambre a procédé de la manière suivante.

- Elle a contacté plusieurs CCAS/CIAS et maisons de l'autonomie. Il existe environ 285 CCAS/CIAS sur le département de Pas-de-Calais, il a été nécessaire d'en sélectionner un

échantillon. La difficulté de ces entretiens collectifs était principalement liée au fait que certaines personnes pouvaient monopoliser la parole et biaiser les échanges ou empêcher certains bénéficiaires de faire part de leur ressenti.

- Elle a contacté un échantillon de Saad afin de leur demander de se déplacer à leurs côtés pour des interventions auprès de bénéficiaires. Il a fallu sélectionner un échantillon de bénéficiaires représentant les différents Gir, aussi bien des hommes que des femmes, ayant des âges différents afin d'avoir un échantillon représentatif de la population étudiée. Il était intéressant de pouvoir comparer des interventions de Saad en mode prestataire, mandataire et de gré à gré. Afin que le bénéficiaire se sente plus libre, il a été demandé à intervenir en même temps que le coordinateur de secteur ou encore le référent du bénéficiaire.
- Elle a sélectionné un échantillon de proches aidants et récupéré leurs coordonnées auprès du Département. Devant le risque de se voir opposer des refus de répondre par téléphone, l'équipe d'évaluation s'est déplacée au sein de maisons des aidants.

L'échantillon retenu

La présente analyse qualitative s'appuie sur un échantillon représentatif de la population étudiée. La taille de l'échantillon envisagée était comprise entre 50 et 100 bénéficiaires. L'objectif était de toucher un large nombre de bénéficiaires au sein des CCAS/CIAS et maisons de l'autonomie (80 personnes), puis une quinzaine de bénéficiaires à travers les entretiens individuels au domicile de ces derniers.

Deux méthodes de sélection des bénéficiaires ont été utilisées en l'espèce : la méthode scientifique qui consiste à procéder à un tirage au sort au sein de l'ensemble des bénéficiaires ; la sélection en fonction de critères comme le sexe, l'âge, le Gir, le mode d'intervention choisi, la localisation territoriale.

Si le tirage au sort garantit à chaque bénéficiaire la même chance d'être tiré au sort et représente en ce sens un avantage, elle n'a pu être mise en œuvre dans le cadre des entretiens collectifs au sein des maisons de l'autonomie puisque ne se déplaceront que les personnes souhaitant participer. Ces dernières n'ont donc été ni tirées au sort ni sélectionnées sur la base de critères préalablement définis. À l'inverse, pour les entretiens individuels à domicile, une sélection des bénéficiaires a été effectuée en fonction des critères préalablement retenus.

La détermination de la méthode qualitative

La méthode de l'entretien a été préférée à celle du questionnaire seul, ces derniers risquant de ne pas être opérants ni satisfaisants au regard du public interrogé (personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie). Il existe trois méthodes d'analyse qualitative pour des entretiens :

- Entretiens libres (ou non-directifs) : le discours est continu, aucune question n'est préparée à l'avance et la durée de l'entretien peut être plus ou moins importante. Le risque de cette méthode est de passer à côté d'éléments déterminants. Par ailleurs, la grille d'analyse des réponses est plus complexe à mettre en œuvre.
- Entretiens semi-directifs (semi-structurés) : le discours s'effectue par thèmes dont l'ordre peut être plus ou moins bien déterminé selon la réactivité de la personne interrogée. La discussion est orientée vers le but poursuivi et les informations sont recueillies dans un laps de temps raisonnable. Ce mode d'entretien a la préférence au regard du public interrogé.

- Entretiens directifs : le discours est non continu et suit l'ordre précis des questions posées (préparées à l'avance). L'information est recueillie très rapidement. Cette méthode pouvait ne pas suffire à recueillir le sentiment et l'opinion des personnes interrogées.

Il a été proposé, au sein des maisons de l'autonomie et des CCAS/CIAS, d'organiser des rencontres de 30 à 40 minutes maximum sous la forme d'entretiens collectifs réunissant plusieurs bénéficiaires ainsi que leurs proches aidants, sur la base d'entretiens semi-directifs. L'objectif était de tenir des entretiens de 5 à 10 personnes maximum et d'en faire plusieurs par jour dans le même CCAS/CIAS ou maison de l'autonomie.

