



**ETUDE SUR L'UTILISATION PARTIELLE
OU LA NON UTILISATION DE L'AIDE ACCORDEE
AU TRAVERS DE L'APA A DOMICILE**

Mai – Septembre 2014

Octobre 2014

Dr Bernard LEDÉSERT, *Directeur technique d'études*

Valérie DESMARTIN BELARBI, *Conseillère technique*

Nathalie MARTINEZ, *Conseillère technique*

Hafid BOULAHTOUF, *Assistant d'études*

SOMMAIRE

1. Contexte de l'étude et méthode	7
1.1 Objectif.....	10
1.2 Méthode.....	10
1.3 Etat de l'art.....	14
2. Description de la base des allocataires APA à domicile	17
2.1 Population étudiée.....	17
2.2 Analyse des taux d'utilisation des heures accordées.....	19
2.3 Une analyse multi variée.....	21
2.3.1 Analyse portant sur le nombre moyen d'heures accordées par mois.....	21
2.3.2 Analyse portant sur le nombre moyen d'heures payées (par trimestre).....	22
2.3.3 Analyse portant sur le taux d'utilisation des heures	23
2.3.4 Pistes pour l'analyse	24
2.3.5 Prise en compte du critère : date du dernier plan d'aide.....	24
3. Enquête en population.....	26
3.1 Taux de réponse à l'enquête.....	26
3.2 Description et comparaison des trois groupes de consommateurs	27
3.2.1 Le remplissage du questionnaire : la personne elle-même et/ou un membre de sa famille.....	27
3.2.2 La répartition par sexe : représentativité des femmes	28
3.2.3 La répartition par tranche d'âge : une population âgée.....	28
3.2.4 Le mode de vie : un vieillissement qui se vit seul	29
3.2.5 La rareté de l'accueil temporaire dans un établissement pour personnes âgées	30
3.3 La mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).....	30
3.3.1 Un niveau de perte d'autonomie connu par les bénéficiaires	30
3.3.2 Le niveau de perte d'autonomie : une majorité de GIR 4	31
3.3.3 A l'origine de la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie : un membre de la famille.....	32
3.3.4 Un nombre moyen de 26 heures mensuelles attribuées	32
3.3.5 Le moment d'utilisation de l'APA : de jour et en semaine	34
3.3.6 Un faible financement personnel d'interventions supplémentaires.....	34
3.3.7 Une connaissance relative du taux de participation	35
3.3.8 Une participation financière restant à charge des bénéficiaires jugée trop importante.....	36
3.3.9 La perception du nombre d'heures attribuées par semaine	36
3.3.10 La mise en place de la demande d'APA : une démarche assez facile.....	38

3.3.11 La visite d'évaluation du plan d'aide avec la structure d'aide à domicile jugée assez facile	38
3.3.12 Une négociation du plan d'aide avec la structure d'aide à domicile perçue comme assez satisfaisante	39
3.3.13 L'utilisation pressentie de l'APA : prévalence du ménage.....	39
3.4 Utilisation actuelle des services d'aide à domicile.....	40
3.4.1 Huit personnes sur dix indiquent utiliser toutes les heures prescrites	40
3.4.2 L'utilisation partielle de l'APA.....	41
3.4.3 En moyenne deux intervenants à domicile	42
3.4.4 Un service d'aide à domicile trouvé plutôt facilement	43
3.4.5 Des aides proposées par les services correspondant aux attentes et besoins des personnes.....	44
3.4.6 La possibilité de révision du plan d'aide connue des bénéficiaires.....	44
3.4.7 Des tâches à effectuer négociées avec les personnes intervenant à domicile .	45
3.4.8 L'utilisation actuelle de l'APA : la primauté des tâches de ménage	46
3.4.9 Des personnes satisfaites de la qualité du travail fourni à domicile	47
3.4.10 Les raisons de la faible ou non utilisation des heures prescrites lors de la signature du plan d'aide	48
3.4.11 En dehors de l'APA, d'autres personnes interviennent au domicile des personnes âgées.....	49
3.4.12 Les types d'intervenants à domicile : la place de l'infirmier	50
3.4.13 Des recours à d'autres personnes pour des aides ponctuelles	51
3.5 Analyse d'une population de sous-consommateurs auto déclarés.....	55
3.5.1 Les utilisateurs	55
3.5.2 Des hommes moins consommateurs	55
3.5.3 Un mode de vie davantage en faveur du couple.....	56
3.5.4 Une meilleure connaissance du niveau de perte d'autonomie.....	57
3.5.5 Une moins bonne connaissance du taux de participation	57
3.5.6 Le poids de la participation financière restant à charge	58
3.6 Les résultats de la partie qualitative de l'enquête auprès des bénéficiaires.....	61
4. Les entretiens auprès des usagers.....	69
a. Les attentes	69
b. La demande d'APA	70
c. Le vécu autour de la procédure de demande d'APA et de mise en place du plan d'aide.....	71
d. Le choix du service à domicile	71
e. Les raisons de la sous-utilisation des heures prescrites.....	73
f. Les qualités attendues de l'aide à domicile.....	74

5. Concertations avec les professionnels du secteur	75
5.1 Concertation avec les professionnels des Unités Territoriales d'Action Gérontologique (UTAG)	75
a. Sur la perception du non recours ou du recours partiel à l'APA.....	75
b. Sur la mise en place du plan d'aide	76
c. Comment les personnes âgées choisissent le service à domicile ?.....	77
d. A propos des services d'aide à domicile eux-mêmes.....	77
e. La révision du plan d'aide et les motifs invoqués.....	79
f. Des manques évoqués par les UTAG.....	80
g. Des propositions pour améliorer le système actuel.....	81
5.2 Concertation avec les responsables des services à domicile autorisés	83
a. Sur la perception du non recours ou du recours partiel à l'APA.....	83
b. Sur la mise en place du plan d'aide	84
c. Les difficultés rencontrées à domicile	85
d. Comment les personnes âgées choisissent le service à domicile ?.....	86
e. Des manques évoqués par les SAAD	86
f. Des propositions pour améliorer le système actuel.....	87
6 Synthèse et discussion	91
6.1 La question de l'évaluation des besoins par le prescripteur et la réponse par le plan d'aide.....	93
6.2 Le positionnement, les attentes et les contraintes des services d'aide à domicile autorisés par le département dans un environnement juridique et tarifaire « ouvert »	94
6.3 La réalité des perceptions, des besoins et des attentes des bénéficiaires vis-à-vis de l'APA	95
7. Table des illustrations	96
Annexes	98
1- Tableaux des régressions	98
2- Liste des participants aux concertations (UTAG et SAAD autorisés par le Conseil général 34).....	101
3- Bibliographie « non-recours APA »	102

1. CONTEXTE DE L'ETUDE ET METHODE

Selon les termes de la loi du 20 juillet 2001, l'allocation personnalisée d'autonomie (ou APA) est une allocation destinée à « *toute personne âgée d'au moins 60 ans résidant régulièrement en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie lié à son état physique ou mental* ».

Ce dispositif cible aussi bien les personnes âgées à domicile que celles en établissement.

Pour pouvoir en bénéficier, les personnes concernées doivent en effectuer la demande auprès des services du Conseil général. Leur perte d'autonomie est alors évaluée par l'équipe médicosociale du Conseil général. L'outil utilisé pour cette évaluation est la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) qui permet de regrouper les personnes âgées en six groupes selon leur niveau de dépendance. Les personnes du groupe 1 présentent le niveau de dépendance et le besoin d'aide les plus élevés et les personnes du groupe 6 les moins élevés. Les personnes appartenant aux groupes iso-ressources (GIR) 1 à 4 se voient attribuer l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA). Le plus souvent, il s'agit, au travers d'un plan d'aide, de la prescription d'un volume d'heures d'intervention de services d'aide à domicile pour aider à entretenir le logement, préparer et aider aux repas, aider à la toilette, apporter des soins légers, accompagner dans les actes usuels de la vie quotidienne.

Depuis l'entrée en vigueur de cette allocation le 1^{er} janvier 2002, les Conseils généraux qui en ont la charge font le constat qu'une partie de la population qui pourrait en bénéficier n'y a pas (ou que partiellement) recours. Lorsque cette question du non-recours à l'APA est posée, deux aspects peuvent être étudiés :

- d'une part, le non accès au dispositif de l'APA lui-même par des personnes pouvant y être éligibles par défaut de connaissance ou par non adhésion au dispositif ;
- d'autre part, une fois l'allocation accordée cela peut se traduire par une utilisation partielle, voire une non utilisation, des heures prescrites pour l'intervention des services d'aide à domicile (SAAD).

Si la question du non accès au dispositif par défaut de connaissance ou non adhésion à celui-ci a déjà fait l'objet de travaux notamment dans le cadre plus large du non recours aux droits sociaux^{1 2 3}, la question de la non utilisation ou de l'utilisation partielle de l'aide prescrite est beaucoup moins documentée (cf § 1.3).

¹ Warin PH, « Le non-recours aux droits », *Sociologies* [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 15 novembre 2012, URL : <http://sociologies.revues.org/4103>

² Gucher C., Alvarez S., Chauveaud C., Gallet MA., Laforgue D., Vial B., Warin Ph. Non recours et non adhésion : la disjonction des notions de « qualité de vie » et « qualité de l'aide à domicile ». Rapport de recherche. Pacte, Université de Grenoble, Université de Savoie, Centre pluridisciplinaire de gérontologie, Odenore. Juin 2011. 293p.

Face à l'importance de ce phénomène et à son impact sur le niveau d'activité des services d'aide à domicile et dans sa volonté d'améliorer l'accès aux aides sociales de la population, le Conseil général de l'Hérault a sollicité le CREAI-ORS Languedoc-Roussillon pour mener à bien une étude sur l'utilisation partielle ou la non utilisation de l'aide accordée au travers de l'APA à domicile.

Encadré 1 : Modalités de mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile

- **Les trois modes d'intervention possibles** (cité in, CREAI de Bourgogne. Rapport d'étude sur les SAAD auprès des personnes âgées en Côte d'Or- juillet 2011) :

a) Le mode prestataire : le service prestataire est l'employeur de l'aide à domicile. Il fournit une prestation de service que la personne âgée paye sur facture à partir du contrat établi. Ce règlement porte sur tout ou partie de la prestation selon que la personne bénéficie du tiers payant (choix ou non du versement direct de l'APA au service). Ce mode d'intervention présente plusieurs avantages, notamment le fait que les aides à domicile sont encadrées, en principe formées, remplacées en cas d'absence. En outre, en cas d'hospitalisation ou de décès de la personne âgée, la facturation s'arrête automatiquement.

b) Le mode mandataire : ce mode d'intervention créé par la Loi Seguin en 1987 fait de la personne âgée l'employeur de l'aide à domicile, mais celle-ci mandate un organisme qui va réaliser à sa place certaines obligations administratives comme le recrutement de l'aide à domicile, son immatriculation et la déclaration des cotisations à l'URSSAF, l'établissement de la fiche de paye... Dans ce mode d'intervention, la personne âgée a le choix de son intervenant à domicile mais doit assumer les responsabilités d'un employeur (gérer les absences de l'intervenant, régler des indemnités en cas de rupture de contrat...). Elle est épaulée pour cela par le service mandataire.

c) Le gré-à-gré (ou emploi direct) : la personne âgée est l'employeur de l'aide à domicile et doit exercer toutes les prérogatives d'un employeur. En cas de recours au CESU possible depuis la loi Borloo, certaines de ces démarches administratives sont simplifiées mais les obligations liées au statut d'employeur ne changent pas. Dans le cadre de l'APA, la personne âgée peut salarier un membre de sa famille (excepté le conjoint, concubin ou la personne ayant conclu un pacte civil de solidarité).

- **Les deux régimes tarifaires possibles** (cité in, Rapport B. Poletti. Aide à domicile- Janvier 2012) :

Les services d'aide à domicile (SAAD) peuvent, d'un point de vue tarifaire, relever de deux régimes différents selon qu'ils sont **autorisés** (articles L. 313-1 et suivants du CASF) ou **agréés** (article L. 7231-1 du Code du travail).

³ Chauveaud C., Warin Ph. Des personnes âgées hors leurs droits. Non recours subi ou volontaire. Rencontres avec des assistantes sociales. Etudes n° 11, ODENORE, Grenoble, Mars 2005, 10p.

- ✓ S'agissant des **SAAD autorisés**, les tarifs sont déterminés par le président du Conseil général sur la base de l'approbation des dépenses de personnels (selon leur niveau de qualification) et de structure (articles R. 314-132 et suivants du CASF), ces deux ensembles donnant un coût horaire de structure (1° de l'article R. 314-133 du CASF) auquel est ajouté un coût horaire de coordination, d'encadrement et de soutien (2° de l'article R. 314-133 du CASF). Le coût horaire d'intervention ou de structure est calculé sur la base du nombre d'heures d'intervention de tous les personnels visés aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 314-130 du CASF, chaque catégorie de personnel donnant lieu à un tarif différent. Ce système de tarification repose sur un dialogue budgétaire itératif entre le Conseil général et les services d'aide à domicile dans le cadre d'une procédure contradictoire, durant laquelle les gestionnaires de SAAD proposent un ensemble de dépenses que le président du Conseil général doit approuver ou rejeter pour tarifier. Cette tarification tient compte des conventions collectives applicables au secteur et de la reprise des résultats des exercices antérieurs. Toutefois, l'article R. 314-135 du CASF prévoit que par voie conventionnelle, le Conseil général peut verser une dotation globale aux SAAD. Cette procédure budgétaire annuelle part des charges et produits constatés en N-1 par rapport à l'année de référence de la tarification et peut prévoir la reprise des déficits et des excédents, après affectation du résultat par l'autorité de tarification.
- ✓ S'agissant des **SAAD agréés**, leur tarification est libre, l'évolution des tarifs des prestations se trouvant encadrée par un arrêté annuel du ministre de l'économie et des finances (article L. 347-1 du CASF). Ces services ne sont pas connus des Conseils généraux s'agissant des modalités financières qu'ils développent, puisqu'ils sont financés de façon indirecte par le biais d'un tarif de valorisation des plans d'aide APA ou PCH.
Enfin, la réglementation actuelle ne permet pas de lier la procédure de tarification aux modalités de valorisation de l'allocation personnalisée d'autonomie, ce qui a pour conséquence un chevauchement de deux logiques, celle de l'APA et de la compensation des besoins des usagers en fonction de leur niveau de dépendance quels que soient leur situation, leur choix de prestataire, et celle de la tarification qui prône une compensation des coûts de revient du service, déterminés par la procédure budgétaire, par des financements publics.

1.1 Objectif

L'objectif principal de cette étude est de **décrire et caractériser la non-utilisation ou la sous-utilisation de l'aide personnalisée d'autonomie par les personnes âgées à domicile dans l'Hérault.**

Les données collectées par le biais d'une enquête en population d'une part, les éléments recueillis lors de concertations auprès des acteurs du secteur (les prescripteurs des plans d'aide que sont les travailleurs médicosociaux des UTAG et les responsables des services d'aide à domicile autorisés par le département de l'Hérault) d'autre part, complétées par quelques entretiens auprès des bénéficiaires de l'APA, permettront de faire émerger des pistes d'explication sur cette non ou sous-utilisation de l'APA et de faire des propositions pour faciliter le recours (versant utilisation) à cette allocation.

1.2 Méthode

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive alliant une approche par questionnaire et une approche par entretien semi-directif. Cette étude est complétée, en amont, d'une recherche de travaux ayant pu être réalisés en France sur des questions similaires, en particulier dans le réseau national des CREAI et celui des ORS.

Nous avons également proposé que l'objet de cette étude et les premiers résultats issus de l'enquête fassent l'objet d'un travail de concertation avec les acteurs de l'aide à domicile (les services prestataires d'aide à domicile autorisés par le département) et avec les services du Conseil général en charge de l'instruction des demandes d'aide et de l'élaboration des plans d'aide (unités territoriales d'action gérontologique – UTAG).

Le travail qui a été réalisé s'articule autour de quatre temps précédés d'une phase liminaire :

En phase liminaire : une mobilisation du réseau des CREAI et des ORS pour identifier des travaux similaires ayant pu être réalisés en France, complétée par une recherche bibliographique.

1^{er} temps : Analyse de la base des allocataires APA transmise par le CG du point de vue du taux d'utilisation des heures accordées en lien avec les caractéristiques de sexe, d'âge, de GIR, de territoire (agences et UTAG) et de niveau de participation (reste à charge par rapport au tarif de références du Conseil général) de la population concernée.

2^e temps : Réalisation d'une enquête postale. Cette enquête par auto-questionnaire postal auprès d'un échantillon de bénéficiaires de l'APA a été mise en œuvre selon les étapes suivantes :

- ✓ L'élaboration d'un questionnaire court ;
- ✓ La préparation de l'échantillon des personnes à interroger à partir des bénéficiaires ayant un plan d'aide valide au cours du dernier trimestre 2013. Trois groupes de destinataires du questionnaire ont été identifiés :
 - ✓ les personnes utilisant la totalité ou la quasi-totalité des heures prescrites ;
 - ✓ celles les utilisant partiellement ;
 - ✓ et celles ne les utilisant pas ou pratiquement pas.

Dans chacun des groupes, une attention a été portée pour assurer la représentativité par **âge, par niveau de GIR et par territoire** des personnes interrogées.

Un échantillon de 4 000 personnes à interroger a été constitué (cf encadré 3) de façon à disposer d'un échantillon de réponses à analyser de 2 000 questionnaires sous l'hypothèse d'un taux de réponse de 50 %.

- ✓ L'envoi des questionnaires avec courrier d'accompagnement et enveloppe T pour un retour direct au CREA-ORS effectué par le Conseil général de l'Hérault le 25 avril 2014 ;
- ✓ Une saisie de l'ensemble des questionnaires reçus jusqu'au 7 mai ;
- ✓ Une procédure de redressement avant l'analyse des résultats permettant de travailler sur un échantillon représentatif de la population étudiée du point de vue du GIR, du sexe, de l'âge et du taux d'utilisation de l'APA (cf encadré 4) ;
- ✓ L'analyse du fichier de données ainsi constitué avec le logiciel SPHINX.

Encadré 2 : Les niveaux de perte d'autonomie à travers les groupes iso-ressources

GIR 1 : les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

GIR 2 : les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ou celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices.

GIR 3 : les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

GIR 4 : les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui une fois levées peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. Et les personnes qui n'ont pas de problème pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que les repas.

GIR 5 et GIR 6 : les personnes peu ou pas dépendantes.

Seules les personnes relevant des GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA.

Encadré 3 : Constitution de l'échantillon des personnes à interroger

La préparation du fichier des personnes à interroger pour constituer l'échantillon des bénéficiaires enquêtés à partir de la base anonymisée des bénéficiaires de l'APA à domicile s'est déroulée en plusieurs phases.

En premier lieu, le taux d'utilisation de l'APA a été calculé en rapportant le nombre d'heures payées au titre des trois derniers mois de l'année 2013 (aussi bien les jours ouvrables que les dimanches et fêtes) au nombre d'heures accordées sur la même période.

En se basant sur les travaux réalisés dans l'Isère par l'Observatoire des non recours aux droits et services, le seuil de 81 % d'utilisation des heures accordées a été repris : au-dessous de ce seuil, la population des bénéficiaires de l'APA peut être qualifiée de sous consommatrice. Cette catégorie a ensuite été segmentée en deux, aboutissant à l'identification de trois groupes de bénéficiaires selon le niveau d'utilisation des heures accordées dans le cadre de l'APA :

- entre 0 et 14 % des heures du plan d'aide utilisées, on isole un groupe d'environ 17 % de la population totale des bénéficiaires : nous l'appellerons le groupe des non utilisateurs (groupe A) ;
- entre 15 % et 80 % des heures utilisées, on isole un groupe d'environ un quart de l'effectif : nous l'appellerons le groupe des utilisateurs partiels (groupe B) ;
- le groupe des utilisateurs (groupe C) est caractérisé par une utilisation de plus de 80 % des heures définies dans le plan d'aide.

Dans chacun de ces trois groupes, les individus ont été triés par commune de résidence et au sein de chaque commune par âge puis par sexe, afin de s'assurer d'une bonne distribution des personnes tirées au sort selon ces trois critères.

Une procédure de tirage au sort séquentiel a été ensuite mise en œuvre dans chacun des trois groupes (A, B ou C), le but étant d'obtenir des groupes de personnes interrogées de taille similaire. Ainsi, dans le groupe A, une personne sur trois a été tirée au sort, dans le groupe B, c'est une personne sur quatre et dans le groupe C une personne sur six. L'échantillon ainsi tiré au sort dans le groupe A étant inférieur à celui espéré, un tirage au sort complémentaire d'une personne sur onze a été effectué.

Au total, l'échantillon des personnes à interroger était constitué de 4 103 individus :

- groupe A : 1 337 sujets sur 3 394 soit un taux de sondage de 0,394 ;
- groupe B : 1 353 sujets sur 5 415 soit un taux de sondage de 0,250 ;
- groupe C : 1 413 sujets sur 11 306 soit un taux de sondage de 0,125.