Un guide d'entretien a été élaboré afin d'expliquer la démarche, la méthode retenue, les hypothèses envisagées et les questions à poser auprès des participants. Il a été veillé à ce que la formulation des questions n'oriente pas les réponses. Par ailleurs, la reformulation des réponses des participants (écoute active) a été utilisée afin de s'assurer de la conformité des informations recueillies et permettre à ces derniers d'approfondir leur pensée.

Il était choisi de ne pas suggérer de réponses aux questions posées avant d'avoir recueilli la première réponse du bénéficiaire ; ceci afin de préserver sa spontanéité.

Une grille d'analyse des réponses apportées a été élaborée afin de s'assurer d'une uniformisation dans la lecture de ces dernières et éviter les biais d'interprétation par les équipes.

La méthode de restitution

La méthode des verbatims visant à identifier les éléments signifiants du discours brut, tels qu'énoncés dans le langage des participants, à les grouper par approximations successives et à rechercher les éventuels liens qui les unissent a été envisagée. Néanmoins, cette méthode nécessitait un temps certain d'analyse des résultats et s'exerce surtout dans le cadre d'un entretien libre, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

En conséquence, il a été retenu de prendre des notes des entretiens menés puis de définir une grille de lecture permettant d'émettre une appréciation ou note sur les éléments qui ressortent des questions posées aux bénéficiaires.

Questionnaire bénéficiaire

Constitution du dossier :

Pourquoi avoir demandé l'APA ?

Quelles aides vous apporte-t-on ?

Lors de l'évaluation de votre niveau d'autonomie (ce qu'on appelle le GIR), vous souvenez-vous de la présentation des différents modes d'intervention (prestataire, mandataire, emploi direct) ?

Combien de temps après votre demande avez-vous commencé à recevoir de l'aide ? Ce délai vous a-t-il semblé adapté à vos besoins ?

Est-ce que c'est vous qui avez choisi votre mode d'intervention ? Si non, qui a choisi ?

Qu'est-ce qui explique ce choix du mode d'intervention ? Pourquoi avoir choisi le mode prestataire via un service d'aide et d'accompagnement à domicile / gré à gré / mandataire ?

Vous a-t-on expliqué les aides qui vous seront apportées et comment celles-ci vous seront délivrées ?

Avez-vous changé de mode d'intervention ? Pourquoi ?

Consommation du plan d'aide :

Utilisez-vous toutes les heures prévues à votre plan d'aide ?

Si non, pourquoi ?

Est-ce que les services dont vous bénéficiez grâce à l'APA vous permettent de répondre à vos besoins ?

- Si oui, quels sont les besoins les mieux satisfaits (lever, coucher, habillage, toilette, repas, ménage, etc.) ?
- Si non, quels sont les besoins que vous estimez non comblés ?

Est-ce que les services effectués par les prestataires grâce à l'APA respectent votre rythme de vie, c'est-à-dire qu'ils sont faits à des moments de la journée qui vous conviennent ? La durée des interventions vous convient-elle ?

Combien de personnes passent chez vous pour vous aider par semaine ? Est-ce toujours les mêmes ?

Cela vous satisfait-il ?

Avez-vous signalé votre insatisfaction à ce sujet ? Cela a-t-il permis des améliorations ?

Satisfaction :

Est-ce que l'on vous interroge sur votre degré de satisfaction ? Sur les changements ou améliorations que vous aimeriez ?

Qui vous interroge ?

Avez-vous constaté des évolutions positives ou négatives pour vous-même ou pour vos proches depuis que vous bénéficiez de l'APA ? Est-ce que vous avez maintenu/gagné/perdu en autonomie grâce aux services d'aide et d'accompagnement à domicile dont vous bénéficiez ?

Si vous deviez donner une note globale de satisfaction sur la prestation qui vous est fournie grâce à l'APA, ce serait laquelle ?

Pourquoi cette note ?

- Qu'est-ce que vous appréciez particulièrement ?
- À l'inverse, qu'est-ce que vous n'appréciez pas dans ce mode d'intervention ?

Avez-vous des commentaires particuliers à ajouter ? Si vous aviez un conseil à donner à quelqu'un qui vient de demander l'APA, que lui diriez-vous ?

Questionnaire proche aidant

Depuis combien de temps vous vous occupez de votre proche ?

Quelles circonstances ont fait que vous êtes venus à aider votre proche ?

Vie de l'aidant (en dehors des aides attribuées au proche aidant) :

En moyenne, à quelle fréquence aidez-vous votre proche pour les activités de la vie quotidienne, en raison de son état de santé, son handicap ou son avancée en âge ?