Encadré 4 : Procédure de pondération

À l'issue de l'enquête, il est apparu que les taux de réponses des personnes interrogées variaient selon les trois groupes définis sur le taux d'utilisation. De plus, des différences de taux de réponses étaient notées par GIR et par âge. Ces différences de taux de réponses entraînent une sous-représentation de certains groupes dans l'échantillon des réponses reçues : les personnes du groupe A sont sous représentées par rapport à celles du groupe B ou du groupe C, les personnes les plus dépendantes (GIR1) sont sous représentées par rapport aux moins dépendantes, les personnes les plus âgées sont sous représentées par rapport aux plus jeunes.

Pour obtenir un échantillon analysé qui corrige ces différences, une procédure de redressement de l'échantillon a donc été mise en place. Elle s'est basée sur trois critères : le taux d'utilisation de l'APA (groupe A, B ou C), le GIR et l'âge. Selon ces trois critères, un poids a été affecté à chacune des réponses obtenues de manière à ce que lors de l'analyse, ces réponses soient représentées de la même manière que dans la base de données initiale (formée par la totalité de la population des bénéficiaires de l'APA à domicile).

Par exemple, les personnes de 85 à 89 ans, de GIR 4 et du groupe A représentaient 2,21 % de la population initiale des bénéficiaires de l'APA ; comme les réponses correspondant aux mêmes caractéristiques représentaient 2,94 % des questionnaires reçus, un poids de 0,7522 ($2,21/2,94$) leur a été affecté dans l'échantillon analysé.

Au niveau de la présentation des résultats, la pondération faisant apparaître des effectifs avec des décimales, des arrondis ont été appliqués. De ce fait, les totaux apparaissant en ligne ou en colonne dans les tableaux peuvent parfois différer de la somme des effectifs par ligne ou par colonne.

3^e temps : Cette enquête postale est complétée par une enquête par entretien semi directif réalisée par le CREAI-ORS auprès de six personnes âgées sollicitées directement par le Conseil général de l'Hérault et volontaires : elles ont toutes en commun le fait d'être un utilisateur partiel du plan d'aide. Afin d'assurer une diversité des réponses, ces six entretiens ont été réalisés sur des territoires relevant de trois UTAG différentes. Les personnes interrogées relevaient pour l'essentiel du GIR 4.

4^e temps : Concertations avec les acteurs : travailleurs médicosociaux d'UTAG et responsables des SAAD autorisés

Une concertation d'une part avec les services d'aide à domicile autorisés (au nombre de 28), d'autre part avec les UTAG (au nombre de 4). Deux réunions ont été organisées à chaque fois : la première réunion a permis de recueillir la perception que ces acteurs ont de l'utilisation partielle ou de la non utilisation de l'aide accordée. La deuxième réunion a permis d'identifier et de prioriser des pistes d'action pour réduire cette utilisation limitée ou cette non utilisation de l'aide prescrite et de présenter les premiers éléments d'analyse de la base et ceux recueillis au cours de l'enquête postale et des entretiens.

Compte-tenu du nombre élevé de services d'aide à domicile, les réunions pour ce groupe ont été dédoublées. Dix-sept SAAD sur 28 se sont mobilisés.

1.3 Etat de l'art

Si le sujet que nous traitons n'a pas encore fait l'objet de nombreux travaux, nous mesurons qu'il est toutefois au cœur de l'actualité du secteur des services à domicile confrontés à une dégradation de leur situation financière. Celle-ci menace, dans certains cas, leur pérennité. C'est l'angle d'approche du rapport demandé par la Commission des affaires sociales de Sénat aux sénateurs Jean-Marie VANLERENBERGHE et Dominique WATRIN⁴, et dont la parution est concomitante avec le développement de notre étude (juin 2014). Ces auteurs abordent trois points principaux en avançant, pour chacun d'eux, des propositions :

- 1- **Refonder l'environnement juridique et tarifaire des services à domicile**, en proposant entre autres, de *substituer au double régime de l'autorisation et de l'agrément un seul système d'autorisation rénové* ;
- 2- **Améliorer les conditions de travail et de rémunération des salariés des services et rendre plus attractif le secteur de l'aide à domicile**, en proposant entre autres, de *renforcer les dispositions relatives aux conditions de travail dans les cahiers des charges applicables aux services d'aide à domicile* ;
- 3- **Renforcer le soutien de l'Etat et accélérer les efforts de mutualisation et de modernisation** en proposant entre autres, de *renforcer durablement la participation de l'Etat dans le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) afin d'assurer la solvabilisation et la qualité des interventions des structures d'aide à domicile*.

⁴ VANLERENBERGHE JM., WATRIN D. L'aide à domicile auprès des publics fragiles : un système à bout de souffle à réformer d'urgence. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales , Sénat, Rapport du Sénat, n° 575, 2014-06, 82 p.

Un travail de « recherche-évaluation » mené en région Midi-Pyrénées⁵ se rapproche de notre sujet d'étude dans la mesure où il s'intéresse, à la demande de la direction des Personnes âgées du Conseil général de la Haute-Garonne, à la qualité de mise en œuvre de l'APA à l'échelon départemental. Pour l'équipe de recherche réunie autour de l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées et de l'Inserm, il s'agit de préciser les critères de qualité au regard des attendus initiaux : « *assurer le soutien à domicile aux PH âgées ; préserver ou restaurer l'autonomie de la personne dans l'exercice des activités de la vie quotidienne ; maintenir ou développer les relations et activités sociales des personnes.* »

Dans la première phase de leur travail qui en compte quatre sur un modèle analogue à notre travail (analyse de la base APA, enquête par questionnaires auprès de 1 500 bénéficiaires, étude qualitative de type monographique et phase transversale d'échanges de partage de résultats avec les services compétents), les auteurs procèdent à **l'analyse de la base départementale des bénéficiaires de l'APA à domicile en Haute-Garonne**. Ce travail permet de préciser entre autres, le dispositif financier et **les facteurs influant sur les plans d'aide incomplètement utilisés (les indus)**.

« *Certaines situations d'indus (cas de figure où une partie plus ou moins importante des sommes allouées ne sont pas utilisées et doivent être reversées à l'administration) ont fait l'objet d'une attention particulière dans la mesure où les gestionnaires de l'APA s'interrogeaient eux-mêmes sur les sens à donner à leur fréquence, et sur les éventuels dysfonctionnements qu'elles pouvaient révéler. Les résultats des deux phases de la recherche ont permis de lever en partie le voile* ».

Tableau 1. Principaux déterminants des situations d'indus % (extrait du rapport p. 72)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non-remplacement de l'aide à domicile (27,5 %) ▪ Service non rendu (absences ponctuelles de l'aide à domicile) (27,5 %) ▪ Hospitalisation du bénéficiaire (19,9 %) ▪ Absence du bénéficiaire (vacances...) (11,5 %) ▪ Incompréhension des obligations liées à la mise en place du plan d'aide (déclaration du salarié gré à gré...) (9,9 %) ▪ Réticences, refus du bénéficiaire, ou de l'aidant(e) par « naturalisation » de la relation (6,8 %) ▪ Besoin d'aide administrative pour remplir les documents nécessaires à la rémunération de l'aide à domicile (3,8 %) ▪ Le bénéficiaire n'a pas compris qu'il devait participer financièrement (ou n'a pas voulu participer) (1,5 %) ▪ Incompatibilité avec le service d'aide, insatisfaction par rapport à (aux) intervenant(s) (1,5 %) ▪ Autres (29,9 %)

⁵ MANTOVANIJ., GARNUNG M., CAYLA F. (et al.), Qualité de mise en œuvre de l'APA à domicile : positionnements des gestionnaires, professionnels et bénéficiaires, pour une approche croisée de la qualité, ORSMIP, INSERM, 2011-05, 121p.

Autour de l'ODENORE, Observatoire Rhône-alpin des non-recours aux droits et services, et de son responsable directeur de recherche au CNRS, Philippe Warin, différents travaux depuis plusieurs années s'intéressent à la question de l'APA dans la sous-utilisation des plans d'aide, sur les questions d'adhésion aux services rendus. Un rapport d'étude, réalisée dans le cadre du Master d'Hélène Nguyen⁶ en 2006, avait pour objet **l'analyse de la sous-utilisation des heures prestataires préconisées dans certains plans d'aide APA du département de l'Isère**. Questionnant l'efficacité du dispositif et plus précisément la qualité des réponses apportées aux besoins des personnes âgées bénéficiaires de l'APA à domicile, elle aboutit à mettre en exergue les éléments suivants :

- **la charge de travail des référents sociaux des équipes médicosociales (EMS) évaluant les besoins ne permet pas le suivi de tous les plans d'aide ;**
- **une fonction de contrôle de la qualité des prestations est à renforcer ;**
- **les SAAD n'ont pas assez de personnel pour répondre à la demande des personnes âgées ;**
- **les créneaux horaires d'intervention souhaités par les EMS sont parfois inadaptés aux types de services disponibles sur le territoire ;**
- **les responsables des SAAD connaissent des difficultés à recruter du personnel qualifié ;**
- **certaines PA minimisent leur handicap et veulent garder leur indépendance ;**
- **l'intervention d'une aide à domicile peut provoquer du désordre dans les relations familiales ;**
- **il peut y avoir un décalage entre le rôle de l'aide à domicile et ce qu'en attend la personne âgée.**

L'ODENORE a ainsi travaillé à une typologie du non-recours à l'APA⁷ à partir de la typologie explicative de non recours aux droits et services (ODENORE, 2011) : trois formes de non recours sont identifiées : **la non connaissance du dispositif ou de son mode d'accès** par un déficit d'information ; **la non demande par une personne éligible et informée** mais qui ne demande pas l'APA par choix ou par contrainte ; et la troisième forme qui fait l'objet de notre étude qui est la **non réception** : une personne demande mais ne reçoit rien ou n'utilise que partiellement les heures du fait : d'un abandon de sa demande (hors champ de notre étude) ; du non recours qui trouve ses racines dans les manques perçus du service prestataire et une contradiction entre les modalités de fonctionnement du service et les attentes des personnes âgées.

⁶ NGUYEN H. Les personnes âgées et l'allocation personnalisée d'autonomie. Analyse de la sous-utilisation des heures prestataires préconisées dans certains plans d'aide APA, Sciences Po Grenoble, 2006, 57 p.

⁷ ALVAREZ S., CHAVEAUD C., GALLET MA. (et al.). Non-recours et non adhésion : la disjonction des notions de "qualité de vie" et "qualité de l'aide à domicile", CPDG, ODENORE, PACTE, UPMF, Université de Savoie, Etude n° 37, 2011-05, 139 p.

2. DESCRIPTION DE LA BASE DES ALLOCATAIRES APA A DOMICILE

Pour constituer la base des personnes à interroger dans le cadre de l'enquête en population réalisée pour cette étude, nous avons eu accès à la base anonymisée des bénéficiaires de l'APA. L'analyse de cette base faisant apparaître des résultats intéressants pour aborder la problématique de la sous utilisation ou de la non utilisation de l'APA, les résultats de celle-ci ont été intégrés dans le présent rapport.

2.1 Population étudiée

Au niveau des bases de données du Conseil général, le détail des heures utilisées n'est disponible que pour les personnes bénéficiant du tiers payant (cf encadré 1). Il s'agit donc des personnes utilisant des services prestataires à domicile.

Au 31 décembre 2013, 20 115 personnes âgées de plus de 60 ans vivant à leur domicile ont un droit ouvert à l'APA avec un plan d'aide valide sur le dernier trimestre 2013 et ayant recours à un service prestataire d'aide à domicile. Parmi celles-ci, on compte 73,6 % des femmes et 26,4 % des hommes. Les personnes âgées de moins de 70 ans représentent 5,9 % de l'ensemble ; une personne sur cinq (19,7 %) a entre 70 et 79 ans ; une sur deux (50,3 %) est âgée de 80 à 89 ans et les personnes âgées de 90 ans et plus représentent près du quart de la population (24,1 %).

La répartition par niveau de dépendance évalué avec la grille AGGIR est la suivante :

- en GIR1 : 2,1 % de cette population ;
- en GIR2 : 14,5 % ;
- en GIR3 : 25,1 % ;
- en GIR4 : 58,3 %.

La répartition des allocataires sur le territoire départemental peut être observée par agences départementales de la solidarité (ADS) : celle de Montpellier Ville en regroupe le plus grand nombre avec 13,0 % des allocataires de l'APA à domicile suivie de l'agence Piscénois-Agathois avec 12,8 % des allocataires ; les agences avec la proportion d'allocataires la moins importante sont Pic St Loup-Gangeois (2,5 %) et Libron Thongue (2,8 %). Ce regard territorial sur la répartition des allocataires est disponible par unités territoriales d'action gérontologique (UTAG) avec pour l'Est Héraultais 33,6 % des allocataires, pour l'UTAG Piémont Biterrois 29,2 % des allocataires de l'APA ; celle des Cités maritimes regroupe près du quart des allocataires de l'APA (22,4 %) et celle du Cœur Hérault 14,8 %.

En moyenne et par bénéficiaire ce sont 26,4 heures qui sont accordées par mois (écart type⁸ 12,6 heures). Parallèlement, on observe que 6,5 % des allocataires de l'APA à domicile ont des heures prescrites le dimanche et les jours fériés.

Une des caractéristiques qui ressort quand on étudie les moyennes d'heures accordées, c'est la grande dispersion des situations individuelles et donc des valeurs autour de la moyenne. Malgré cette dispersion, on observe des différences d'heures accordées entre agences de la solidarité, différences significatives d'un point de vue statistique :

- la moyenne la plus haute est observée dans les ADS de l'Etang de l'Or (29,4 h/mois) et Thau Littoral (29,3 h) ;
- à l'opposé, c'est dans les ADS du Sud Biterrois (21,4 h) et du Piémont Biterrois (22,7 h) que le nombre moyen d'heures accordées est le plus bas.

Des différences de nombre moyen d'heures accordées existent aussi entre UTAG, différences significatives d'un point de vue statistique :

- Cités maritimes : 28,1 h/mois (écart type : 12,9 h)
- Est Héraultais : 27,9 h/mois (écart type : 13,0 h)
- Cœur d'Hérault : 26,5 h/mois (écart type : 12,3 h)
- Piémont Biterrois : 23,3 h/mois (écart type : 11,6 h)

L'analyse des heures accordées permet de mettre en évidence que plus d'heures sont accordées aux femmes, aux personnes les plus dépendantes (GIR 1) et aux personnes les plus âgées (90 ans et plus). De plus, on constate que le nombre d'heures accordées augmente avec l'âge et diminue avec le coefficient de participation de l'utilisateur (calcul sur la base du tarif conventionné du Conseil général de l'Hérault).

Quand on analyse les heures accordées, les heures utilisées et, en corolaire, celles qui ne sont pas utilisées, on constate comme le montre le tableau ci-dessous que, proportionnellement à leur poids dans la population des allocataires, ce sont les GIR 1 et 2 qui sous utilisent le plus les heures accordées. Cependant, du fait de leur poids parmi l'ensemble des bénéficiaires, la majorité des heures non utilisées concerne des GIR 4.

⁸ L'écart-type est une mesure statistique de la dispersion des valeurs autour d'une moyenne : plus l'écart-type est élevé et se rapproche (ou dépasse) la moyenne, plus les valeurs observées sont dispersées autour de la moyenne ; à l'opposé, une valeur de l'écart-type faible signifie que la plupart des valeurs observées sont proches de la moyenne.

Tableau 2. Distribution des heures des plans d'aides selon le GIR

GIR	Répartition des allocataires		Heures accordées		Heures utilisées		Heures non utilisées	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	417	2,1	22 761	4,3	14 891	4,1	7 870	4,7
2	2 916	14,5	122 197	23,0	84 020	23,0	38 177	23,0
3	5 058	25,1	155 256	29,2	108 382	29,7	46 874	28,2
4	11 724	58,3	231 233	43,5	158 161	43,3	73 072	44,0

Source : Conseil général 34 : Base des allocataires au 31/12/2013
Exploitation : CREAI-ORS LR

2.2 Analyse des taux d'utilisation des heures accordées

Au niveau de l'utilisation, sur le dernier trimestre 2013, chaque bénéficiaire a consommé en moyenne 18,2 heures par mois (écart type 14,0 heures). Le taux moyen d'utilisation est ainsi de 68,9 %.

En utilisant la segmentation en trois groupes retenue pour l'étude, on peut observer la manière dont se répartissent les allocataires en fonction de leur groupe de consommation du plan d'aide :

- 16,9 % des allocataires de l'APA consomment entre 0 et 14 % des heures prescrites (groupe A) ;
- le 2^e groupe de consommation (groupe B) qui rassemble les personnes utilisant de 15 à 80 % des heures prescrites représente un quart des allocataires (26,9 %) ;
- plus de la moitié des allocataires (56,1 %) sont dans le groupe C qui consomme plus de 80 % des heures prescrites.

Le taux d'utilisation des heures accordées dans le cadre des plans d'aide diffère selon le sexe : au cours du dernier trimestre 2013, les femmes ont utilisé 69,7 % des heures prescrites alors que les hommes en ont utilisé 64,5 %.

Ces différences de taux d'utilisation qui sont significatives d'un point de vue statistique, nous les observons aussi selon les GIR :

- GIR 1 avec le taux d'utilisation le plus bas : 63,6 %
- GIR 2 avec un taux d'utilisation de 67,0 %
- GIR 3 avec le taux d'utilisation le plus élevé : 69,0 %
- GIR 4 avec un taux d'utilisation similaire : 68,5 %

Ces différences de taux d'utilisation existent aussi selon les classes d'âge :

- Les moins de 70 ans ont le taux d'utilisation le plus bas : 63,1 % ;
- entre 70 et 79 ans, il est de 64,9 % ;
- c'est entre 80 et 89 ans qu'on observe le taux d'utilisation le plus élevé : 69,8 % ;
- parmi les 90 ans et plus, il est de 69,4 %.

Quand on regarde en détail les classes d'âge quinquennales, le taux d'utilisation le plus élevé est observé entre 90 et 94 ans avec 70,2 % des heures utilisées ; c'est entre 65 et 69 ans que ce taux est le plus bas (62,3 %).

Des variations du taux d'utilisation existent par territoires, que ce soit appréhendé par agences ou par UTAG : le taux d'utilisation le plus bas est observé sur l'ADS de l'Etang de l'Or (47,7 %) et *a contrario* le taux le plus élevé est celui de Piémont Biterrois (80,6 %).

Par UTAG, l'Est Héraultais (EH) présente le taux d'utilisation le plus bas (62,2 %) alors que Piémont Biterrois (PB) est l'UTAG avec le taux d'utilisation le plus élevé (76,2 %). Nous utiliserons les initiales CH pour l'UTAG Cœur d'Hérault et CM pour celui des Cités Maritimes dans la suite du texte.

Tableau 3. Taux moyen d'utilisation de l'APA par UTAG et par agences de la solidarité de l'Hérault (%)

UTAG	Moyenne	Ecart-type
Est Héraultais	62,2	38,6
Cités Maritimes	64,3	36,3
Cœur d'Hérault	72,8	32,4
Piémont Biterrois	76,2	33,6
Total	68,3	36,3

Agences de la solidarité	Moyenne	Ecart-type
Etang de l'Or	47,8	41,6
Bassin de Thau	61,7	37,5
Montpellier Ville	62,2	38,7
Thau Littoral	64,4	37,0
Lunellois	65,8	37,4
Lez-Salaison	67,3	35,3
Pic St Loup Gangeois	67,5	34,9
Piscénois Agathois	67,8	34,1
Vène et Mosson	68,9	35,8
Béziers Ville	71,1	36,9
Cœur d'Hérault	75,1	31,8
Terrasses d'Orb	75,7	32,2
Sud Biterrois	76,3	32,4
Libron Thongue	80,3	30,9
Piémont Biterrois	80,6	30,2
Total	68,3	36,3

Source : Conseil général 34 : Base des allocataires au 31/12/2013
Exploitation : CREAM-ORS LR

2.3 Une analyse multi variée

Une limite des statistiques descriptives dites univariées (c'est-à-dire étudiant des différences de distribution d'une variable selon un seul facteur) est que, si elles permettent de mettre en évidence les liaisons statistiques entre des variables, elles ne permettent pas de contrôler les effets de structure, qu'ils proviennent des variables sociodémographiques (sexe, âge) ou d'autres facteurs de confusion possibles (GIR, effet de territoire...). Les modèles statistiques d'analyse multivariée permettent justement de prendre en compte de telles situations, en mesurant l'influence d'une variable sur une autre « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire en tenant compte des autres variables introduites dans le modèle. En particulier les modèles de régression permettent ainsi de quantifier avec précision les relations entre variables, tout en contrôlant les effets de structure.

Un modèle de régression linéaire multiple a donc été utilisé pour expliquer le taux d'utilisation des heures APA c'est-à-dire une variable quantitative continue, en fonction de variables quantitatives dites continues (telles que l'âge, le coefficient de participation) et de variables qualitatives dites discontinues (telles que le GIR, l'UTAG, ...).

In fine, le modèle de régression permet de savoir si telle ou telle variable a un effet significatif sur la variable étudiée, indépendamment de l'effet de toutes les autres variables prises en compte dans le modèle : on ne cherche pas à prédire mais à s'assurer qu'une variable et le lien qu'elle entretient avec le phénomène à expliquer n'en médiate pas une autre. Nous utiliserons dans les analyses qui suivent les mêmes variables explicatives : le genre, l'âge, le coefficient de participation, le GIR, l'UTAG et les interventions le dimanche et les jours fériés **pour comprendre les différences d'heures accordées, d'heures utilisées et donc de taux d'utilisation.**

Ci-après sont présentés les principaux enseignements qui peuvent être tirés des différentes analyses réalisées. Le détail des résultats, avec notamment les valeurs des coefficients de régression et le résultat des tests de significativité statistiques, sont présentés en annexe.

2.3.1 Analyse portant sur le nombre moyen d'heures accordées par mois

Les résultats de l'analyse multivariée par régression linéaire multiple montrent que le nombre d'heures accordées est relié de manière significative avec :

- Le genre : on observe un nombre moyen d'heures accordées dans le cadre de l'APA supérieur chez les femmes par rapport aux hommes ;
- Le nombre d'heures accordées est croissant avec l'âge du bénéficiaire ;
- Le nombre d'heures accordées décroît avec l'augmentation du coefficient de participation de l'utilisateur ;
- Par rapport aux personnes relevant du GIR 4, le nombre moyen d'heures accordées est plus élevé pour les personnes relevant du GIR 1, puis du GIR 2, puis du GIR 3 ;

- En prenant comme référence l'UTAG qui présente le nombre moyen d'heures accordées le plus faible (Piémont Biterrois), on observe que, toutes choses égales par ailleurs, le nombre d'heures accordées dans les autres UTAG est significativement plus élevé. C'est avec l'UTAG Cités Maritimes que la différence apparaît la plus nette ;
- En cas de prescription d'heures les dimanches et jours fériés, on observe un nombre moyen d'heures accordées significativement plus élevé que lorsqu'il n'y a pas cette prescription.




On retient donc de cette première analyse multivariée un effet –toutes choses égales par ailleurs - du niveau de dépendance et de la prescription d'heures APA le dimanche et jours fériés sur le nombre moyen d'heures prescrites. L'effet de prescription favorable aux femmes pose la question d'un niveau de demande de leur part supérieur à celui des hommes et au fait qu'elles vivent seules plus souvent. Un effet territorial apparaît au travers de la variable de l'UTAG prescripteur : cela questionne d'une part des effets propres du territoire (sur des éléments autres que ceux déjà pris en compte dans l'analyse) mais aussi d'éventuelles différences de pratiques dans l'évaluation des besoins à partir de la grille AGGIR. Enfin, on constate que plus le taux de participation financière demandé aux bénéficiaires est élevé, moins on prescrit d'heures dans le plan d'aide (toutes choses égales par ailleurs).

2.3.2 Analyse portant sur le nombre moyen d'heures payées (par trimestre)

Si on considère que toutes les heures payées correspondent à des heures utilisées, le nombre d'heures utilisées est lié de manière significative avec :

- Le genre : on observe un nombre moyen d'heures utilisées dans le cadre de l'APA supérieur chez les femmes par rapport aux hommes ;
- Le nombre d'heures utilisées augmente avec l'âge du bénéficiaire ;
- Le nombre d'heures utilisées décroît avec l'augmentation du coefficient de participation de l'utilisateur ;
- En prenant comme référence le GIR 4, on observe un nombre moyen d'heures utilisées supérieur pour les personnes relevant des trois autres groupes iso ressources. L'effet le plus significatif est observé pour les personnes relevant du GIR 1 ;
- Par rapport au territoire de l'UTAG Est Héraultais (où le nombre d'heures utilisées est le plus faible), des différences significatives (toutes choses égales par ailleurs apparaissent pour deux territoires : Cités Maritimes et Cœur d'Hérault. C'est pour ce dernier territoire que la différence est la plus significative. Par contre aucune différence n'est notée entre Piémont Biterrois et Est Héraultais ;


- La prescription d'heures les dimanches et jours fériés est associée à un nombre moyen d'heures utilisées supérieur à ce qui est observé lorsqu'il n'y a pas cette prescription.

 **On retiendra un effet du niveau de dépendance et de la prescription d'heures le dimanche et les jours fériés sur le nombre moyen d'heures consommées par les bénéficiaires ainsi qu'un effet de consommation favorable aux femmes. Les différences entre territoires concernant les heures utilisées sont moins marquées que ce qui était observé pour les heures prescrites (avec notamment deux territoires qui ne se différencient pas entre eux).**

2.3.3 Analyse portant sur le taux d'utilisation des heures

Le taux d'utilisation (rapport entre les heures prescrites/et les heures payées) est relié de manière significative avec :

- le genre : les femmes ont un taux d'utilisation supérieur aux hommes ;
- l'âge : le taux d'utilisation est croissant avec l'âge ;
- le coefficient de participation : le taux d'utilisation décroît avec l'augmentation du coefficient de participation ;
- le GIR : les personnes en GIR 4 ont le taux d'utilisation le plus élevé ; les GIR 3 ne se distinguent pas des GIR 4, par contre les GIR 2 et surtout les GIR 1 ont un taux d'utilisation plus faible que celui des GIR 4 ;
- en retenant en référence l'UTAG qui présente le taux d'utilisation moyen le plus faible soit Est Héraultais, on constate que des taux d'utilisation plus élevés sont observés, toutes choses égales par ailleurs dans chacune des trois autres UTAG. C'est avec le Piémont Biterrois que les différences les plus significatives sont observées ;
- En cas d'heures prescrites le dimanche ou les jours fériés, le taux d'utilisation global est plus important.

 **On observe un effet du GIR inversé sur le taux d'utilisation : ce sont les personnes les moins dépendantes qui ont le taux d'utilisation le plus élevé. A ce stade on peut se demander si cela est dû à un reste à charge pour l'allocataire dépendant trop important, à un nombre d'intervenants au domicile que l'on sait plus nombreux quand la dépendance croît, au fait que sur les niveaux élevés de dépendance la présence d'aidants familiaux est indispensable au maintien à domicile, faisant ainsi « concurrence » à l'exécution des plans d'aide ?**

On observe également des différences de taux d'utilisation par UTAG, ces différences de territoire traduisent soit des différences de prescription, soit des différences d'utilisation par les usagers.

2.3.4 Pistes pour l'analyse

- Pour réduire l'écart entre évaluation (=prescription) et heures utilisées (écart qui se mesure dans le taux d'utilisation) une piste serait de travailler sur le levier de la prescription (donc de l'évaluation). Les différences observées entre territoires peuvent permettre de cibler ces actions en soulignant que les écarts au sein d'une même UTAG peuvent parfois être aussi importants qu'entre UTAG.
- Une autre piste serait d'accompagner les plans d'aide chez les hommes âgés plus particulièrement afin qu'ils utilisent mieux les heures prescrites. La prise en compte des éléments d'environnement est une piste à travailler au travers de questions multiples : frein culturel ou social, addictions, souci de soi, santé mentale, repli sur soi, vie en couple où le conjoint supplée....)
- On peut aussi s'interroger sur les effets de phénomènes de « sur prescription ». Dans quelle mesure entraînent-ils une sur estimation des besoins ? Et donc la mise en place d'une offre qui serait surdimensionnée par les prestataires sur un marché très concurrentiel.
- Il faut aussi travailler sur les autres freins à l'utilisation des heures effectivement prescrites et évaluées nécessaires, mais non consommées : frein du coût de la participation (même si ce facteur joue peu dans notre modèle) ; frein des intervenants multiples et/ou différents (coordination et qualité-suivi de l'intervention à domicile) ; acception de la « philosophie APA » qui n'est pas seulement une offre ménagère mais aussi un accompagnement social, une stimulation au travers de l'aide aux repas, la prévention de la dénutrition...

2.3.5 Prise en compte du critère : date du dernier plan d'aide

Lors des échanges avec les professionnels des UTAG, les évolutions de pratiques liées au travail mené depuis quelques années afin d'harmoniser entre intervenants l'évaluation des besoins des bénéficiaires ont été mises en relief. La prise en compte de la date de la dernière évaluation des besoins dans nos analyses nous est apparue pertinente. Pour cela, une nouvelle requête sur le fichier des allocataires a été lancée. Ce fichier étant dynamique, cette nouvelle extraction porte sur 19 123 personnes. La différence avec le fichier initial s'explique par les personnes qui sont décédées depuis la première extraction et par celles dont le plan a été révisé en 2014.

Le plan le plus ancien date de 2002 et les plus récents sont de 2013. On note que 9 185 bénéficiaires (soit 48 % de l'ensemble) ont des plans qui ont été élaborés ou révisés en 2012 ou 2013.

Les analyses multivariées ont été reprises en intégrant ce nouveau critère qui s'ajoute aux précédents (le genre, l'âge, le coefficient de participation, le GIR, l'UTAG et les interventions le dimanche et les jours fériés).

Les constats sont les suivants :

- Nous vérifions l'existence d'un effet de la date du dernier plan d'aide sur le nombre d'heures accordées : **plus le plan est récent, plus le nombre d'heures accordées décroît.**
- Nous vérifions l'existence d'un effet de la date du dernier plan d'aide sur le nombre d'heures payées (donc utilisées) : **plus le plan est récent, plus le nombre d'heures payées est important.**
- Enfin nous vérifions l'existence d'un lien entre la date du dernier plan d'aide et le taux d'utilisation des heures APA : **plus le plan est récent, plus le taux d'utilisation des heures est important.**

La prise en compte de la date du plan d'aide dans le modèle d'analyse ne modifie pas les résultats des analyses précédentes et l'influence propre des autres critères intégrés aux modèles à une exception près : dans le modèle analysant le taux d'utilisation de l'APA, la différence entre le territoire « Cités Maritimes » et le territoire utilisé en référence (« Est Héraultais ») n'est plus significative.

Ainsi, on constate, au-delà des disparités déjà mises en évidence (entre sexe, niveau de GIR et territoire), **que plus le plan est récent, meilleure est la convergence entre l'évaluation (heures accordées) et l'utilisation des plans (heures payées) ce qui nous amène à conclure à une amélioration dans le temps du taux d'utilisation des plans d'aide.**

3. ENQUETE EN POPULATION

3.1 Taux de réponse à l'enquête

La date limite de réponse figurant sur les questionnaires adressés aux bénéficiaires de l'APA était le 7 mai 2014. Pour la saisie des questionnaires nous avons pris en compte tous ceux arrivés au CREAI-ORS LR jusqu'à la fin mai 2014. Au total, 2 439 questionnaires sont parvenus au CREAI-ORS LR à cette date, soit un taux de réponse global de 59,4 %⁹. Dans 45 cas, les personnes qui ont répondu au questionnaire indiquaient que le bénéficiaire concerné par l'enquête était décédé. Une saisie de quatre questionnaires sur cinq dans l'ordre d'arrivée a été effectuée puis un complément de questionnaire sélectionné aléatoirement parmi les questionnaires non saisis a été pris en compte pour aboutir à la saisie de 2 000 questionnaires, base pour notre analyse. Ce nombre de questionnaire permet d'obtenir une bonne précision des indicateurs construits à partir des réponses et permet de faire des comparaisons entre groupes avec une capacité à montrer des différences significatives suffisantes dans un objectif d'aide à la décision.

Le taux de réponse par groupe est apparu significativement différent :

- 374 questionnaires saisis sur 1 337 envoyés pour le groupe A (consommation de moins de 15 % des heures accordées) soit un taux de réponse de 28,0 % ;
- 791 questionnaires saisis sur 1 353 envoyés pour le groupe B (consommation de 15 % à 80 % des heures accordées) soit 58,5 % de taux de réponse ;
- 835 questionnaires saisis sur 1 413 envoyés pour le groupe A (consommation de plus de 80 % des heures accordées) soit un taux de réponse de 59,1 %.

Un premier examen des résultats faisait apparaître également un taux de réponse supérieur des personnes relevant des GIR 3 ou 4 par rapport aux personnes relevant des GIR 1 ou 2 et des personnes les plus jeunes par rapport aux personnes les plus âgées.

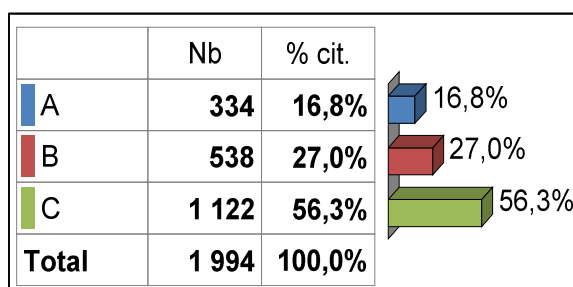
Pour prendre en compte ces différences de taux de réponse, une pondération a été mise en œuvre (cf. encadré 4 – chapitre 1). Les résultats présentés ci-dessous portent sur un échantillon pondéré de 1994 personnes¹⁰.

La population analysée, après prise en compte du redressement est constituée pour près de trois cinquièmes des personnes utilisant la quasi-totalité des heures accordées (groupe C – plus de 80 %), pour plus du quart par les personnes les utilisant partiellement (groupe B – entre 15 et 80 %) ; 17 % des personnes figurant dans l'échantillon utilisent pas ou pratiquement pas les heures accordées (moins de 15 %).

⁹ Au-delà du 31 mai 2014, 33 questionnaires supplémentaires sont parvenus au CREAI-ORS LR.

¹⁰ Une pondération n'a pu être appliquée à quatre sujets du fait de non réponse à la question sur l'âge.

Figure 1. Répartition par groupe d'utilisation de l'APA



Non réponses : 0 – 0,0 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

3.2 Description et comparaison des trois groupes de consommateurs

3.2.1 Le remplissage du questionnaire : la personne elle-même et/ou un membre de sa famille

Le questionnaire a été renseigné majoritairement et de manière significative soit par une personne de la famille du bénéficiaire dans 44,9 % des cas, soit dans 44 % des cas par la personne âgée elle-même.

Il faut noter que l'intervenant à domicile a complété le questionnaire dans un peu moins d'un cas sur dix.

L'analyse de la question ouverte autre visant à préciser cette catégorie a permis d'identifier 58 réponses. Il apparaît que la personne autre est en premier lieu un(e) ami(e), l'infirmière ou encore un(e) voisin(e).

Le taux de réponse à cette question est de 100 %.

Tableau 4. Qualité de la personne ayant complété le questionnaire

Remplissage du questionnaire	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Quelqu'un de votre famille	154	45,9	220	40,9	521	46,4	895	44,9
Vous-même	135	40,5	265	49,3	476	42,5	877	44,0
Votre intervenant à domicile	19	5,7	36	6,8	106	9,4	164	8,2
Votre aidant familial	17	5,1	23	4,3	60	5,4	101	5,0
Votre représentant légal	15	4,4	14	2,6	35	3,1	63	3,2
Autre	17	5,1	17	3,2	22	0,5	58	4,9

NB : les personnes pouvant donner plusieurs réponses à cette question, la somme des réponses est supérieure à 100 %
La somme des effectifs par ligne peut différer de l'effectif total de la ligne du fait des arrondis liés au redressement.

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

3.2.2 La répartition par sexe : représentativité des femmes

A l'instar des études sur le sujet, les femmes sont majoritaires parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, du fait principalement d'une espérance de vie supérieure (DREES, 2014¹¹) : « L'espérance de vie à 60 ans des femmes en 2011 est de 27,5 ans et de 22,5 ans pour les hommes » (p. 3, donnée INSEE) .

Dans l'échantillon total pondéré, le ratio par sexe est fortement féminin (2,8), il l'est davantage dans le groupe des consommateurs totaux ou quasi totaux, puisqu'il atteint 3,2. En revanche, c'est parmi le groupe A, des non consommateurs que l'on relève le sex ratio le plus faible, avec 2,1 mais toujours très féminin. Dans le groupe B, il est de 2,6.

Tableau 5. Répartition par sexe

Sexe	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Homme	108	32,3	150	27,9	268	23,9	526	26,4
Femme	226	67,7	388	72,1	854	76,1	1 468	73,6
Total	334	100,0	537	100,0	1 122	100,0	1 994	100,0

Non réponses : 0 – 0,0 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREA-ORS-LR.

Exploitation : CREA-ORS LR

3.2.3 La répartition par tranche d'âge : une population âgée

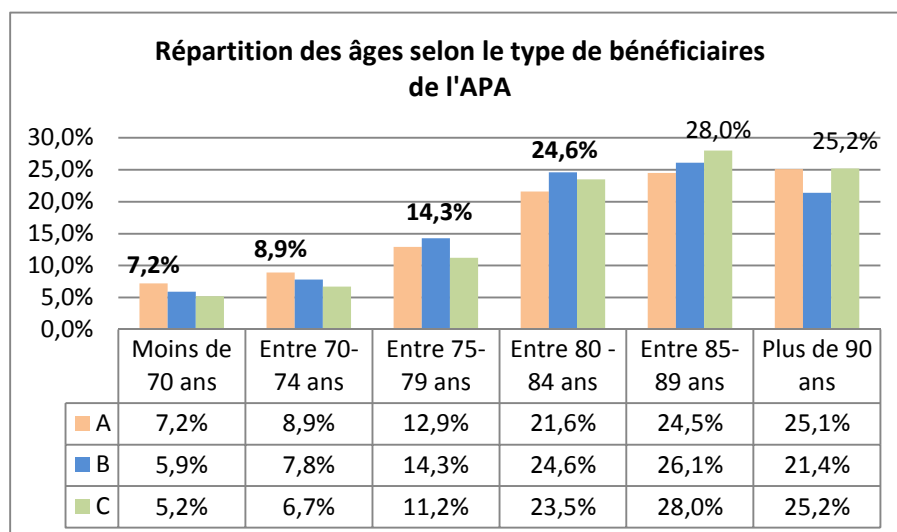
Avec 74.4 % de l'échantillon pondéré (soit 1 484 personnes), les bénéficiaires de l'APA à domicile de l'Hérault sont majoritairement des personnes âgées de 80 ans et plus. C'est la tranche d'âge des 85-89 ans qui est la plus représentée.

Seules 13 % des personnes âgées ont moins de 75 ans et celles de 90 ans et plus représentent près d'un quart de l'échantillon pondéré.

On n'observe pas de différence significative de la répartition par âge entre les trois groupes de consommateurs de l'APA.

¹¹ Etudes et Résultats, n° 876, février 2014. *Les bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile et leurs ressources en 2011.*

Figure 2. Âge selon le type de consommateurs



Non réponses : 4 – 0,2 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

3.2.4 Le mode de vie : un vieillissement qui se vit seul

Près de trois personnes sur cinq (58,6 %) indiquent vivre seules, un tiers vit en couple et 8,2 % avec d'autres personnes, le plus souvent de la famille.

C'est dans le groupe C que les bénéficiaires de l'APA vivent le plus souvent seuls : 6 bénéficiaires sur 10.

C'est dans les groupes A et B, que l'on relève un plus fort pourcentage de personnes vivant en couple, avec respectivement 37,1 % et 37,5 % de réponses, contre 29,8 % dans le groupe C.

A noter qu'à l'instar des chiffres obtenus par la DREES à l'échelon national (2014), 67 % des personnes à domicile ne vivent pas en couple. Ce pourcentage diffère en fonction du type de consommateurs, il est encore plus élevé chez les consommateurs du groupe C (70,2 %) et a contrario plus faible dans le groupe A avec 62,8 %.

On obtient le même pourcentage que celui obtenu par la DREES (février 2014), concernant « un effet accentué pour les femmes, car 75 % d'entre elles ne vivent pas en couple. » En revanche, dans notre étude, la part des hommes vivant en couple est plus importante que celle observée par la DREES (55,6 % vs 40,0 %).

C'est dans le groupe A, que les bénéficiaires indiquent plus fréquemment vivre avec d'autres personnes : 9,7 %.

Tableau 6. Modes de vie en fonction du niveau de consommation de l'APA

Sexe	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Seul(e)	177	53,0	293	54,7	692	62,2	1 162	58,6
En couple	124	37,1	201	37,5	334	30,0	659	33,2
Avec un ou plusieurs membres de votre famille	32	9,6	40	7,5	86	7,7	159	8,0
Avec d'autres personnes	1	0,3	2	0,3	1	0,1	4	0,2
Total	334	100,0	536	100,0	1 113	100,0	1 994	100,0

Non réponses : 11 – 0,6 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

3.2.5 La rareté de l'accueil temporaire dans un établissement pour personnes âgées

97,1 % des personnes de l'échantillon total pondéré ne bénéficient pas d'un accueil temporaire dans une structure pour personnes âgées, qu'il s'agisse d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire. Même si la proportion de personnes bénéficiant d'un accueil temporaire apparaît plus élevée dans le groupe A, cette différence avec les autres groupes n'est pas significative.