En moyenne, combien d'heures aidez-vous votre proche pour les activités de la vie quotidienne au cours d'une journée ? (NB : la journée comprend le matin, l'après-midi, le soir et la nuit)

Avez-vous besoin de moments de pauses / de répit dans l'aide que vous apportez ?

Avez-vous le sentiment de ne pas avoir assez de temps pour vous, en raison de l'aide que vous apportez ?

Constitution du dossier (pour l'aide au proche aidant) :

Qu'est-ce qui vous a amené à solliciter une aide (en tant que proche aidant) ?

Avez-vous éprouvé une difficulté à répondre aux formulaires ? Cela a-t-il constitué un frein ? Avez-vous eu besoin de conseils extérieurs ?

Aides attribuées au proche aidant :

Quelle était l'aide apportée ?

L'aide attribuée répond-t-elle à votre besoin ?

D'autres dispositifs d'aides à domicile vous ont-ils été proposés par ailleurs ?

Évaluation de l'aide :

En quoi cet accompagnement vous soulage ?

Êtes-vous satisfait de la communication entre aidé / aidant / services d'aide / équipes médico-sociales ? (NB : de 1 à 10, 10 étant considéré comme une communication performante)

Impact de l'APA :

Grâce à l'APA, votre proche a-t-il pu maintenir, perdre, ou gagner en autonomie ? En quoi ? Commentaires libres + conseil à donner à un futur demandeur ?



Arras, le 13 FEV. 2026

PÔLE SOLIDARITÉS

Hôtel du Département – Rue Ferdinand Buisson
62018 ARRAS Cedex 9

Monsieur Jean-Paul ALBERTINI
Président de la Chambre Régionale des
Comptes des Hauts-de-France
14 rue du Marché au Filé

62000 ARRAS



Objet : observations suite au rapport d'évaluation de la politique publique de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) dans le département du Pas-de-Calais 2018-2025

Monsieur le Président,

Je fais suite à la réception, en date du 13 janvier 2026, du rapport définitif d'évaluation de l'allocation personnalisée de l'autonomie (APA) à domicile dans le département du Pas-de-Calais de 2018 à 2025.

Si le Département du Pas-de-Calais a pris l'initiative, dans une démarche volontariste d'ailleurs saluée par la Chambre, de solliciter une évaluation de sa politique publique concernant l'APA à domicile, c'était tout d'abord pour mesurer la soutenabilité financière de cette prestation, tant pour notre collectivité que pour les Services d'Aide à Domicile (SAD), dans la perspective du « tsunami démographique » qui s'annonce.

Comme le souligne la Chambre dans son rapport, cette évaluation concerne « une politique particulièrement complexe à mener en raison du nombre d'acteurs, des contraintes financières et des usagers et ce, dans un contexte budgétaire difficile ». Le Département a fait le choix de se prêter à cet exercice, bien conscient que la politique départementale est perfectible et y voyant une opportunité de reconsidérer cette allocation et de contribuer aux réflexions nationales devenues indispensables.

Au vu du rendu réalisé, je tiens tout d'abord à saluer le travail considérable réalisé par la Chambre, qui a réussi dans un délai maîtrisé à produire un rapport inédit sur un tel sujet. Le travail de production et de croisement de données, effectué à partir d'outils et de bases qu'il faut reconnaître parfois imparfaits, mérite d'être particulièrement mis en exergue.

Le Département prend note des recommandations émises et ne manquera pas de s'en saisir. Elles lui permettront de poursuivre sa démarche qualité au sein de ses propres services et avec ses partenaires, pour améliorer ses pratiques et la qualité du service rendu.

Sur le fond du rapport, le Département partage nombre des constats de la Chambre. Il en est ainsi notamment sur les limites des évaluations basées sur la grille AGGIR, pourtant référentiel obligatoire pour apprécier le niveau de dépendance d'une personne âgée et contribuer à la définition de son plan d'aide, et qui constitue le cadre d'évaluation unifié et partagé par les équipes médico-sociales. La Chambre souligne que son application produit des effets de seuil significatifs qui peuvent influencer sensiblement sur l'accès à l'APA et sur le niveau d'aide attribué. C'est pourquoi en plus des formations offertes par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) pour l'harmonisation des pratiques, le Département a engagé une démarche importante d'harmonisation des pratiques d'évaluation.