Tableau 7. Accueil temporaire et niveau de consommation de l'APA

Accueil temporaire	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	13	3,9	15	2,8	29	2,6	57	2,9
Non	321	96,3	523	97,3	1 093	97,4	1 937	97,1
Total	334	100,0	538	100,0	1 122	100,0	1 994	100,0

Non réponses : 0 – 0,0 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

3.3 La mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

3.3.1 Un niveau de perte d'autonomie connu par les bénéficiaires

Les trois cinquièmes des personnes âgées indiquent connaître leur niveau de perte d'autonomie affecté par le service du Conseil général chargé de l'APA. Il n'y a aucune différence en fonction du groupe de consommateurs.

Figure 3. Connaissance du niveau de perte d'autonomie

	Nb	% cit.	IC	
non	808	40,5%	36,9% < f < 44,1%	40,5%
oui	1 186	59,5%	55,9% < f < 63,1%	59,5%
Total	1 994	100,0%		

Non réponses : 0 – 0,0 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

3.3.2 Le niveau de perte d'autonomie : une majorité de GIR 4

Il est à relever une différence par rapport à l'étude précédente (N. Font et B. Ledéser, 2013)¹² dans laquelle une proportion extrêmement importante de bénéficiaires déclarait ne pas connaître leur niveau d'autonomie. A cette fin, nous avons précisé que cela était indiqué sur la notification, ce qui a semble-t-il porté ses fruits, puisque nous n'avons aucune non réponse à cette question. Toutes les personnes qui ont indiqué connaître leur niveau d'autonomie ont pu préciser celui-ci.

Les différences de répartition par GIR au sein de chaque groupe de consommation ne sont pas significatives.

Tableau 8. GIR et niveau de consommation de l'APA

Sexe	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
GIR 1	6	3,0	4	1,3	14	2,1	24	2,0
GIR 2	32	16,0	41	12,9	96	14,3	169	14,2
GIR 3	51	25,5	76	23,8	173	25,9	300	25,3
GIR 4	111	55,5	198	62,1	386	57,7	695	58,5
Total	200	100,0	319	100,0	669	100,0	1 188	100,0

Non réponses : 806 – 40,4 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

¹² FONT N, LEDESERT B. *Évaluation de la qualité de l'aide à la personne dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)*. CREAI-ORS LR, Juillet 2013, 36 p.

3.3.3 A l'origine de la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie : un membre de la famille

A l'origine de la demande d'APA, il s'agit majoritairement de quelqu'un de la famille du bénéficiaire, dans 42,5 % des cas.

Si l'on s'intéresse à la dispersion en fonction du type de consommateurs, des différences significatives peuvent être relevées :

- Le conjoint est plus fréquemment cité dans le groupe A (11,1 %)
- Parmi les bénéficiaires du groupe C, il s'agit de quelqu'un de la famille dans 45 % des cas.

Tableau 9. Origine de la demande d'APA et niveau de consommation de l'APA

Origine de la demande d'APA	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Quelqu'un de votre famille	144	43,0	199	37,1	505	45,0	848	42,5
Autres	111	33,1	215	40,0	412	36,7	738	37,0
Vous-même	73	21,9	139	25,9	263	23,5	475	23,8
Votre conjoint	37	11,1	47	8,8	64	5,7	148	7,4

NB : les personnes pouvant donner plusieurs réponses à cette question, la somme des réponses est supérieure à 100 %
 Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.
 Exploitation : CREAI-ORS LR

3.3.4 Un nombre moyen de 26 heures mensuelles attribuées

Dans l'échantillon total pondéré, les bénéficiaires déclarent bénéficier en moyenne de 25,7 heures par mois ($\pm 15,2$). Les plus nombreux, soit un peu plus du tiers se trouvent, dans la classe 20 à 29 heures. Les deux tiers (66,9 %) de l'échantillon bénéficient de 10 à 29 heures.

Tableau 10. Nombre d'heures accordées par mois et niveau de consommation de l'APA

Classe d'âge	n	Nombre d'heures moyens par mois (écart-type)
Moins de 70 ans	105	23,5 (12,4)
70 à 74 ans	141	22,3 (13,3)
75 à 79 ans	240	23,3 (17,3)
80 à 84 ans	445	24,9 (15,5)
85 à 89 ans	523	26,4 (14,2)
90 ans et plus	461	28,7 (15,4)
Total	1914	25,8 (15,2)

Non réponses : 80 – 4,0 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

Les consommateurs du groupe A indiquent bénéficier en moyenne de 25,3 heures par mois, ceux du groupe B de 24,1 heures et enfin ceux du groupe C de 26,6 heures. Ces différences sont significatives. Leur détail est présenté dans le tableau ci-dessous. Ainsi, dans le groupe des non ou quasiment non consommateurs, ce sont les tranches extrêmes qui sont le plus représentées par rapport aux autres groupes (moins de 10 heures et 50 heures ou plus). Dans le groupe des utilisateurs partiels, la part de la classe 20 à 29 heures est la plus représentée ; enfin, dans le groupe des consommateurs totaux ou quasi totaux, on note une part plus importante que parmi les autres groupes des tranches entre 30 et 49 heures.

Tableau 11. Nombre d'heures accordées et niveau de consommation de l'APA

Heures accordées par mois	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Moins de 10 heures	30	9,5	41	8,1	44	4,0	115	6,0
De 10 à 19 heures	101	32,1	160	31,5	357	32,6	618	32,2
De 20 à 29 heures	99	31,4	197	38,8	369	33,7	665	34,7
De 30 à 39 heures	34	10,8	55	10,8	143	13,0	232	12,1
De 40 à 49 heures	24	7,6	33	6,5	100	9,1	157	8,2
50 heures et plus	27	8,6	22	4,3	83	7,6	132	6,9
Total	315	100,0	508	100,0	1 096	100,0	1 919	100,0

Non réponses : 75 – 3,8 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

3.3.5 Le moment d'utilisation de l'APA : de jour et en semaine

Dans l'échantillon total, 97,6 % des personnes utilisent l'APA les jours ouvrables. Ils sont significativement en proportion moins importante dans le groupe des non ou quasi non utilisateurs. Parmi les répondants, un peu moins d'un sur dix s'est vu accorder des heures le dimanche ou les jours fériés, sans différence entre groupe d'utilisateurs. Les personnes bénéficiant d'heures la nuit sont en très faible proportion.

Tableau 12. Période d'utilisation des heures accordées et niveau de consommation de l'APA

Heures accordées par mois	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Les jours ouvrables	319	95,4	523	97,4	1106	98,5	1 948	97,6
Dimanche et jours fériés	27	8,1	29	5,4	87	7,8	143	7,2
La nuit	2	0,5	2	0,4	1	0,1	5	0,3

NB : les personnes pouvant donner plusieurs réponses à cette question, la somme des réponses est supérieure à 100 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

3.3.6 Un faible financement personnel d'interventions supplémentaires

83,6 % des personnes déclarent ne pas financer elles-mêmes d'interventions supplémentaires. Les différences observées entre les groupes ne sont pas statistiquement significatives.

Tableau 13. Financement d'heures supplémentaires et niveau de consommation de l'APA

Financement d'heures supplémentaires	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	54	16,4	72	13,6	165	15,0	291	14,8
Non	275	83,6	459	86,4	937	85,0	1 671	85,2
Total	329	100,0	531	100,0	1 102	100,0	1 962	100,0

Non réponses : 32 – 1,6 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

Quand bien même, les personnes ont indiqué financer des heures supplémentaires d'intervention, elles sont peu nombreuses à les avoir chiffrées : sur les 291 personnes concernées, seule à peine la moitié (142) peut préciser le nombre d'heures qu'elles financent par elles-mêmes par mois. Ainsi, c'est en moyenne 15,9 heures par mois qui sont financées directement par les bénéficiaires. La variabilité du nombre d'heures complémentaires est très forte, l'écart-type prenant une valeur très proche de la moyenne : 15,6. Il faut noter que le nombre d'heures supplémentaires financées par les bénéficiaires ne varie pas de façon significative selon le niveau de consommation de l'APA.

3.3.7 Une connaissance relative du taux de participation

Quand bien même, le taux de participation est indiqué sur les notifications des bénéficiaires, ils ne sont qu'un peu plus d'un tiers (36,1 %) à le connaître parmi l'échantillon total.

Ce sont les bénéficiaires appartenant au groupe A qui connaissent le mieux leur taux de participation (45,6 %), contre seulement 35,9 % du groupe B et 33,9 % du groupe C. **Par conséquent, ce sont les bénéficiaires qui consomment peu ou pas du tout qui connaissent le mieux leur taux de participation.**

Le taux moyen de participation varie d'un groupe d'utilisation à l'autre :

- c'est dans le groupe B des utilisateurs partiels qu'il est le plus élevé : 28,6 (± 21,9) ;
- dans le groupe des non utilisateurs (ou quasi non utilisateurs), la valeur observée est proche : 27,8 (± 24,3)
- c'est dans le groupe C qui utilise toutes ou presque toutes les heures accordées que le taux de participation est le plus faible : 20,1 (± 21,6).

Tableau 14. Connaissance du taux de participation et niveau de consommation de l'APA

Connaissance du taux de participation	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nul	19	12,8	15	7,8	80	21,2	114	15,8
de 0,1 % à 4,9 %	10	6,7	10	5,2	43	11,4	63	8,8
de 5,0 % à 9,9 %	9	6,0	17	8,8	35	9,3	61	8,5
de 10,0 % à 14,9 %	16	10,7	16	8,3	41	10,8	73	10,1
de 15,0 % à 19,9 %	10	6,7	22	11,4	27	7,1	59	8,2
de 20,0 % à 29,9 %	31	20,8	37	19,2	51	13,5	119	16,5
de 30,0 % à 39,9 %	15	10,1	21	10,9	36	9,5	72	10,0
40 % ou plus	39	26,2	55	28,5	65	17,2	159	22,1
Total	149	100,0	193	100,0	378	100,0	720	100,0

Non réponses : 1 274 – 64,0 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

En conséquence, ce sont les **bénéficiaires appartenant au groupe B qui déclarent le taux de participation le plus élevé et ceux du groupe C le taux le plus bas.**

Nous avons vérifié s'il y avait un lien entre le taux de participation et la non consommation des heures prescrites. Pour ce faire, une analyse sur la strate des faibles ou non consommateurs déclarés (n=355) a été réalisée et on a pu noter un taux de participation moyen de 33,2, soit plus de 4 points d'écart avec les bénéficiaires du groupe B. Au vu de ces résultats quantitatifs, on peut donc émettre l'hypothèse que le taux de participation financière peut être un frein à l'utilisation totale des heures prescrites par le Conseil général. Nous verrons plus loin, dans la partie qualitative, des analyses de discours qui vont dans ce sens.

3.3.8 Une participation financière restant à charge des bénéficiaires jugée trop importante

77,2 % des bénéficiaires déclarent avoir à financer eux-mêmes leurs interventions supplémentaires et 22,8 % indiquent ne pas avoir à compléter l'aide reçue. Le taux de non réponse à cette question est de 5 %.

Ce sont les consommateurs du groupe B qui déclarent le plus souvent un reste à charge avec 86 %, soit près de 15 points d'écart avec les consommateurs du groupe C.

Tableau 15. Participation financière à charge et niveau de consommation de l'APA

Participation financière à charge	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	257	82,4	441	86,3	764	71,3	1462	77,2
Non	55	17,6	70	13,7	307	28,7	432	22,8
Total	312	100,0	511	100,0	1 071	100,0	1 894	100,0

Non réponses : 100 – 5,0 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

3.3.9 La perception du nombre d'heures attribuées par semaine

Près de 7 personnes sur 10 estiment que le nombre d'heures qui leur a été attribué est juste ce qu'il faut. Pour près d'un quart des répondants, le nombre d'heures attribuées est jugé insuffisant. Le nombre de bénéficiaires estimant le volume d'heures accordées trop important est assez limité ; par contre, il y en a nettement plus qui ne sont pas en mesure de se prononcer sur ce point.

Les répondants du groupe B qui consomment partiellement les heures accordées (entre 15 % et 80 %) sont en proportion plus importante à juger que le nombre d'heures accordées est adapté. Les personnes des groupes A et B trouvent plus souvent que celles du groupe C que le nombre d'heures accordées est trop important. C'est parmi les personnes qui consomment le plus les heures accordées (groupe C) que se trouve la plus forte proportion de bénéficiaires qui estiment le nombre d'heures accordées insuffisant. Il faut souligner que ceux qui consomment le moins les heures (groupe A) ne se différencient pas de la moyenne sur ce point.

Tableau 16. Perception du nombre d'heures accordées et niveau de consommation de l'APA

Perception du nombre d'heures accordées	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trop important	11	3,3	23	4,2	4	0,4	38	1,9
Juste ce qu'il faut	223	66,6	390	72,5	764	68,1	1 377	69,3
Insuffisant	71	21,1	78	14,5	298	26,5	447	22,5
Ne sait pas	28	8,4	45	8,4	53	4,8	126	6,3
Total	333	100,0	536	100,0	1 119	100,0	1 988	100,0

Non réponses : 6 – 0,3 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

Une question était posée aux personnes contactées sur leur perception de l'utilisation des heures accordées (utilisation de toutes les heures prescrites, d'une partie ou d'aucune). Il est intéressant de croiser les réponses à cette question des réponses sur la perception du nombre d'heures accordées.

De manière significative, les bénéficiaires qui utilisent la totalité de leurs heures estiment plus fréquemment que les autres que le nombre d'heures attribuées par semaine est insuffisant. Ceux qui déclarent n'utiliser qu'une partie de leurs heures attribuées trouvent au contraire plus souvent qu'elles sont trop importantes et enfin ceux qui utilisent aucune de leurs heures indiquent le plus souvent ne pas savoir.

Tableau 17. Perception du nombre d'heures accordées et utilisation des heures accordées

Perception du nombre d'heures accordées	Utilisation de toutes les heures		Utilisation d'une partie des heures		Utilisation d'aucune heure		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trop important	12	0,7	25	7,8	1	4,0	38	1,9
Juste ce qu'il faut	1 134	69,1	237	73,8	6	24,0	1 377	69,3
Insuffisant	418	25,5	25	7,8	3	12,0	446	22,4
Ne sait pas	78	4,8	34	10,6	15	60,0	127	6,4
Total	1 642	100,0	321	100,0	25	100,0	1 988	100,0

Non réponses : 6 – 0,3 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

3.3.10 La mise en place de la demande d'APA : une démarche assez facile

Concernant les démarches et procédures administratives pour obtenir l'APA, de façon majoritaire, 61.2 % des personnes ont trouvé cela assez facile. Un quart d'entre elles évoque avoir rencontré des difficultés lors de la mise en place de la demande d'APA.

Tableau 18. Perception des démarches pour obtenir l'APA et niveau de consommation de l'APA

Démarches pour obtenir l'APA	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Très facile	19	5,6	55	10,2	78	7,0	152	8,1
Assez facile	206	61,5	316	58,7	699	62,3	1 221	65,2
Assez difficile	75	22,3	114	21,2	239	21,3	428	22,8
Très difficile	13	4,0	16	3,0	44	3,9	73	3,9
Total	313	100,0	501	100,0	1 060	100,0	1 874	100,0

Non réponses : 120 – 6,0 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

3.3.11 La visite d'évaluation du plan d'aide avec la structure d'aide à domicile jugée assez facile

Concernant la visite d'évaluation des besoins des personnes âgées à leur domicile, ces dernières estiment à 65,2 % que c'est assez facile. Elles sont 78,1 % à déclarer que c'est facile (très ou assez) et 16,7 % à juger que c'est difficile.

Des différences significatives existent selon le groupe de niveau d'utilisation de l'APA : les personnes du groupe A – les non consommateurs – sont en proportion plus forte à avoir trouvé cette visite très difficile ou assez difficile et moindre à l'avoir trouvée assez facile. Ceux du groupe B sont plus nombreux que les autres à l'avoir trouvée très facile. Les personnes qui utilisent le plus les heures accordées – le groupe C – diffèrent peu de la moyenne.

Tableau 19. Perception de la visite d'évaluation des besoins d'aide et niveau de consommation de l'APA

Visite d'évaluation des besoins d'aide	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Très facile	42	13,4	85	16,8	130	12,1	257	13,6
Assez facile	208	66,2	342	67,7	751	70,0	1301	68,8
Assez difficile	53	16,9	68	13,5	178	16,6	299	15,8
Très difficile	11	3,5	10	2,0	14	1,3	35	1,8
Total	304	100,0	505	100,0	1 073	100,0	1 892	100,0

Non réponses : 102 – 5,1 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

3.3.12 Une négociation du plan d'aide avec la structure d'aide à domicile perçue comme assez satisfaisante

Sur la négociation du plan d'aide avec la structure d'aide à domicile, près des deux tiers des personnes indiquent être assez satisfaites. Les personnes qui ne sont pas du tout satisfaites de la façon dont a été négocié le plan d'aide ne représentent que 3.3 % de l'échantillon total. Près d'une personne sur dix indique ne pas savoir répondre à cette question.

Cette perception varie significativement selon le groupe d'utilisation de l'APA. Les pourcentages des personnes très satisfaites sont plus élevés dans le groupe C et à l'inverse ceux des pas du tout satisfaits sont plus importants parmi le groupe A. De même, la proportion de personnes assez ou très satisfaites est plus faible parmi les non utilisateurs de l'APA (groupe A).

Tableau 20. Perception de la négociation du plan d'aide avec la structure d'aide à domicile et niveau de consommation de l'APA

Négociation du plan d'aide	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Très satisfait	83	24,9	137	25,5	306	27,3	526	26,4
Assez satisfait	189	56,6	334	62,1	698	62,2	1 221	61,2
Pas du tout satisfait	16	4,8	18	3,3	31	2,8	65	3,3
Ne sait pas	46	13,8	49	9,1	87	7,8	182	9,1
Total	334	100,0	538	100,0	1 122	100,0	1 994	100,0

Non réponses : 0 – 0,0 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

3.3.13 L'utilisation pressentie de l'APA : prévalence du ménage

Avant les premières interventions, l'utilisation principale pressentie de l'aide accordée (plus de neuf fois sur dix) allait vers le ménage, loin devant l'entretien du linge et les courses (une fois sur deux). Les autres utilisations étaient pressenties par moins du tiers des bénéficiaires.

Pour cinq tâches, des différences entre groupes existent :

- l'entretien du linge est une tâche plus fréquemment pressentie par les personnes du groupe C et moins fréquemment par celles du groupe A ;
- l'aide pour les courses est également plus souvent mentionnée par les personnes du groupe C et moins souvent par les non utilisateurs (groupe A) ;
- L'accompagnement pour les sorties en dehors du domicile est plus souvent pressenti par les personnes du groupe C par rapport aux deux autres groupes ;

- les personnes du groupe A ou du groupe C sont, en proportion, plus nombreuses que celles du groupe B à envisager d'utiliser les heures accordées pour la préparation et l'aide aux repas ;
- enfin, les personnes du groupe A envisagent plus souvent que les autres d'utiliser les heures accordées pour une aide à la toilette.

Tableau 21. Utilisation pressentie de l'APA et niveau de consommation de l'APA

Utilisation pressentie de l'APA	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Le ménage	311	92,8	517	96,1	1 072	95,5	1 900	95,2
L'entretien du linge	146	43,6	257	47,8	611	54,5	1 014	50,8
Les courses	143	42,7	250	46,5	563	50,1	956	47,9
Accompagnement hors du domicile (sorties)	81	24,3	142	26,4	372	33,2	595	29,9
Préparation aide aux repas	99	29,6	108	20,1	348	31,0	555	27,8
La téléalarme	55	16,4	82	15,2	199	17,7	336	16,8
L'aide à la toilette	56	16,8	62	11,5	175	15,6	293	14,7
Aide aux démarches administratives	43	12,9	65	12,1	174	15,5	282	14,1
L'habillage	38	11,3	42	7,8	112	10,0	192	9,6
Le portage de repas	32	9,6	32	5,9	104	9,3	168	8,4
Garde de jour week-end	11	3,3	11	2,0	21	1,9	43	2,2
La garde de nuit	5	1,5	5	0,9	7	0,6	17	0,9
Autre	13	3,9	17	3,2	23	2,0	53	2,7

NB : les personnes pouvant donner plusieurs réponses à cette question, la somme des réponses est supérieure à 100 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

3.4 Utilisation actuelle des services d'aide à domicile

3.4.1 Huit personnes sur dix indiquent utiliser toutes les heures prescrites

Dans l'échantillon pondéré des répondants, les personnes indiquent majoritairement utiliser l'APA pour toutes les heures prescrites : elles sont 82,6 % à considérer qu'elles utilisent la totalité des heures prescrites et ce, quand bien même elles appartiennent aux groupes des utilisateurs partiels ou des non utilisateurs (groupes B ou A). Au total, 348 personnes déclarent n'utiliser qu'une partie ou aucune des heures prescrites, ce qui représente 17,5 % de l'échantillon total pondéré. Les 26 personnes qui déclarent consommer aucune des heures font toutes partie du groupe A.

On observe que :

- 72 % des personnes déclarent utiliser toutes leurs heures alors même qu’elles appartiennent au groupe A, autrement dit au groupe des non ou peu consommateurs ;
- de la même façon, elles sont 62,4 % du groupe B (consommateurs partiels) à le déclarer ;
- à l’inverse dans le groupe C, autrement dit ceux qui utilisent toutes ou quasiment toutes leurs heures, on relève que 4,6 % ont indiqué n’utiliser qu’une partie de leurs heures.