Il en est de même sur les difficultés des SAD, déjà bien connues par le Département et partagées avec les services. C'est pourquoi le Département a fait le choix de fixer le tarif des SAD habilités à 25€ à compter du 1^{er} janvier 2024 (tarif plancher national fixé à 23,50€) soit 7% de plus qu'en 2023, ce qui a permis très majoritairement aux structures de retrouver un équilibre comptable sur l'exercice 2024.

Il en est également ainsi sur l'analyse de la Chambre sur le sujet crucial du financement de l'APA et sur le problème posé par l'insuffisance de compensation par l'État, qui met directement en péril l'équilibre financier du secteur du domicile tant ce dernier est confronté à l'augmentation des besoins mais aussi à l'augmentation des coûts salariaux induite par les revalorisations successives de la convention collective de la branche de l'aide à domicile. Le bien-fondé de ces revalorisations, pour ces professionnels de l'humain dont il faut saluer sans relâche l'engagement, ne se discute pas, mais le modèle de financement actuel permet difficilement au Département de faire correspondre la tarification horaire au coût de revient des structures. En l'absence de changement, l'avenir du système est donc compromis.

Toutefois, au-delà de ces considérations sur le financement global et au regard de l'ampleur du travail réalisé, il m'apparaît que les conclusions de l'évaluation apportent finalement peu de réponses très concrètes sur le modèle économique et la pérennité des SAD, ni sur la soutenabilité financière pour le Département.

Surtout, et c'est un point de divergence important, le Département ne saurait adhérer aux constats parfois sévères de la Chambre sur l'efficacité de la politique menée, dont elle considère en substance qu'elle ne répond pas aux besoins et ne garantit pas le maintien de la qualité de vie des bénéficiaires. Pour la Chambre, à lire notamment la synthèse du rapport, l'APA à domicile est efficace quand on constate chez les bénéficiaires « une dégradation logique et progressive du niveau de dépendance », avec maintien à domicile. A l'inverse, une sortie rapide du dispositif vers un placement, ou des décès dans une population initialement moins dépendante, signeraient une inefficacité. Cette vision apparaît pour le moins réductrice, tant le maintien de l'autonomie dans la durée ou l'évitement de décès précoces dépendent de bien d'autres facteurs que des prestations financées par l'APA, si importantes ces dernières soient-elles.

Ainsi, il m'apparaît que le rapport, centré par la commande passée sur l'étude de l'APA à domicile, souffre in fine d'une limite importante en ce qu'il tend à conférer à l'allocation une place dans le maintien de l'autonomie qui va bien au-delà de sa place réelle, qui est celle d'une aide sociale permettant de financer des aides humaines et techniques au domicile. Or il est au contraire important de souligner que la politique de maintien de l'autonomie ne se résume pas à l'APA et ne peut être réduite à l'APA.

En effet, l'engagement du Département, en tant que chef de file de cette politique, va bien au-delà de la gestion de l'allocation. La coordination du parcours des personnes âgées, l'articulation entre le social, le médico-social et le sanitaire pour éviter les ruptures, les actions de prévention de la perte d'autonomie, l'aide aux aidants sont tout aussi essentiels au maintien de l'autonomie. Ce sont de multiples acteurs et dispositifs qui participent de ce maintien, dont la mise en place du Service Public de l'Autonomie vient renforcer la coordination et l'efficacité.

Par ailleurs, depuis de nombreuses années le Département accompagne les SAD. Malgré l'étau budgétaire, il continue de saisir les différents dispositifs de financements complémentaires aux concours de la CNSA (dotation complémentaire, fonds mobilité, cadre d'adhésion...) et en assure le cofinancement. Le Département incite et accompagne les SAD à requestionner les modèles d'organisation (mise en place des équipes autonomes), à professionnaliser les personnels d'intervention afin de répondre aux exigences de l'évolution du secteur. Le Département promeut également la qualité de vie et des conditions de travail (financement d'animateurs de prévention, parcours d'intégration des nouveaux salariés, ...); l'objectif global étant la réduction de l'absentéisme dont le coût indirect pèse fortement sur le budget de structures (surcoût de modulation, personnels de remplacement...) et sur la qualité de prise en charge des bénéficiaires.

Ainsi, porter une appréciation globale sur la politique de maintien de l'autonomie impliquerait donc de prendre en compte l'ensemble de ces éléments, ce qui n'est pas le cas du rapport de la Chambre, sans doute limité en ce sens par le libellé même de la commande.