Tableau 22. Utilisation des heures prescrites et niveau de consommation de l’APA

Utilisation des heures prescrites	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Toutes les heures prescrites	241	72,0	336	62,4	1 070	95,4	1 647	82,6
Une partie des heures	68	20,4	202	37,6	52	4,6	322	16,1
Aucune des heures	26	7,7	0	0	0	0	26	1,3
Total	334	100,0	538	100,0	1 122	100,0	1 994	100,0

Non réponses : 0 – 0,0 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l’APA dans l’Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

3.4.2 L’utilisation partielle de l’APA

Aux personnes qui déclaraient ne consommer qu’une partie des heures prescrites, il leur était demandé de préciser le nombre d’heures utilisées.

En moyenne, sur les 322 personnes concernées, 278 (86,3 %) apportent cette précision. En moyenne elles utilisent 16,7 heures d’aide par mois ($\pm 10,0$). Les différences entre groupes ne sont pas significatives.

On peut comparer ce nombre d’heures utilisées au nombre d’heures prescrites. La différence est en moyenne de 10,7 heures ($\pm 10,2$). La différence d’heures semble moindre dans le groupe C (7,6 heures/mois $\pm 6,5$) mais cette tendance n’atteint pas le seuil de significativité statistique.

3.4.3 En moyenne deux intervenants à domicile

Près de la moitié des personnes de l'échantillon pondéré déclare avoir un seul intervenant à domicile. En moyenne, le nombre d'intervenants est de 1,7 ($\pm 1,5$). Ce nombre varie selon les groupes d'utilisation : il est plus élevé dans le groupe C qui utilisent toutes ou presque toutes les heures prescrites ($1,8 \pm 1,8$) et moins élevé dans le groupe B des utilisateurs partiels ($1,4 \pm 1,1$).

Un tiers des personnes a entre deux et trois intervenants différents à domicile, plus souvent dans le groupe C que dans les deux autres groupes.

Une personne sur vingt déclare avoir quatre personnes différentes, voire plus, intervenants à domicile dans le cadre de l'APA.

Tableau 23. Nombre d'intervenants à domicile et niveau de consommation de l'APA

Nombre d'intervenants	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Un seul	174	67,2	324	72,3	542	55,7	1 040	61,9
Deux ou trois	74	28,6	111	24,8	367	37,7	552	32,9
Quatre ou plus	11	4,2	13	2,9	64	6,6	88	5,2
Total	259	100,0	448	100,0	973	100,0	1 680	100,0

Non réponses : 314 – 15,7 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

Les personnes les plus dépendantes (GIR 1) sont celles qui déclarent le plus d'intervenants à domicile : en moyenne 3,4 ($\pm 2,5$). Le nombre d'intervenants différents décroît avec le niveau de dépendance : 2,3 ($\pm 1,7$) pour les personnes en GIR 2, 2,1 ($\pm 2,2$) pour les personnes en GIR 3 et 1,4 ($\pm 1,0$) pour les personnes en GIR 4.

Concernant le nombre d'intervenants à domicile, la plupart des personnes ayant répondu (81,6 %) estiment que leur nombre est juste ce qu'il faut. Ce sont ceux qui ne savent pas répondre à cette question qui sont ensuite les plus nombreux. La proportion de personnes estimant que les intervenants ne sont pas assez nombreux est à peine supérieure à celle des personnes les estimant trop nombreux. Ces proportions ne varient pas de manière significative entre les différents groupes d'utilisation de l'APA.

Tableau 24. Perception du nombre d'intervenants à domicile et niveau de consommation de l'APA

Perception du nombre d'intervenants	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trop nombreux	12	3,8	18	3,4	44	3,9	74	3,8
Juste ce qu'il faut	251	80,2	425	79,4	929	83,1	1605	81,6
Pas assez nombreux	16	5,1	28	5,2	62	5,5	106	5,4
Ne sait pas	34	10,9	64	12,0	83	7,4	181	9,2
Total	313	100,0	535	100,0	1118	100,0	1966	100,0

Non réponses : 28 – 1,4 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

Il faut noter que les personnes estimant avoir des intervenants trop nombreux à leur domicile en ont en moyenne 4,9 (\pm 4,3) soit près de trois fois plus qu'en moyenne générale. Ils bénéficient aussi de plus d'heures d'aide par mois : 32,0 (\pm 14,8) pour une moyenne à 25,8 (\pm 15,2). Les personnes estimant avoir juste ce qu'il faut d'intervenants à domicile ou pas assez différent très peu de la moyenne en nombre d'intervenants (autour de 1,6) et en nombre d'heures accordées (25,7 pour les premiers et 27,5 pour les seconds).

3.4.4 Un service d'aide à domicile trouvé plutôt facilement

Lorsqu'on interroge les bénéficiaires sur la facilité ou pas à trouver le service à domicile, on constate que 58,6 % d'entre eux indiquent avoir trouvé leur service d'aide à domicile plutôt facilement et 35,7 % très facilement.

Seuls 5,7 % déclarent avoir trouvé plutôt difficilement ou très difficilement leur service d'aide à domicile.

Ces proportions ne varient pas selon le groupe d'utilisation de l'APA.

Tableau 25. Facilité à trouver le service à domicile et niveau de consommation de l'APA

Facilité à trouver le service à domicile	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Très facilement	110	36,8	189	36,6	380	35,0	679	35,7
Plutôt facilement	171	57,2	296	57,4	646	59,5	1113	58,6
Plutôt difficilement	13	4,3	28	5,4	56	5,2	97	5,1
Très difficilement	5	1,7	3	0,6	3	0,3	11	0,6
Total	299	100,0	516	100,0	1085	100,0	1900	100,0

Non réponses : 94 – 4,7 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

3.4.5 Des aides proposées par les services correspondant aux attentes et besoins des personnes

47 % des personnes indiquent que les aides proposées par les services d'aide à domicile correspondent tout à fait à leurs attentes, tout comme celles indiquant que c'est le cas la plupart du temps. Ce qui signifie que, si l'on agrège les personnes qui déclarent que c'est tout à fait le cas et celles indiquant la plupart du temps, on obtient 93,9 % de personnes satisfaites quant à la correspondance entre leurs attentes et les aides proposées par le service.

Les différences entre groupes d'utilisation apparaissent significatives : les personnes du groupe A sont en proportion plus nombreuses à trouver que les aides proposées ne correspondent pas tellement ou pas du tout à leurs attentes ; à l'opposé, les personnes du groupe C sont les moins nombreuses en proportion dans ce cas.

Tableau 26. Correspondance des aides aux attentes et niveau de consommation de l'APA

Correspondance des aides aux attentes	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui, tout à fait	150	48,4	244	46,6	503	46,2	897	46,6
Oui, la plupart du temps	129	41,6	245	46,8	529	48,6	903	47,0
Non, pas tellement	19	6,1	32	6,1	49	4,5	100	5,2
Non, pas du tout	12	3,9	3	0,6	8	0,7	23	1,2
Total	310	100,0	524	100,0	1089	100,0	1923	100,0

Non réponses : 71 – 3,6 %
 Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.
 Exploitation : CREAI-ORS LR

3.4.6 La possibilité de révision du plan d'aide connue des bénéficiaires

Près des trois quart des personnes qui ont répondu indiquent avoir connaissance de la possibilité de révision de leur plan d'aide. Cette connaissance est significativement moindre dans le groupe des utilisateurs partiels (groupe B) que dans les groupes A ou C.

Tableau 27. Connaissance de la possibilité de réviser le plan d'aide et niveau de consommation de l'APA

Connaissance de la possibilité de réviser le plan d'aide	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	248	76,1	356	66,8	840	75,3	1 444	73,1
Non	78	23,9	177	33,2	276	24,7	531	26,9
Total	326	100,0	533	100,0	1 116	100,0	1 975	100,0

Non réponses : 19 – 1,0 %
 Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.
 Exploitation : CREAI-ORS LR

Parmi les personnes qui savent qu'il est possible de demander une révision du plan d'aide, moins d'un tiers l'a fait. Les personnes du groupe C sont plus nombreuses à l'avoir fait et c'est dans le groupe B que les bénéficiaires de l'APA ont moins demandé cette révision.

Tableau 28. Demande de révision du plan d'aide et niveau de consommation de l'APA

Connaissance de la possibilité de réviser le plan d'aide	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	74	29,8	82	23,0	284	33,8	440	30,4
Non	174	70,2	275	77,0	556	66,2	1005	69,6
Total	248	100,0	357	100,0	840	100,0	1445	100,0

Non réponses : 0 – 0,0 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

3.4.7 Des tâches à effectuer négociées avec les personnes intervenant à domicile

Près de la moitié des répondants déclarent négocier systématiquement ou la plupart du temps les tâches à effectuer avec les intervenants à domicile. Près d'un quart déclare ne jamais le faire.

Les personnes du groupe A sont en proportion plus importante que celles des autres groupes à négocier systématiquement les tâches à effectuer. De même elles indiquent plus fréquemment le faire « pas souvent ».

Les personnes du groupe B négocient la plupart du temps les tâches de façon plus fréquente que dans les deux autres groupes.

Tableau 29. Négociation des tâches à effectuer et niveau de consommation de l'APA

Négociation des tâches à effectuer	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui, systématiquement	65	21,8	89	17,7	186	17,7	340	18,3
La plupart du temps	72	24,2	175	34,8	312	29,6	559	30,2
Pas souvent	96	32,2	119	23,7	297	28,2	512	27,6
Non jamais	65	21,8	120	23,9	258	24,5	443	23,9
Total	298	100,0	503	100,0	1 053	100,0	1 854	100,0

Non réponses : 140 – 7,0 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

3.4.8 L'utilisation actuelle de l'APA : la primauté des tâches de ménage

Au préalable, il est important de rappeler que les bénéficiaires avaient la possibilité de répondre de manière multiple à cette question.

Actuellement, l'utilisation principale faite par les bénéficiaires de l'APA concerne essentiellement **le ménage (95,4 %)**, en deuxième occurrence pour plus de la moitié de l'échantillon, il s'agit de **l'entretien du linge (52,8 %)**. Viennent ensuite **les courses (45,5 %)**, la **préparation et l'aide aux repas (26,8 %)** et **les accompagnements hors du domicile (26,6 %)** concernant plus du quart des répondants.

Les gardes de jour en week-end et de nuit sont les moins utilisées : elles ne concernent que 1,3 % ou 0,3 %. Cela est bien évidemment en concordance avec le faible nombre d'heures attribuées les dimanches et jours fériés.

- Des différences significatives entre groupes existent pour la plupart des tâches étudiées :
- Les heures accordées sont moins souvent utilisées dans le groupe A pour le ménage, l'entretien du linge, les courses, l'accompagnement hors du domicile ou la téléalarme ;
- les personnes du groupe B, les utilisateurs partiels, sont en proportion moins nombreux à utiliser les heures accordées pour l'entretien du linge ou la préparation et l'aide aux repas ou l'aide aux démarches administratives ;
- les personnes du groupe C utilisent plus fréquemment que celles des autres groupes les heures accordées pour toutes les tâches où des différences significatives existent (ménage ; entretien du linge, courses, préparation et aide aux repas, accompagnement hors du domicile, téléalarme et aide aux démarches significatives ;
- notons que pour trois tâches, les différences entre groupes sont à la limite de la significativité statistique (aide à la toilette, habillage et portage des repas). Pour une de ces tâches (habillage), les personnes du groupe A et du groupe B ont moins tendance à utiliser l'APA pour les accomplir ; pour les deux autres (aide à la toilette et portage des repas), seules les personnes du groupe B ont tendance à moins utiliser les heures accordées.
- Enfin, il n'existe pas de différence significative concernant les gardes de jour le WE ou pour les gardes de nuit.

Tableau 30. Utilisation actuelle de l'APA et niveau de consommation de l'APA

Utilisation actuelle de l'APA	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Le ménage	288	86,0	519	96,5	1 097	97,8	1 904	95,4
L'entretien du linge	147	43,9	246	45,7	660	58,8	1 053	52,8
Les courses	126	37,7	231	42,9	550	49,0	907	45,5
Préparation aide aux repas	86	25,7	101	18,8	348	31,0	535	26,8
Accompagnement hors du domicile (sorties)	75	22,4	130	24,2	327	29,1	532	26,7
L'habillage	45	13,4	73	13,6	216	19,3	334	16,7
La téléalarme	30	9,0	66	12,3	175	15,6	271	13,6
L'aide à la toilette	38	11,4	45	8,4	137	12,2	220	11,0
Aide aux démarches administratives	36	10,7	38	7,1	114	10,2	188	9,4
Le portage de repas	29	8,7	27	5,0	87	7,8	143	7,2
Garde de jour week-end	4	1,2	7	1,3	14	1,2	25	1,3
La garde de nuit	2	0,6	2	0,4	1	0,1	5	0,3
Autre	15	4,5	18	3,3	30	2,7	63	3,2

NB : les personnes pouvant donner plusieurs réponses à cette question, la somme des réponses est supérieure à 100 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

3.4.9 Des personnes satisfaites de la qualité du travail fourni à domicile

Plus de la moitié des répondants (56,3 %) indiquent être très satisfaits de la qualité du travail fourni à domicile par les intervenants. Si l'on ajoute aux personnes tout à fait satisfaites celles indiquant l'être la plupart du temps, on obtient un taux de satisfaction global de 95 %. Les peu ou pas du tout satisfaits de la qualité du travail fourni à domicile ne représentent que 5 % de l'échantillon.

C'est dans le groupe A (celui des non utilisateurs) qu'on trouve la plus forte proportion de personnes pas satisfaites de la qualité du travail fourni (8,2 %), celles du groupe B présentant une situation intermédiaire avec 6,0 % de personnes pas tellement ou pas du tout satisfaites. La proportion la plus faible est relevée dans le groupe des utilisateurs totaux ou quasi totaux avec 3,8 % de non satisfaits.

Tableau 31. Satisfaction vis-à-vis du travail effectué et niveau de consommation de l'APA

Satisfaction vis-à-vis du travail effectué	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui, tout à fait	174	54,9	283	53,2	646	58,1	1 103	56,3
Oui, la plupart du temps	114	36,0	217	40,8	423	38,1	754	38,5
Pas tellement	19	6,0	30	5,6	41	3,7	90	4,6
Non, pas du tout	10	3,2	2	0,4	1	0,1	13	0,7
Total	317	100,0	532	100,0	1 111	100,0	1 960	100,0

Non réponses : 34 – 1,7 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

3.4.10 Les raisons de la faible ou non utilisation des heures prescrites lors de la signature du plan d'aide

A ce niveau du questionnaire, 355 personnes (17,8 %) indiquent ne pas utiliser toutes les heures prescrites. Une question similaire avait été posée auparavant dans le questionnaire (cf § 4.). Il faut noter une bonne cohérence de réponse (taux de concordance de 99,5 %).

La première raison avancée pour expliquer la non utilisation de toutes les heures prescrites est le poids financier, cité par plus de la moitié des personnes. Les autres raisons sont moins fréquemment mises en avant : de 10 à 15 % des personnes concernées par cette partie du questionnaire indiquent que la présence d'un aidant familial non rémunéré, les horaires des interventions et les changements d'intervenants expliquent la non utilisation de tout ou partie de heures. Les autres raisons sont citées par 3 à 7 % des répondants n'utilisant pas toutes les heures.

Les différences entre groupes ne sont pas significatives¹³.

¹³ en raison de la faiblesse des effectifs, les groupes A et B ont été regroupés pour être comparés au groupe C et pouvoir utiliser le test exact de Fischer.

Tableau 32. Raisons de la non utilisation de toutes les heures prescrites et niveau de consommation de l'APA

Raisons de la non utilisation de toutes les heures prescrites	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Le poids financier	51	52,0	114	55,9	30	56,6	195	54,9
Un aidant familial non rémunéré	16	16,3	26	12,7	8	14,8	50	14,0
Les horaires des interventions	9	9,2	22	10,8	7	13,2	38	10,7
Les changements d'intervenants	10	10,2	19	9,3	8	15,1	37	10,4
La multiplicité des intervenants	10	10,3	12	5,9	2	3,8	24	6,8
L'incompétence technique des intervenants	10	10,2	10	4,9	1	1,9	21	5,9
Le non respect des horaires	5	5,1	6	3,0	0	0,0	11	3,1
Les difficultés relationnelles avec les intervenants	8	8,2	2	1,0	1	1,9	11	3,1
La complexité de la gestion administrative	3	3,1	5	2,5	3	5,6	11	3,1
Autre	35	35,7	62	30,4	12	22,2	109	30,6

NB : les personnes pouvant donner plusieurs réponses à cette question, la somme des réponses est supérieure à 100 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

Les personnes interrogées avaient la possibilité de détailler les autres raisons que celles proposées dans le questionnaire pouvant expliquer la non utilisation de tout ou partie des heures prescrites. Compte-tenu de l'importance de ces réponses, un traitement spécifique en a été réalisé. Il est présenté dans le chapitre 3.5 du présent rapport.

3.4.11 En dehors de l'APA, d'autres personnes interviennent au domicile des personnes âgées

Les deux tiers des bénéficiaires reçoivent d'autres intervenants à leur domicile en dehors de l'aide à la personne dans le cadre de l'APA. Les différences entre groupes n'atteignent pas le niveau de significativité statistique.

Tableau 33. Autres intervenants à domicile et niveau de consommation de l'APA

Autres intervenants à domicile	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	229	68,8	341	63,7	770	68,9	1340	67,5
Non	104	31,2	194	36,3	348	31,1	646	32,5
Total	333	100,0	535	100,0	1118	100,0	1986	100,0

Non réponses : 8 – 0,4 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

L'analyse spécifique des personnes qui déclarent ne pas avoir d'autres intervenants à domicile (un tiers de l'échantillon analysé) met en évidence les points suivants :

- Elles sont majoritaires dans le groupe C (53,9 %) ;
- Il s'agit de femmes dans 72 % des cas ;
- Elles vivent seules dans 53,2 % des cas, 41,1 % en couple ;
- 27,6 % sont âgées entre 80 et 84 ans ;
- 44,4 % ont un GIR 4 ;
- 66 % ont entre 10 et 29 heures mensuelles, 98 % les jours ouvrables ;
- 71,1 % indiquent une participation financière à charge ;
- 78,9 % estiment avoir ce qu'il faut en termes d'heures attribuées ;
- 82,6 % utilisent toutes les heures prescrites ;
- 66,4 % ont moins de deux intervenants à domicile et considèrent dans 83,9 % des cas que c'est juste ce qu'il faut ;
- 33,8 % déclarent avoir recours au réseau amical, familial ou de voisinage pour des aides ponctuelles ;
- 58,2 % de ces personnes ont renseigné elles-mêmes le questionnaire.

3.4.12 Les types d'intervenants à domicile : la place de l'infirmier

Lorsque les bénéficiaires déclarent avoir d'autres intervenants à domicile, il s'agit en premier lieu d'un **infirmier(ère)**, cité plus de quatre fois sur cinq et ce quel que soit le groupe de consommateurs. La deuxième occurrence concerne la figure du **kinésithérapeute**, qui est citée dans plus de la moitié des cas (53,9 %). Un peu moins de la moitié des réponses mettent en avant le **pédicure** puis le **coiffeur**. Ce n'est que pour ce dernier que des différences apparaissent entre groupes, les personnes du groupe A ayant moins tendance à y faire appel sans que cela atteigne le seuil de significativité statistique.

Tableau 34. Intervenants à domicile (hors APA) et niveau de consommation de l'APA

Intervenants à domicile (hors APA)	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Infirmier	186	81,2	282	82,7	645	83,8	1 113	83,8
Kinésithérapeute	136	59,4	180	52,6	406	52,8	722	52,8
Pédicure	93	40,6	150	44,0	361	46,9	604	46,9
Coiffeur	79	34,5	130	38,0	319	41,5	528	41,5
Orthophoniste	19	8,3	26	7,6	45	5,9	90	5,9
Ergothérapeute	11	4,8	3	0,9	6	0,8	20	0,8
Psychomotricien	2	0,9	1	0,3	3	0,4	6	0,4
Autre non précisé	16	7,0	22	6,5	52	6,8	90	6,8

NB : les personnes pouvant donner plusieurs réponses à cette question, la somme des réponses est supérieure à 100 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

3.4.13 Des recours à d'autres personnes pour des aides ponctuelles

Pour des aides ponctuelles, les personnes âgées indiquent avoir régulièrement recours à des voisins, des amis ou des membres de leur famille dans la moitié des cas. Si l'on additionne les personnes qui ont également répondu « oui régulièrement » et « oui de temps en temps », 75,4 % des bénéficiaires sont dans ce cas, soit trois personnes sur quatre qui ont recours à des aides extérieures informelles régulièrement ou de temps en temps. Les différences entre groupes ne sont pas significatives.

Une personne sur dix indique n'avoir jamais ce type de recours. Les caractéristiques significatives de ces personnes sont les suivantes : ce sont des femmes dans 75,3 % des cas, appartenant au groupe C (53,2 %), vivant seules (53,2 %), âgées de 80-84 ans (22,5 %), en GIR 4 (38,2 %), dont plus de la moitié (59,5 %) ont entre 10 et 29 heures attribuées par mois, elles utilisent toutes leurs heures prescrites dans 80 % des cas. 56,9 % ont un seul intervenant à domicile et considèrent que le nombre est juste ce qu'il faut dans 81,6 % des cas. Elles ne négocient jamais les tâches à effectuer (35,2 %). Elles utilisent actuellement l'APA pour du ménage (94,8 %). Elles sont 69,2 % à être tout à fait satisfaites de la qualité du travail fourni à domicile. 61,1 % ont renseigné elles-mêmes le questionnaire.

Tableau 35. Recours aux voisins, amis et famille pour une aide ponctuelle et niveau de consommation de l'APA

Recours aux voisins amis et famille pour une aide ponctuelle	Groupe A		Groupe B		Groupe C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui, régulièrement	140	43,8	230	44,1	506	46,3	876	45,3
Oui, de temps en temps	106	33,1	167	32,0	310	28,4	583	30,1
Pas souvent	29	9,1	58	11,1	149	13,6	236	12,2
Non jamais	45	14,1	67	12,8	127	11,6	239	12,4
Total	320	100,0	522	100,0	1 092	100,0	1 934	100,0

Non réponses : 60 – 3,0 %

Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.

Exploitation : CREAI-ORS LR

POINTS SAILLANTS de l'enquête en population

Les caractéristiques sociodémographiques :

- ***Plus d'hommes dans le groupe A et moins dans le groupe C***
- ***Pas de différence d'âge***
- ***Des personnes seules plus fréquentes dans le groupe C et moins dans les deux autres groupes***

La mise en place de l'APA :

- ***Un niveau de perte d'autonomie connue de façon similaire dans chaque groupe***
- ***Pas de différence de répartition par GIR entre les groupes***
- ***Des conjoints plus souvent à l'origine de la demande dans le groupe A et moins souvent dans le groupe C ; un autre membre de la famille plus fréquemment dans le groupe C***
- ***Une moins bonne perception de la visite d'évaluation des besoins par les personnes du groupe A***
- ***Une moins bonne perception de la négociation du plan d'aide avec les SAAD par les personnes du groupe A***

Heures accordées et taux de participation :

- ***Plus d'heures accordées aux personnes du groupe C et moins à celles du groupe A***
- ***Pas de différence sur la période d'utilisation des heures (jour ouvré, dimanche et fêtes, nuit)***
- ***Pas de différence sur le financement d'heures supplémentaires***
- ***Une meilleure connaissance du taux de participation par les personnes du groupe A***
- ***Un taux de participation moyen plus bas dans le groupe C que dans les deux autres***
- ***Un reste à charge trop important signalé plus fréquemment dans le groupe B***
- ***Plus de personnes jugeant le nombre d'heures accordées trop faible dans le groupe C et moins dans le groupe B***

L'utilisation pressentie de l'APA :

- ***D'abord pour le ménage, sans différence entre groupes***
- ***Une utilisation pressentie plus fréquente par le groupe C pour :***
 - ***L'entretien du linge***
 - ***L'aide aux courses***
 - ***L'accompagnement pour les sorties***
 - ***La préparation et l'aide aux repas***
- ***Une utilisation pressentie plus fréquente par le groupe A pour :***
 - ***La préparation et l'aide aux repas***
 - ***L'aide à la toilette***

L'utilisation actuelle de l'APA :

- **82,6 % des personnes estiment utiliser toutes les heures prescrites, moins souvent dans le groupe A**
- **Un différentiel de 10,7 heures / mois déclaré sans différence entre groupes**
- **Plus d'intervenants à domicile en moyenne dans le groupe C et moins dans le groupe B – sans effet sur la perception par les bénéficiaires**
- **Un service d'aide trouvé plutôt facilement sans différence entre groupes**
- **Une moins bonne correspondance des aides apportées aux attentes pour les personnes du groupe A**
- **Une moindre connaissance des possibilités de révision du plan d'aide par les utilisateurs du groupe B**
- **Une négociation systématique des tâches à effectuer plus fréquente dans le groupe A**
- **Une utilisation actuelle d'abord pour le ménage**
- **Une utilisation moins fréquente par le groupe A pour :**
 - **Le ménage**
 - **L'entretien du linge**
 - **L'aide aux courses**
 - **L'accompagnement pour les sorties**
 - **La téléalarme**
- **Une plus forte proportion de personnes pas satisfaites de la qualité du travail fourni dans le groupe A**

3.5 Analyse d'une population de sous-consommateurs auto déclarés

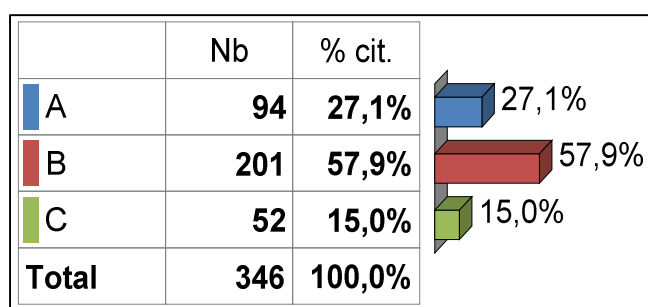
3.5.1 Les utilisateurs

Un sous-groupe portant sur les personnes ayant déclaré ne pas utiliser leurs heures prescrites a été analysé. Il s'agit des personnes ayant répondu qu'elles n'utilisaient qu'une partie des heures ou aucune des heures prescrites.

Cette partie de l'analyse porte ainsi sur 346 sujets.

Comme attendu, la proportion de personnes du groupe C parmi ces sous consommateurs auto déclarés est beaucoup plus faible qu'en moyenne. Ce sont les personnes du groupe B qui forment la part la plus importante de ce sous-groupe dans lequel on observe également une sur représentation des personnes du groupe A.

Figure 4. Répartition par niveau de consommation de l'APA des sous consommateurs auto déclarés

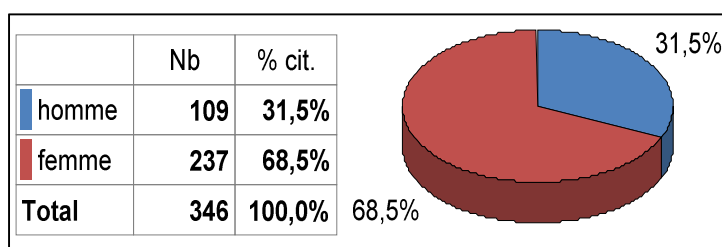


Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.
Exploitation : CREAI-ORS LR

3.5.2 Des hommes moins consommateurs

Il faut noter un nombre plus important d'hommes dans ce sous-groupe comparativement à l'échantillon total, avec une différence de 5 points (31,5 % vs 26,4 %).

Répartition par sexe des sous consommateurs auto déclarés



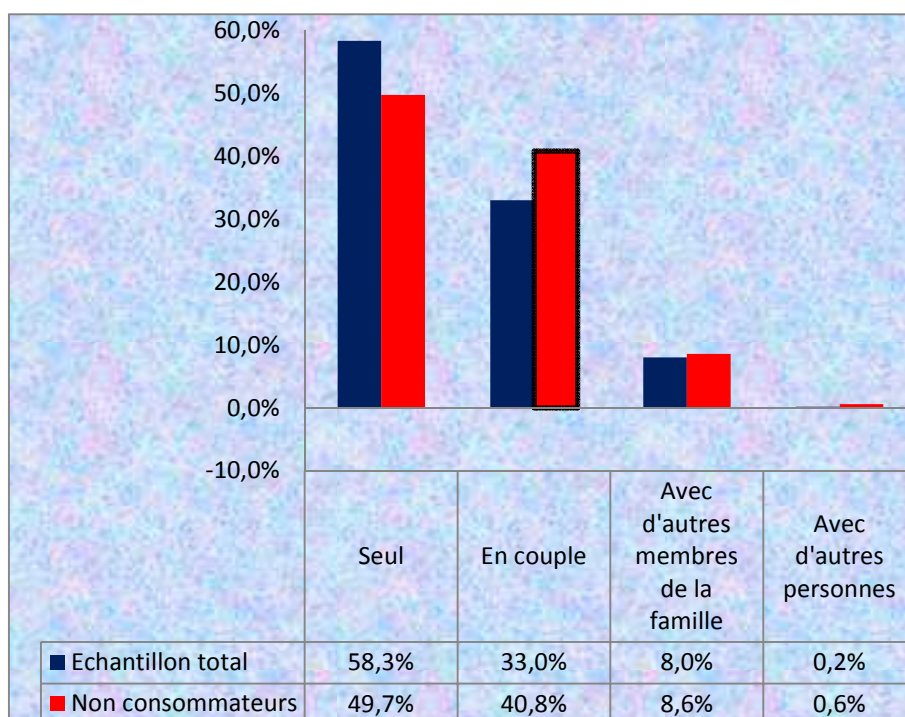
Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.
Exploitation : CREAI-ORS LR

Il n'existe pas de différence de répartition par âge entre le groupe de ces sous consommateurs et le reste de la population ayant participé à l'enquête.

3.5.3 Un mode de vie davantage en faveur du couple

Les personnes vivant seules sont sous représentées dans le groupe des sous consommateurs alors que celui des personnes vivant en couple est sur représenté de façon statistiquement significative.

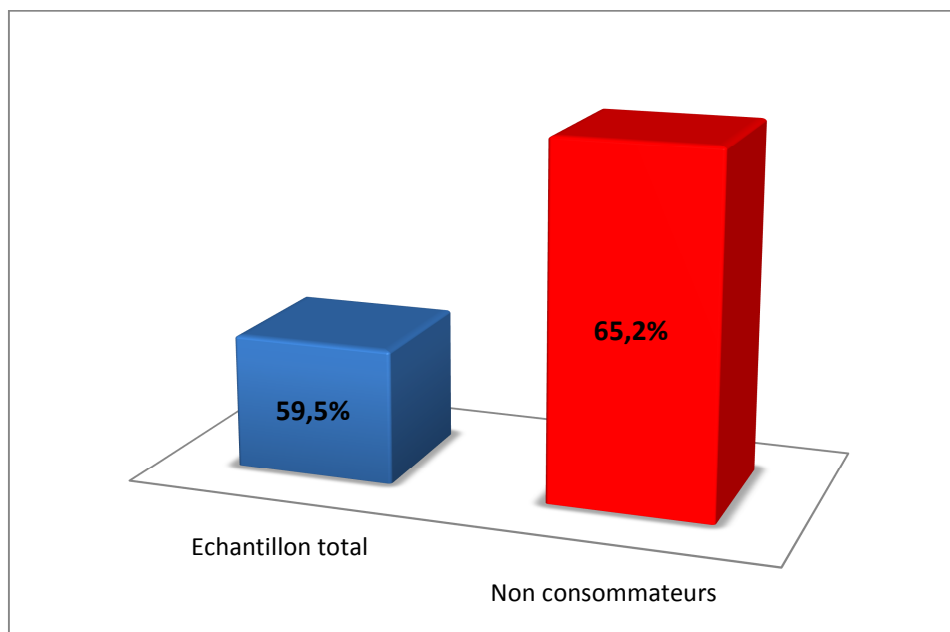
Figure 5. Répartition par mode de vie des sous consommateurs auto déclarés



Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.
Exploitation : CREAI-ORS LR

3.5.4 Une meilleure connaissance du niveau de perte d'autonomie

Figure 6. Connaissance du niveau de perte d'autonomie par les sous consommateurs auto déclarés



Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.
Exploitation : CREAI-ORS LR

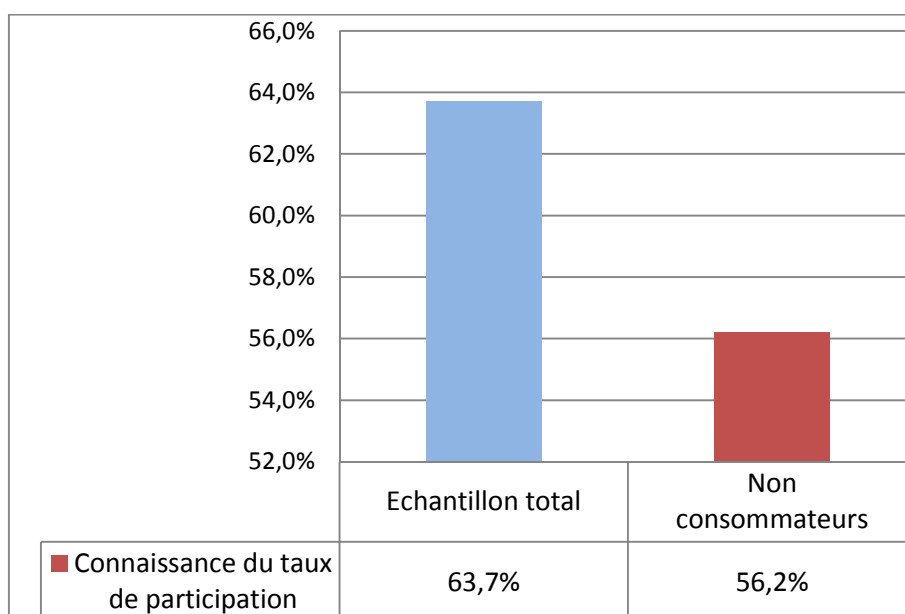
Les personnes qui déclarent ne consommer qu'une partie des heures prescrites connaissent mieux que celles de l'échantillon total leur niveau d'autonomie, avec plus de 5 points d'écart. Par contre, on n'observe pas de différence de répartition par GIR entre les sous consommateurs auto déclarés et le reste de la population analysée.

Il faut noter que le nombre d'heures d'aide accordées par mois ne diffère pas de façon significative entre le groupe des sous consommateurs (26,2 heures par mois \pm 16,7) et ceux qui déclarent utiliser toutes les heures prescrites (25,6 \pm 15,5).

3.5.5 Une moins bonne connaissance du taux de participation

Bien que l'information figure sur la notification, les non consommateurs ont une moins bonne connaissance de leur taux de participation que les personnes de l'échantillon total, avec une différence de plus de 7 points.

Figure 7. Connaissance de leur taux de participation par les sous consommateurs auto déclarés

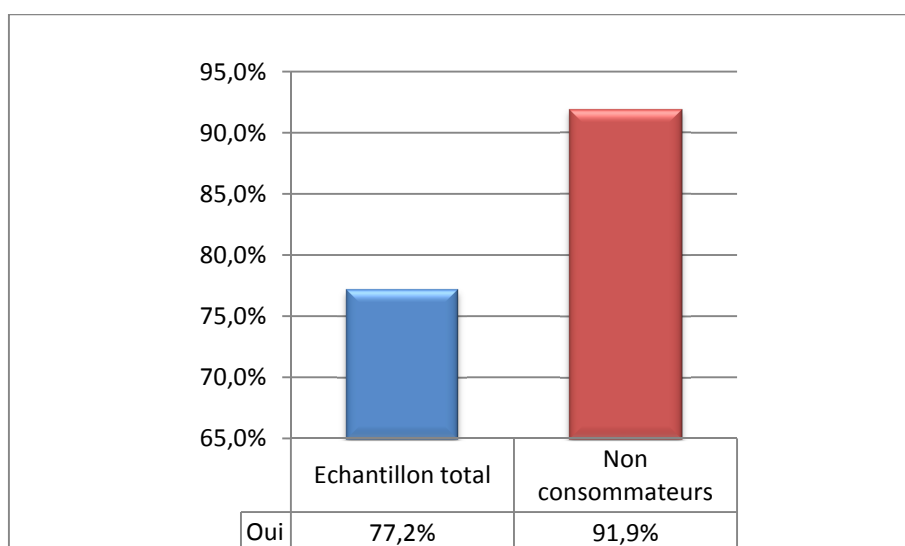


Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.
Exploitation : CREAI-ORS LR

3.5.6 Le poids de la participation financière restant à charge

Ils sont également plus nombreux (91,9 % vs 74,1 %) à indiquer qu'une participation financière reste à leur charge.

Figure 8. Participation financière restant à charge pour les sous consommateurs auto déclarés



Source : Enquête 2014 auprès des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault - CG34, CREAI-ORS-LR.
Exploitation : CREAI-ORS LR

Le taux de participation et le reste dû aux bénéficiaires est la raison principale de la non utilisation ou de l'utilisation partielle de l'APA. Ce résultat vient corroborer celui de l'étude

de l'ORS Midi-Pyrénées (2011)¹⁴ qui a constaté « que le nombre de ménages intégrés au dispositif APA décroît rapidement au-delà de 30 % de coefficient de « reste dû... (...) Les taux de participation des ménages sont inférieurs à 30 % dans 77 % des cas, ne laissant qu'une part résiduelle aux bénéficiaires qui participent à hauteur de 80 %» (p.29). Ces données sont celles issues de l'enquête Qualité APA 31.

¹⁴ ORS MIDI-PYRENEES (2011). Qualité de mise en œuvre de l'APA au domicile : positionnement de gestionnaires, professionnels et bénéficiaires pour une approche croisée de la qualité. Rapport final financé par la DREES-Mire-CNSA.

POINTS SAILLANTS sur le profil des non ou peu utilisateurs de l'APA

- 57,9 % appartiennent au groupe B
- 68,5 % sont des femmes
- 50,8 % sont âgées de 85 ans et plus
- Les moins de 75 ans ne représentant que 14,6 % de l'effectif
- Ils vivent moins seuls (49,7 % seuls vs 58,3 %) et plus souvent en couple (40,8 % vs 33,0 %)
- 53,7 % ont un GIR 4 ; 27,3 % un GIR 3 ; 17,5 % un GIR 2 et 1,5 % un GIR 1
- 92,6 % n'utilisent qu'une partie des heures prescrites par le Conseil général
- En moyenne, le Conseil général leur a attribué 26,4 heures par mois mais ils n'en utilisent que 16,9 heures
- 96,2 % bénéficient de l'APA les jours ouvrables
- 56,2 % n'ont pas connaissance de leur taux de participation
- 85,1 % déclarent ne pas financer eux-mêmes les interventions supplémentaires
- 91,9 % indiquent une participation financière restant à leur charge
- 69,9 % trouvent que le nombre d'heures par semaine attribué est juste ce qu'il faut
- 61,9 % estiment que les démarches et procédures administratives pour obtenir l'APA sont assez faciles
- 65,8 % ont trouvé la visite d'évaluation de leurs besoins d'aide à domicile assez facile
- 59,0 % se disent assez satisfaits de la négociation du plan d'aide avec le service d'aide à domicile
- 72,8 % ont en moyenne 1,3 intervenant (61,7 % ont 1,7 intervenant dans l'échantillon total) à leur domicile et 76,4 % considèrent que c'est juste ce qu'il faut
- 55,0 % ont trouvé leur service d'aide à domicile plutôt facilement
- 46,8 % considèrent que les aides proposées par le service à domicile correspondaient la plupart du temps à leurs attentes et besoins
- 71,3 % ont connaissance de la possibilité de révision du plan d'aide mais seul un quart d'entre eux l'ont demandée
- Ils sont 34,9 % à négocier la plupart du temps les tâches avec les personnes intervenant à leur domicile
- 88,2 % utilisent l'APA pour du ménage
- 49,4 % sont tout à fait satisfaits de la qualité du travail fourni par les intervenants à domicile
- 56,1 % évoquent le poids financier comme raison majeure de la non utilisation totale des heures prescrites

3.6 Les résultats de la partie qualitative de l'enquête auprès des bénéficiaires

Analyse de contenu de discours

Nous avons procédé à l'analyse du discours exprimé à l'occasion d'une question ouverte du questionnaire, à savoir :

« Si vous n'utilisez pas toutes les heures prescrites lors de la signature du plan d'aide, pouvez-vous en préciser les raisons : autre raison »

144 personnes ont pointé des éléments autres que ceux proposés. Dans un certain nombre de cas, ils ont également utilisé cet espace d'expression pour préciser les items sélectionnés parmi ceux proposés comme « le poids financier » par exemple.

Des thématiques fortes se sont ainsi imposées à nous. Nous avons tenté de les ordonner afin de leur donner une cohérence. Cette analyse thématique permet de rendre compte des raisons pour lesquelles les bénéficiaires n'utilisent pas la totalité des heures attribuées par le Conseil général. Elles apparaissent ci-après par ordre d'importance

▪ **Le poids financier**

En lien avec les revenus et la participation financière restant à charge

Le poids financier est la principale raison pour laquelle les bénéficiaires n'utilisent pas la totalité des heures. Plus précisément il s'agit de la participation financière ou le reste dû par le bénéficiaire.

« Avec ma retraite, bien que j'aimerais utiliser davantage d'heures, je ne peux pas me permettre de payer plus de 70 à 80 euros par mois. »

« Ma petite retraite ne me permet pas d'effectuer la totalité des heures allouées. »

« Ma mère a décidé au mois de mars de suspendre l'aide à domicile pour des raisons financières. »

« L'augmentation du taux horaire début 2014 est conséquent (+ 1,20 € de l'heure). »

« Selon les revenus, la participation financière par rapport au prix horaire des services à domicile, revient à un coût horaire beaucoup trop élevé, ce qui fait que je n'utilise pas la totalité des heures octroyées. »

« Je n'ai pas les moyens de payer une participation à 79,89 %. Les services du Conseil général ne tiennent pas compte dans ma déclaration de revenus du montant de la pension mensuelle versée à mon ex-épouse... ce qui fait que mes revenus sont amputés de 45 %.»