Enfin, je veux souligner ici que l'action départementale, aussi volontaire soit-elle, atteint ses limites. L'action dans le strict cadre départemental ne saurait à elle seule répondre à l'ensemble des défis que pose le vieillissement de la population à notre pays, tant en ce qui concerne les modes d'accompagnement et d'intervention que sur les ressources à y consacrer et les modèles de financement. Les conclusions du rapport de la Chambre démontrent qu'il s'agit de choix de société pérennes et le débat doit prendre place à ce niveau. En ce sens, il est impératif que la nation tout entière se saisisse de ces constats et je considère qu'il est indispensable que le travail réalisé par la Chambre à l'échelle du Pas-de-Calais trouve un prolongement à l'échelle nationale.

J'appelle également de mes vœux la relance du grand projet de loi sur le vieillissement, régulièrement repoussé, pour définir des orientations nationales fortes et des moyens financiers réels. Les Départements sont prêts à apporter leur expertise de terrain, mais ils ne pourront plus pallier seuls les carences d'un système à bout de souffle. Pour sa part, le Pas-de-Calais y est prêt.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, en l'assurance de ma considération distinguée.

Le Président du Conseil départemental,

Jean-Claude LEROY

Cordialement





RÉPONSE AU RAPPORT DÉFINITIF D'ÉVALUATION

L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE À DOMICILE DANS LE PAS-DE-CALAIS

Exercices 2018 et suivants

1 réponse reçue :

- M. Jean-Claude Leroy, président du conseil départemental du Pas-de-Calais.

Article L. 243-5 du code des juridictions financières :

« Les destinataires du rapport d'observations disposent d'un délai d'un mois pour adresser au greffe de la chambre régionale des comptes une réponse écrite. Dès lors qu'elles ont été adressées dans le délai précité, ces réponses sont jointes au rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs ».



Chambre régionale des comptes Hauts-de-France
14, rue du Marché au Filé – 62012 Arras cedex

Adresse mél. : hautsdefrance@ccomptes.fr

<https://www.ccomptes.fr/fr/crc-hauts-de-france>

DEPARTEMENT DU PAS-DE-CALAIS

Pôle Solidarités
Secrétariat général du Pôle Solidarités

RAPPORT N°10

CONSEIL DEPARTEMENTAL

REUNION DU 30 MARS 2026

COMMUNICATION DU RAPPORT DÉFINITIF D'ÉVALUATION DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE DE LA CHAMBRE RÉGIONALE DES COMPTES, ET DE LA RÉPONSE APPORTÉE

Sur la saisine du Président du Conseil Départemental, la Chambre Régionale des Comptes (CRC) des Hauts de France a réalisé une évaluation de la politique publique d'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées du Pas-de-Calais, portant plus particulièrement sur l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile. Il convient de préciser que notre département a été le premier en France à se saisir de cette question qui soulève de nombreuses interrogations au regard du vieillissement structurel de la population dans notre pays.

L'objet de la saisine était l'évaluation du coût du modèle d'intervention de l'APA, en examinant la cohérence des actions, l'efficacité des modes d'intervention, et la soutenabilité des modèles économiques. Des questions clés incluaient :

- La cohérence des objectifs nationaux et locaux,
- L'efficacité des prestations fournies et leur impact sur la qualité de vie des bénéficiaires,
- La viabilité économique des acteurs, notamment associatifs, dans un contexte de financement contraint.

Le rapport définitif a été rendu et transmis au département le 26 février 2026. Il a fait l'objet d'une réponse du Président du Conseil départemental. Le rapport ainsi que la réponse apportée doivent désormais être présentés lors de l'assemblée délibérante la plus proche de la transmission par la chambre.

Conformément aux dispositions de l'article R. 245-2-11 du Code des juridictions financières, ce rapport pourra être publié et communiqué aux tiers en faisant la

demande, dans les conditions fixées par le Code des relations entre le public et l'administration.

Le rapport définitif d'évaluation et la réponse seront également transmis par la chambre régionale des comptes au représentant de l'État dans la région, en application des dispositions de l'article R. 245-2-12 du code précité.

Il convient de statuer sur cette affaire et le cas échéant, de me donner acte de la présentation au Conseil départemental, du rapport définitif d'évaluation joint en annexe.

Je vous prie de bien vouloir en délibérer.

Le Président du Conseil départemental

SIGNE

Jean-Claude LEROY