« On ne s'est pas encore servi de l'APA car pour deux heures par semaine, le montant de notre participation est de 360,26 euros par mois, soit un taux de participation de 68,73 %, c'est trop cher pour nous et impossible, malgré une bonne retraite. »

En lien avec le décès du conjoint(e)

« Je n'utilise qu'une partie des heures prescrites par rapport au poids financier suite au décès de mon époux ... les revenus ont diminué et les charges financières sont quasiment les mêmes. »

« Depuis le décès de mon mari, la CARSAT ne me donne pas la réversion en prétextant que ma retraite personnelle dépasse le plafond de ressources, mais les charges de la maison sont restées les mêmes, ce qui me fait un gros trou dans le budget. »

« Veuve depuis un an et demi, je vis avec la réversion et donc je limite les impacts financiers. »

▪ **La faible tendance au consumérisme**

Des personnes qui indiquent se contenter de peu, ne pas abuser de l'argent public, ne pas nuire à autrui.

« Vu mon état de santé, j'ai jugé que deux heures par semaine au lieu de quatre pourraient me suffire pour l'instant. Je n'ai pas voulu abuser de l'aide de l'APA. »

« J'utilise les heures dont j'ai besoin. »

« Je n'ai jamais utilisé les 18 heures par mois que l'assistante sociale avait jugé me convenir, seulement 8 heures car le nécessaire et pas le superflu est ma devise. »

« Je ne prends que 4 heures par semaine, si plus tard il me faut des heures de plus je les demanderai. Il est inutile d'abuser des aides accordées. »

« Je n'ai pas besoin d'autant d'heures de ménage par mois. »

« Ne souffrant pas trop en ce moment, 8 heures me satisfont. Je ne veux pas abuser mais j'ignore quel sera mon avenir avec ce cancer. »

« Mon mari est invalide à 80 %. Tant que moi-même je peux physiquement faire face je fais le maximum. Pour l'instant cela représente une économie pour la communauté non négligeable. »

▪ **Conserver son indépendance à tout prix ou nier la dépendance**

« Je tiens à garder un minimum d'indépendance tant que je le peux. Je vais encore seule à 94 ans chez le coiffeur et la manucure. Je garde donc précieusement les heures supplémentaires qui m'ont été accordées pour un peu plus tard. »

« Pour l'instant je me débrouille seul, je préfère rester autonome le plus longtemps possible. »

« Les heures accordées par le Conseil général sont trop importantes car je me déplace encore assez facilement, je n'ai besoin que de deux heures par semaine. »

« J'essaie de récupérer mon autonomie. »

« Tant que je le peux, je fais le maximum à ma hauteur, car je ne peux pas me baisser. »

« Volonté de rester active. »

« J'estime qu'il m'est nécessaire, dans la mesure de mon possible de m'astreindre à faire certaines choses dans ma maison. »

▪ **Un nombre d'heures utilisées jugé suffisant pour le moment**

A la lecture des témoignages, force est de constater la récurrence du terme « suffisant ». En effet, un quart des personnes évoquent l'adjectif suffisant pour décrire le fait qu'elles utilisent un nombre d'heures qu'elles jugent satisfaisantes au vu de leurs besoins actuels.

« 3 heures me satisfont. »

« Je trouve le nombre d'heures que j'utilise suffisant. »

« A ce jour, je n'ai pas besoin de plus. »

« Ce que j'utilise me suffit. »

« Pour l'instant, j'utilise 12 heures par mois, mais les 8 heures restantes me seront utiles plus tard. »

En revanche, si leur état de santé venait à se dégrader, elles utiliseraient alors la totalité des heures allouées par le Conseil général, c'est la raison pour laquelle les termes *pour l'instant* ou *pour le moment* sont indiqués sous-entendu sous réserve d'une aggravation de l'état de santé du bénéficiaire.

« Pour le moment, je n'ai besoin d'aucun intervenant, mais cela ne veut pas dire que dans quelque temps je n'aurais pas besoin d'une aide à domicile. »

« Je n'utilise pas toutes les heures qu'on m'a attribué seulement quelques-unes lorsque j'en ai besoin. Pour l'instant. »

« Je vais certainement utiliser la totalité des heures car je me sens plus fatiguée. »

« Je souhaite garder mon contingent d'heures car malheureusement mon état de santé ne peut que s'aggraver. »

« Je garde ma réserve dans le cas d'une aggravation. »

« Pour le moment, j'utilise le minimum d'heures. Je prévois si je suis malade ou fatiguée d'augmenter le nombre d'heures dans le créneau qui m'est attribué. »

▪ **Le recours à un aidant familial**

Des personnes dépendantes de leur conjoint

Un nombre important de situations sont indiquées, dans lesquelles l'époux ou l'épouse assure et assume l'essentiel des actes de la vie quotidienne, tant qu'ils le peuvent ou qu'ils ont encore la force de soutenir l'autre.

« J'ai mon époux qui m'aide et sans lui qui me seconde et accomplit toutes les formalités administratives, il me serait difficile de vivre seule. Avec son aide, je n'utilise pas toutes les heures qui m'ont été attribuées. »

« Mon conjoint prend le relais » ou « assume la totalité des courses, préparation des repas, aides diverses, sorties, etc. »

« Mon mari s'occupe de l'habillage, l'aide à la toilette, l'accompagnement et les transports hors du domicile, des courses. »

« Pour l'instant, mon épouse m'épaule tant qu'elle le peut. »

« Je n'utilise pas toutes les heures pour l'instant car mon épouse assume le reste. »

« Ma santé pour l'instant me permet de m'occuper de mon mari. »

Outre l'indispensable aide financière, les aidants apportent un étayage affectif et émotionnel qui permet de traverser avec moins de difficultés les aléas que génère la maladie ou le handicap.

En raison de l'état de santé ou de la maladie de la personne, un membre de la famille prend le relais

« En raison d'un traumatisme crânien, mon époux ne supporte plus personne. C'est moi qui m'en occupe, pour le laver, le raser, l'habiller, le coiffer. »

« Ma mère a la maladie d'Alzheimer, elle est vite perturbée par les nouveaux visages, le bruit, etc., voilà pourquoi mon père et moi nous occupons d'elle. »

La question du répit pour ces aidants

« Cela fait un certain temps que je m'occupe de mon époux et j'ai peur qu'un jour je ne puisse plus continuer. »

« Je m'occupe de lui, il est très malade ... et à 83 ans cela me fatigue. »

Des membres de la famille sollicités

Nombre de descendants de bénéficiaires déclarent assumer totalement ou partiellement leurs parents. Certains indiquent pouvoir le faire suite à une cessation d'activité professionnelle, qu'elle soit volontaire ou subie. D'autres le font vraisemblablement par dévouement.

« Ma mère, pour des raisons financières a décidé de suspendre en mars l'aide à domicile, car elle peut faire appel à moi pour l'instant. »

« Je vis avec ma fille de 63 ans et c'est elle qui gère tout ce qui me concerne. »

« Mon fils et sa compagne font le nécessaire. »

« On a droit à 54 heures mais on n'en utilise que 42 pour le ménage car pour le reste c'est ma petite-fille et mon fils qui le font, donc ça suffit. »

« Mon gendre ayant pris une préretraite et pouvant s'occuper de moi, j'ai suspendu temporairement l'APA qui m'a été attribuée. Je vis actuellement chez ma fille et mon gendre. »

« Mes fils et petits-enfants participent à mon assistance, notamment pour l'entretien du linge, les repas et les démarches administratives (courriers). La famille assume. »

« Pour le moment, une de mes petites-filles étudiante à Montpellier vient tous les week-ends et s'occupe de la tenue de la maison. »

« Notre fils sans travail nous aide actuellement » ou encore « J'assume partiellement mes parents comme je suis au chômage. »

▪ **L'amélioration de l'état de santé**

Entre le moment où le bénéficiaire a fait la demande d'APA et maintenant, certains bénéficiaires déclarent avoir récupéré en autonomie.

« Lorsque le Conseil général m'a accordé l'APA, je souffrais de polyarthrite, c'est pourquoi le nombre d'heures auxquelles j'avais droit était assez conséquent. Depuis la maladie s'est considérablement estompée. J'ai récupéré en autonomie. C'est pourquoi aujourd'hui, je n'utilise pas la totalité des heures qui m'ont été accordées. »

« Suite à ma rupture d'anévrisme, j'utilisais les heures allouées mais sept mois plus tard, me sentant un peu mieux, j'ai diminué progressivement les heures d'aide-ménagère pour en utiliser maintenant que 8 sur les 18 heures allouées au départ. »

▪ **Le fait que le conjoint ait également un plan d'aide**

« Mon épouse a également un plan d'aide. »

« Mon conjoint bénéficie déjà de 22 heures par mois. »

« On a droit mon époux et moi-même à 54 heures, on n'en utilise que 42 par mois que pour le ménage et les courses. »

« Nous sommes en couple et donc les heures sont réparties entre mon mari et moi. »

▪ **Des absences du domicile, pour vacances ou pour raisons de santé**

Un certain nombre de bénéficiaires déclarent ne pas utiliser la totalité de leurs heures en raison de visites assez régulières dans leur famille (fratrie, enfants et/ou petits-enfants).

« Je n'utilise pas les heures lorsque nous sommes absents de notre domicile pour aller chez les enfants. »

« Pour l'instant, je suis très souvent chez ma famille dans le Gard, donc je n'utilise pas les services de l'APA. »

« Nous nous absentons de notre domicile pour rendre visite à nos enfants et petits-enfants. »

▪ **Des soins médicaux nécessaires ou une aggravation de l'état de santé**

Un certain nombre de personnes ont pointé le fait qu'elles ne peuvent utiliser la totalité de leurs heures en raison de rendez-vous médicaux, de leur maladie.

« Je passe régulièrement des examens médicaux qui souvent tombent en même temps que le planning. »

« Je n'ai pu par suite d'ennuis de santé, m'occuper de fixer avec le service à domicile un calendrier d'intervention. »

« Je ne peux pas prendre pour le moment toutes les heures qui m'ont été octroyées parce que je suis absente deux fois par semaine pour faire des soins. »

« Lorsque je fais ma chimio je ne puis utiliser les intervenants vu que je passe la ou les journées à la clinique. »

« Je n'utilise pas toutes mes heures car je suis souvent absente pour hospitalisation. »

▪ **Les difficultés avec les intervenants à domicile ou le service d'aide à domicile**

« Le service d'aide à domicile ne fait pas toutes les heures tous les mois il manque dix heures. »

« Les plannings mensuels ne sont pas toujours correctement établis et ne permettent pas l'utilisation totale des heures octroyées. Ainsi, il est souvent advenu que l'intervention aide au repas fasse défaut et donc que ma mère ne mange pas ces midis-là. Et ce mois-ci 5 heures n'ont pas été utilisées !!! »

« Certains mois les 32 heures ne sont pas réalisées ? La raison je ne la connais pas exactement, il s'agit peut-être du manque de personnel. Mais moi j'ai besoin de quelqu'un tous les jours. »

« J'ai normalement 12 heures par mois mais le service n'intervient que 6 heures par manque de personnels. »

« Depuis mi-février 2014, je n'utilise pas toutes mes heures car une de mes trois aides à domicile est en arrêt de travail. »

« L'aide-ménagère ne vient plus depuis février 2009. »

De la nécessité évoquée d'avoir le même intervenant

« Je suis mécontent des intervenants remplaçants, c'est pourquoi quand ce n'est pas mon aide attitrée je n'utilise pas les heures. »

« Il serait judicieux que la même intervenante agisse toute la semaine (un jour sur cinq il y a une personne différente. »

La multiplicité des intervenants

« Je supporte mal la multiplicité des intervenants quand les deux habituels sont en congés ou en récupération. »

« Gêne procurée par tous ces intervenants. »

« Les intervenants sont trop nombreux, ce qui perturbe la bénéficiaire. »

« Je trouve qu'on nous modifie trop souvent les heures et les personnes, on ne met jamais les mêmes personnes et jamais à la même heure et cela nous perturbe. »

« Difficulté de trouver des auxiliaires de vie qui acceptent de travailler avec le CESU déclaré. »

« Manque de personnel (maladies, congés), personnel pas assez qualifié, personnel pas motivé, personnel changeant souvent. »

« Les intervenants ne prennent pas assez d'initiatives pour le bien-être du patient (jeu, sorties, lecture, travaux manuels). »

« Aucune relation avec la référente de l'association X, qui impose ses horaires sans se soucier des problèmes de la personne âgée. Un courrier avec accusé de réception est transmis pour changer d'association. »

« J'ai été déçu par les intervenants. »

« L'intervenante arrivait un quart d'heure en retard et repartait vingt minutes plus tôt, réglait ses problèmes personnels de la maison. De plus elle était très autoritaire et brusque, tant dans ses mouvements que dans ses paroles. Enfin, elle refusait de faire du ménage sans « Viakal », or ce produit trop décapant nous a provoqué des fuites aux robinetteries que nous avons dû remplacer. »

« Travail de ménage trop superficiel ainsi que le soin apporté au linge. »

« Les jeunes femmes ne sont pas assez formées pour les besoins des personnes âgées et le ménage laisse à désirer... mais elles sont gentilles et font à peu près bien. »

4. LES ENTRETIENS AUPRES DES USAGERS

Afin de compléter cette étude quantitative, six entretiens semi directifs d'une heure à une heure et demie ont été menés auprès de personnes âgées volontaires et sollicitées par les professionnels des UTAG. Elles sont toutes en sous-utilisation de leurs heures prescrites dans le plan d'aide.

Les premiers éléments remarquables dans cette phase de l'étude, au-delà de l'excellent taux de retour de l'enquête postale sans relance déjà évoqué, sont l'intérêt et l'accueil que nous ont manifestés et réservés les personnes bénéficiaires de l'APA ou leur représentant : ils étaient tous les six en demande d'échange et de témoignage sur ce sujet et la discussion avec l'enquêteur s'est souvent prolongée au-delà du temps d'entretien proprement dit.

Les entretiens ont eu lieu au domicile des personnes fin mai 2014. Pour s'assurer d'une capacité et d'une disponibilité dans les échanges, des bénéficiaires en GIR 4 ont été principalement ciblés. Un entretien a été réalisé à propos d'une personne en GIR 3. Au total ce sont deux sur six entretiens qui ont été faits avec un aidant (une épouse et une fille) à propos d'un bénéficiaire trop vulnérable pour parler en son nom.

Afin de rendre compte des problématiques territoriales éventuelles entre l'urbain, le péri-urbain et le rural, une mixité de situations a été retenue : un entretien à Montpellier ; un entretien à Clermont-l'Hérault ; deux entretiens à Pézenas ; un entretien à Aspiran et un entretien à Agde.

Une grille d'entretien a permis d'aborder spontanément ou avec des relances, les points suivants :

1. *Quelles sont vos attentes par rapport à l'APA ? Qu'attendez-vous d'une aide à domicile ?*
2. *Pourquoi ? Comment a été faite la demande ?*
3. *Est-ce-que quelqu'un vous a aidé ? Si oui, qui ?*
4. *Quel est votre vécu par rapport à la procédure APA ?*
5. *Comment ça a été organisé ? Comment avez-vous trouvé le service à domicile ?*
6. *Quels contacts avec les services prestataires, liste d'adresses ? Qui s'en est occupé ?*
7. *Quelles sont les raisons de l'utilisation partielle ou semi-partielle de l'APA ?*
8. *Une aide à domicile de qualité, ce serait quoi selon vous ?*

a. Les attentes

Les attentes par rapport à l'APA sont avant tout d'ordre ménager : entretenir la maison, s'occuper du linge et du repassage et à terme une aide pour les courses. C'est bien le souhait de suppléer le bénéficiaire qui est durablement –ou momentanément- diminué et de soulager l'aidant (le mari, l'épouse) qui ne parvient plus à tout assumer et est déjà sollicité par la toilette de son conjoint. Mais les bénéficiaires (féminines essentiellement) insistent sur la qualité humaine de la relation, le soutien moral exercé par l'aide à domicile ; une

personne interrogée dira par rapport à ses attentes vis-à-vis de l'aide à domicile : « *et qu'elle prenne un quart d'heure pour boire un café et discuter* ».

L'élément marquant dans ces témoignages, c'est également le temps qu'il a fallu au bénéficiaire ou son conjoint pour accepter une aide extérieure, alors même que le besoin était là. Le plan d'aide est ainsi mis en place sur des situations d'usure des aidants ou au lendemain d'une hospitalisation du bénéficiaire qui diminué, accepte le tiers. Pour autant, il y a dans les discours recueillis le sentiment qu'il ne faut pas abuser de cette aide : ne prendre que les heures dont on a vraiment besoin, car « *c'est l'Etat qui paye* » ; il s'agit à la fois d'économie personnelle (la question du reste à charge autrement dit le coefficient de participation des usagers) mais aussi d'économie collective : « *on fait le maximum par soi-même tant qu'on le peut* ».

b. La demande d'APA

Nous avons rencontré plusieurs cas de figure qui illustrent l'éventail des situations de mise en place de l'APA.

A la suite d'une lourde opération ou une maladie, le bénéficiaire bénéficie d'une aide à domicile mise en place par sa complémentaire santé pendant un temps limité ; son état justifiant de prolonger cette aide, le même **service d'aide à domicile** suggère une demande d'APA et accompagne le bénéficiaire dans la demande.

Une personne **ayant accompagné une mère vieillissante et handicapée, avait déjà monté un dossier de demande d'APA** auprès d'un service de CCAS quelques années auparavant. Sa situation médicale et son isolement l'amènent à faire cette demande pour elle-même auprès du même organisme et en sollicitant la même intervenante à domicile, avec laquelle une relation de confiance s'était instaurée.

Après plusieurs accidents vasculaires cérébraux le mari de Mme X a besoin d'aide pour manger et faire sa toilette. Mais il refuse une aide infirmière et toute aide extérieure : sa santé psychique se dégrade, il est mutique. Son épouse épuisée se voit incitée et accompagnée **par leur médecin généraliste** pour demander l'APA : elle-même est soignée pour un cancer. Le souhait de ce couple est de rester le plus longtemps possible à domicile, avec la proximité d'un fils et de petits-enfants et une entraide familiale pour les courses. Madame accepte le principe mais continue de s'occuper des soins de son mari : l'APA la soulage du ménage et permet une présence auprès de son époux pendant une heure ou deux qu'elle s'octroie en sorties « *pour souffler* ».

Une **fillette fait la demande d'APA pour sa mère atteinte de la maladie d'Alzheimer** et dont l'époux ne peut plus assumer les tâches ménagères que délaisse son épouse. Il assume déjà la toilette de sa femme, et n'accepte une aide extérieure que difficilement et en situation de

grand épuisement. La fille de ce couple, auxiliaire de vie elle-même, est aussi très impliquée dans le soutien à ses parents.

c. Le vécu autour de la procédure de demande d'APA et de mise en place du plan d'aide

Le travailleur médicosocial du Conseil général est bien repéré par les bénéficiaires qui évoquent la visite d'évaluation à leur domicile (tous nous parlent de « *l'assistante sociale du Conseil général* »). Les témoignages sont ceux de personnes accompagnées d'une manière ou d'une autre dans la démarche ou déjà informées de cette aide. Force est de constater que les critères du plan d'aide ne sont pas abordés spontanément par les bénéficiaires ou leur représentant : le détail du plan d'aide, s'il a été communiqué à la personne (nous savons qu'il l'est depuis peu), ne fait pas l'objet d'un commentaire des bénéficiaires. Ils retiennent au mieux un volume d'heures à utiliser et tous expliquent avoir défini leurs besoins directement avec l'intervenante à domicile, pour revoir à la baisse les heures réellement utilisées.

Ce qui apparaît aussi comme peu évident, c'est la tarification des heures : tous avaient préparé en amont de notre visite leur dossier pour pouvoir se référer au niveau de prise en charge horaire du Conseil général et à leur reste à charge mensuel (ou coefficient de participation). De même, les bénéficiaires ont besoin de se référer à leur notification du plan d'aide pour vérifier le nombre d'heures prescrites : tous utilisent un nombre d'heures inférieur, en ayant oublié la plupart du temps le nombre d'heures prescrites dans le plan. Pour autant, ils souhaitent conserver le droit d'accès aux heures prescrites, au cas où, et parce que leur état de santé se dégradant, ils pensent y avoir recours à moyen ou court terme : « *C'est rassurant de savoir qu'on pourra se faire aider plus et rester chez nous* ». Ce droit de tirage est vécu comme un élément de sécurité et d'adaptation aux besoins.

d. Le choix du service à domicile

Des facteurs divers président au « choix » d'un service à domicile :

- La connaissance antérieure du SAAD, avec un correspondant institutionnel de proximité (le CCAS) et un lien déjà établi avec une salariée du service par exemple, que l'on « choisit » pour être l'aide qui viendra à son domicile;
- La proximité du service par rapport à son domicile : le service est repéré dans son environnement immédiat parce qu'il est installé proche de chez soi ou recherché dans l'annuaire selon ce critère de localisation ;
- La continuité avec le SAAD déjà envoyé par la mutuelle : cette continuité n'est pas toujours un choix et il s'avère que le bénéficiaire s'interroge sur la manière d'en

changer et souhaite avoir la liste des services implantés sur son territoire (territoire Cœur d'Hérault).

En effet, aucune connaissance de l'exhaustivité de l'offre de services du département ou du secteur n'a été repérée lors de ces entretiens. D'aucuns souhaiteraient disposer d'une liste des services afin de pouvoir en changer. Bien évidemment, les particularités de services autorisés ou agréés sont ignorées des personnes rencontrées : il y a tout lieu de penser que les bénéficiaires de l'APA rencontrés ignorent que les services agréés sont placés sous un régime de liberté contractuelle des tarifs et les tarifs des services autorisés sont fixés par le Conseil général.

Une seule (la fille aidante et auxiliaire de vie elle-même pour sa mère, malade d'Alzheimer) témoigne d'une demande de révision du plan d'aide (déposée en février 2014 et en cours au moment de l'entretien) afin qu'elle soit en emploi direct auprès de sa mère (mode d'intervention en gré à gré).

La procédure de révision du plan d'aide n'est pas précisément connue par les interviewés.

Les modalités d'organisation et de régulation avec les services à domicile varient là aussi : pour une grosse association présente sur tout le territoire avec des antennes, le bénéficiaire usager se plaint de ne pas savoir qui est responsable : pas de secrétariat, mais un répondeur et des problèmes de communication internes sont évoqués. En rendez-vous médical le jour habituel de la venue de l'aide à domicile, le bénéficiaire en informe quelques jours avant (par message sur le répondeur) le service, or il trouve un avis de passage de l'intervenante à son retour de l'hôpital ce qui entraîne une facturation pour l'usager.

Dans d'autres cas, le service « fait bien son travail » et propose toujours une remplaçante en cas d'absence de sa salariée : les personnes rencontrées préfèrent pourtant souvent refuser un remplacement et attendre le retour de leur intervenante.

Une personne évoque la procédure qualité avec une enquête annuelle de satisfaction mise en place par le service, service qui convie l'ensemble des bénéficiaires une fois par an autour d'un pot afin d'échanger et de discuter sur le service d'aide à domicile et les attentes des personnes.

Une autre parle d'un service (autorisé) dont sa mère ne bénéficie pas mais elle le cite en exemple : ce service paye bien ses salariés, et chaque bénéficiaire a une personne attitrée et une personne remplaçante elle aussi attitrée et présentée à la personne âgée. Ce service a un faible *turn over* de son personnel, pour le plus grand bénéfice des usagers.

e. Les raisons de la sous-utilisation des heures prescrites

Nous l'avons déjà pointé : peu abordent cette question spontanément dans la mesure où tous ont le sentiment de « consommer » le nombre d'heures dont ils ont besoin sans abuser du système, et apprécient de négocier cela directement avec l'intervenant.

Pourtant c'est bien autour **du coût et du reste à charge** que les personnes rencontrées s'expriment. L'une d'elle nous explique utiliser 12 à 13 heures par mois sur les 18 heures prescrites : compte-tenu de ses conditions de ressources, des charges fixes, des frais de téléalarme et de son reste à charge pour l'APA (2,63 €/heure), cette personne âgée isolée en GIR 4 a un reste à vivre quotidien de 8,50 €. Cela ne lui permet pas de faire beaucoup d'écart et l'impact sur son budget d'une heure d'aide de plus par semaine est trop important.

Dans un témoignage, **l'absentéisme des aides à domicile** (« *pour arrêt maladie, épuisement professionnel et dépression* ») et les conséquences (multiplicité des intervenants) est évoqué comme un frein à l'utilisation des heures. La personne âgée a besoin d'être sécurisée, en confiance avec une intervenante attitrée (des abus sont évoqués par un bénéficiaire quant à la mauvaise volonté de l'aide à domicile de faire le ménage comme lui l'entend : « *moi, je n'ai pas besoin de dame de compagnie !* ». La plupart des témoignages vont dans le sens du refus des bénéficiaires de l'APA des remplaçants proposés par le service : les personnes préfèrent attendre le retour de la personne en qui elles ont confiance.

Le **non-respect des horaires** convenus est aussi dénoncé avec des coups de fil d'explication seulement le lendemain de l'intervention attendue. Certains services ne contrôlèrent pas la présence effective des employés au domicile des bénéficiaires.

Enfin, des **pratiques organisationnelles** de certains services sont dénoncées : la direction du service appelle l'intervenant quand elle est au domicile de la personne âgée à plusieurs reprises pour lui indiquer des changements de rendez-vous et d'heures « *pendant ce temps elle ne fait pas ce pour quoi elle est ici* ».

Une autre personne fait état de dispositions prises pour rester le plus longtemps dans son cadre de vie en plus de l'APA : elle prend les **services occasionnels d'un jardinier** et paie un **service pour une alarme privée**, tout en ayant connaissance de la téléalarme mis en place par le CG 34.

Une autre (l'épouse qui gère la toilette d'un mari dépendant) évoque d'autres priorités que l'augmentation des heures d'aide comme **le besoin d'adapter la salle de bain**. Mais l'appartement étant une propriété de ses enfants, elle a stoppé la démarche au moment où on lui a demandé de déclarer les ressources de ses enfants. Elle ne sait pas auprès de qui se faire conseiller.

f. Les qualités attendues de l'aide à domicile

« Comme pour les travailleurs sociaux, les aides à domicile devraient avoir une formation à la relation d'aide » selon plusieurs personnes interrogées : comment entrer en relation avec l'autre, aborder la relation d'aide quand la personne âgée est malade ou démoralisée, et « savoir aussi se protéger, prendre le recul nécessaire ». D'autres qualités se dessinent au détour des témoignages : deux des personnes rencontrées ont repéré ici une intervenante avec un diplôme d'accompagnement en fin de vie, que l'usager souhaite conserver, et là, une personne qui « a parlé du futur avec l'aide-ménagère ; j'aimerais qu'elle soit mon assistante de vie, que je pourrais alors salarier, pour rester jusqu'au bout chez moi si mon autonomie diminue ... ». Cela s'est fait parce que la relation est privilégiée, depuis longtemps avec la même personne, basée sur l'humanité et une relation de confiance. « Grâce à cette relation privilégiée, je ne me sens pas seule ».

POINTS SAILLANTS des entretiens avec les usagers

- **Des personnes âgées intéressées par la démarche d'étude, souhaitant échanger sur leur expérience du recours à un service d'aide à domicile ;**
- **Des bénéficiaires de l'APA attachés à leur droit de tirage ;**
- **Des attentes d'aide pour compenser leur manque momentané ou durable d'autonomie afin de rester à leur domicile, dans une relation humaine de confiance et de soutien ; pour permettre à un aidant familial de souffler ;**
- **Le dossier APA est souvent porté par un tiers autre que le bénéficiaire et le choix du SAAD privilégie la proximité ou la facilité sans connaissance précise de l'offre du service (les services ne sont pas distingués selon qu'ils sont agréés ou autorisés) ;**
- **Le détail du plan d'aide et la procédure de révision mal connus des bénéficiaires ;**
- **Les principales raisons de sous-utilisation des heures APA sont :**
 - **le reste à charge ;**
 - **l'absentéisme de l'aide à domicile « attirée » ;**
 - **les défauts d'organisation du SAAD (non-respect des horaires d'intervention, refus de l'aide à domicile de faire les tâches souhaitées –ou à la manière du-bénéficiaire, coordination téléphonique du service avec la salariée pendant son temps de présence chez la personne âgée....)**

5. CONCERTATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS DU SECTEUR

5.1 Concertation avec les professionnels des Unités Territoriales d'Action Gériatrique (UTAG)

Organisé en deux temps (le 3 juin et le 16 juin) et parallèlement au travail d'analyse de la base de données des allocataires et des réponses à l'enquête postale auprès des bénéficiaires, cet échange a permis d'associer les quatre UTAG du département : Est héraultais, Cœur d'Hérault, Cités maritimes et Piémont Biterrois. Une grille d'entretien semi directif a servi de conducteur à cet échange : il s'agissait de connaître la perception du non-recours ou recours partiel à l'APA des travailleurs médicosociaux en charge de l'évaluation des besoins et de la manière dont les plans d'aide sont mis en œuvre et révisés. Le deuxième temps a permis de recueillir les propositions d'amélioration du dispositif actuel et de réagir aux premiers éléments d'analyse de la base des allocataires présentés par le CREA-ORS.

Ce sont 9 puis 10 professionnels qui ont participé à ces temps d'échanges : chefs de service, conseillère en économie sociale et familiale, assistant en travail social, infirmière (voir en annexe la liste des participants).

a. Sur la perception du non recours ou du recours partiel à l'APA

Plusieurs motifs ont été évoqués par les participants :

Le frein financier a été cité comme principal obstacle : l'exemple d'une personne avec un GIR 4, qui bénéficie de 27 heures mais n'en utilise que 4, car son loyer est important mais la personne ne souhaite pas déménager, du fait de l'importance du quartier ; le maintien à domicile est possible pour des GIR 1 et 2 si la personne âgée complète avec ses deniers, pour les prestations dimanche et jours fériés par exemple.

Le turn-over des aides à domicile : qu'il s'agisse des modalités d'organisation du service d'aide à domicile (gestion des plannings) ou dans les situations de congés, d'absence des salariés, qui nécessitent des remplacements. Les personnes âgées préfèrent renoncer à l'aide tant l'adaptation à ces changements est difficile.

La multiplicité du nombre d'intervenants à domicile : pour les personnes les moins autonomes (GIR 1 et 2), les soignants, les paramédicaux ainsi que les aides à domicile se succèdent sans arrêt au domicile, pouvant être à l'origine d'un renoncement à recevoir de l'aide, celle-ci étant vécue comme trop intrusive dans le quotidien de la personne âgée.

Le fait que le conjoint ou un tiers se substitue à l'aide à domicile : certains aidants familiaux refusent de lâcher, n'acceptent pas d'être soulagés et ne font pas appel à des aides extérieures (notion de culpabilité, niveau d'exigence, ...).

L'évaluation des besoins est réalisée par les UTAG avec les travailleurs médicosociaux à domicile à un moment donné à un moment où la personne âgée n'est pas forcément préparée à utiliser les heures prescrites : le temps d'explication est rapide, la somme d'information délivrée au moment de l'évaluation est dense et il peut y avoir des écarts de compréhension sur la notion d'aide au maintien à domicile ; il arrive également que la personne âgée ou un tiers demande une révision alors qu'elle n'utilise pas la totalité du plan d'aide.

Des écarts d'heures utilisées sont observés en fonction du GIR : une personne âgée en GIR 2 accepte plus volontiers le planning du service à domicile (il en va de son maintien à domicile), alors que ce n'est pas le cas pour des GIR 4 plus autonomes et davantage en capacité de communiquer et d'exercer leur droit de tirage en tant que de besoin.

On observe une réduction des plans d'aide vers l'entretien du domicile (ménage) : les personnes en GIR 4 prennent prioritairement les heures qui sont de l'aide domestique. Les dimensions de stimulation, lien social, prévention contenus dans les plans d'aide sont mal compris.

Pour certaines personnes âgées, le système APA est complexe : il n'est pas évident de s'y retrouver entre les différents types de services à domicile (des tarifs différents selon les autorisés, agréés...) et les taux de participation.

Le frein culturel : certains bénéficiaires refusent de recevoir chez eux des aides à domicile de culture différente.

b. Sur la mise en place du plan d'aide

Les professionnels du Conseil général se déplacent au domicile des personnes âgées et présentent le dispositif. Mais les UTAG indiquent que les informations données aux personnes sont beaucoup trop denses. Les coordonnées des services d'aide à domicile leur sont laissées. A ce titre, suite à une formation « Métaplan¹⁵ » en 2011, un travail a été réalisé au sein des équipes des UTAG dans le but de fournir aux personnes âgées un schéma très simple, laissé à la suite de l'entretien, mais il n'a jamais été validé par la hiérarchie. Une harmonisation de l'information délivrée reste à faire.

Il y a eu un temps où les travailleurs médicosociaux faisaient l'évaluation des besoins à un moment donné avec une projection sur les besoins à venir (culture professionnelle de l'anticipation). Les évaluations aujourd'hui sont faites au plus près des besoins des bénéficiaires en lien avec des contraintes financières. Le nouveau référentiel 2014 impacte

¹⁵ La méthode « Metaplan » est une technique qui sollicite la créativité d'un groupe en s'appuyant sur la participation des personnes, la visualisation de leurs idées et la structuration de celles-ci. Elle permet d'améliorer l'efficacité des groupes de travail, de prendre en compte toutes les opinions et de permettre la participation et les interactions.

beaucoup les GIR 4 : rééquilibrage des évaluations, limitations des tarifs, mais les bases restent les mêmes.

En résumé, les problèmes en lien avec le plan d'aide sont :

- **Une densité d'informations données aux personnes âgées**
- **Des courriers adressés aux bénéficiaires pas suffisamment compréhensibles et accessibles à tous**
- **Des personnes âgées qui ne sont pas à l'origine de la demande, souvent portée par la famille ou un tiers, ce qui génère des incompréhensions.**

c. Comment les personnes âgées choisissent le service à domicile ?

Selon les professionnels des UTAG rencontrés, les modalités de choix du service à domicile par les personnes âgées répondent à plusieurs cas de figure.

La personne âgée peut connaître déjà un service et l'avoir choisi en amont de la démarche d'évaluation.

Pour les personnes qui ne connaissent pas de services, il est fait mention de la plateforme « Pléiades Emploi Services » qui proposait jusqu'en juin 2014 trois prestataires (par roulement). Aujourd'hui ce service n'est plus proposé. Une liste de l'ensemble des SAAD (130 services environ) va être donnée à chaque visite chez les personnes âgées. En outre, sur ce listing il y aura d'autres informations, à savoir le tarif et le niveau de prise en charge par le Conseil général. Cette dernière information est susceptible de générer à courte échéance des demandes de révision de l'APA.

Les UTAG n'ont pas le droit d'orienter préférentiellement les personnes âgées vers tel ou tel service à domicile, car c'est un marché concurrentiel.

Il est fait mention également par les professionnels d'UTAG de pratique de démarchage commercial de certains services à domicile parfois agressifs et pas toujours très respectueux des personnes âgées.

d. A propos des services d'aide à domicile eux-mêmes

Parmi les services à domicile agréés, les UTAG indiquent ne pas connaître précisément les critères de l'agrément délivré par les services de l'Etat. En revanche, les SAAD doivent avoir un agrément « qualité » fourni par la DIRRECTE (avec un avis du Conseil général 34).

Un certain nombre de constats sont posés par les UTAG :

Du côté des personnes âgées bénéficiaires :

- Une situation de vulnérabilité vis-à-vis de certains prestataires ;
- La nécessité qu'un lien de confiance s'instaure avec les personnes âgées dans l'acceptation du plan d'aide (temps, relation pérenne avec l'aide à domicile,...) ;
- Des familles de bénéficiaires parfois très consommatrices de services à domicile, qui en changent très souvent (niveau d'exigence important).

Du côté des services à domicile :

- Des professionnels en grande souffrance, qui n'ont pas toujours de lieu d'écoute pour la poser, l'exprimer ;
- Un nombre de responsabilités trop important demandé à l'aide à domicile ;
- L'irrespect de la part des personnes âgées ou de leur famille envers les aides à domicile ;
- Des problèmes de diagnostic tardif de handicap psychique chez des personnes âgées avec des mises en danger possibles des intervenants à domicile. Dans ce cas, les UTAG peuvent donner des consignes de marche à suivre ou faire des alertes sur tel ou tel bénéficiaire mais ce n'est pas systématique, à l'exception des cas les plus lourds ;
- Des bénéficiaires en sortie de milieu carcéral qui peuvent faire peur à certains intervenants ;
- Une prise en compte non systématique des pathologies de type Alzheimer, des addictions ou encore des fins de vie ;
- En fonction de l'intervenant, une prescription du plan d'aide plus ou moins suivi avec des réticences évoquées, voire des refus d'accomplir certaines tâches prescrites et inversement des bénéficiaires qui attendent des aides à domicile plus que de l'entretien courant et peuvent ainsi refuser son intervention.

Du côté de l'organisation des SAAD :

Un manque de formation des professionnels à domicile et la nécessité que les services à domicile se dotent de guides de bonnes pratiques. Des exemples sont donnés : une réunion avec un addictologue impulsée par le coordonnateur gérontologique à destination des services à domicile afin de mieux repérer les questions que cela soulève dans le champ gérontologique ; la sensibilisation de l'ensemble d'une équipe d'un important SAAD à la question de la maltraitance, appuyée et confortée par le travail de la MAIA (maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer) de l'Est héraultais ; Suite à la formation « Metaplan » en 2011, un guide de bonnes pratiques issu de groupes de travail des UTAG a été formalisé pour le gré à gré afin de permettre de sécuriser *a minima* le cas de l'emploi direct où la personne âgée est l'employeur ;

- Parfois une facturation double du trajet par certains services alors que les bénéficiaires sont un couple (des abus préjudiciables qui entachent la confiance des PA) ;
- Les petites associations auraient davantage le souci d'être au plus près du plan d'aide, avec une meilleure qualité dans la gestion du personnel (et moins d'absentéisme) ;
- Un problème de territorialisation : dans certains villages ruraux peu de services à domicile sont implantés ;
- Certains services à domicile utilisent l'argument selon lequel si les bénéficiaires n'utilisent pas toutes leurs heures, elles leur seront retirées par le Conseil général (chantage contraire au droit de tirage) ;
- Certaines associations se plaignent du manque d'heures. Une association en difficulté financière a interpellé l'UTAG, suite à un volant d'heures non utilisées en raison de la survenue de plusieurs décès et de départ en maison de retraite ;
- Dans le cas d'un SAAD de CCAS, le chef de service de l'UTAG a été associé à la réflexion à l'occasion de l'ABS (Analyse des besoins sociaux) sur des éléments de bilan et de prospective sur le territoire d'intervention, mais ce type de coopération n'est pas développé et ne pourrait l'être en raison des moyens des UTAG.

e. La révision du plan d'aide et les motifs invoqués

Les personnes âgées sont informées par les UTAG de la possibilité de révision de l'APA, mais le problème demeure de la quantité d'informations données aux bénéficiaires lors du premier entretien. La procédure de révision du plan d'aide se fait par courrier postal ou électronique car un écrit est nécessaire.

Lorsqu'il y a demande de révision du plan d'aide initiée par le bénéficiaire, il s'agit très souvent pour les UTAG de mesurer l'insatisfaction par rapport à l'aide apportée.

Lorsque la révision est à la demande du service à domicile, ce dernier doit interpellier l'UTAG et avoir un motif valable, puis des concertations ont lieu. En aucun cas, le service à domicile ne peut arrêter la prestation, sinon il peut être poursuivi pour faute professionnelle ; le service à domicile doit donner un préavis à la personne âgée et informer le Conseil général un mois avant. Ce préavis n'est toutefois pas toujours respecté. Aujourd'hui les visites prioritaires déclenchées par les SAAD sont dans un cas sur deux non justifiées aux dires des participants.

Les principaux motifs de révision demeurent l'aggravation de l'état de santé de la personne, la sortie de l'hôpital et la volonté de changer de service à domicile, émanant de la famille ou du médecin la plupart du temps. Il est rare que la personne âgée elle-même soit à l'origine de la demande de révision.

f. Des manques évoqués par les UTAG

Les travailleurs médicosociaux des UTAG font le constat qu'une seule visite au domicile du bénéficiaire ne permet pas toujours d'accompagner les personnes âgées, sur la compréhension et l'acceptation des besoins évalués.

L'adaptation prévue par les UTAG n'est pas toujours suivie d'effet de la part du SAAD (3 passages de deux heures par semaine n'a pas le même sens que deux passages de 3 heures) ; il manque des liens avec les services à domicile autour du plan d'aide.

Des partenariats ont pu être développés avec les deux principaux services à domicile (80 % du marché dans l'Hérault). Ce travail d'échanges avec ces deux structures a permis des relations facilitées avec les UTAG, une meilleure compréhension des plans d'aide, d'échanger sur les situations de blocage notamment l'été avec des situations de non-assistance envers les personnes âgées (en particulier pour des personnes en GIR 1), de mieux prévoir les remplacements des personnels des services à domicile, de faire remonter la non volonté du plan d'aide par le bénéficiaire.... Mais, à moyens constants, ce travail ne peut être organisé avec l'ensemble des services.

Des exemples de coopération sont donnés :

Avec l'ADMR : des rencontres à raison de 3 journées par an existent sur les définitions de l'APA et du GIR, les plans d'aide détaillés et l'intérêt de leur respect, les outils d'évaluation, la protection des salariés du SAAD quand des demandes inappropriées viennent (faire les pavés à la brosse à dent a été cité en exemple),

Avec Présence verte : le même contenu avec en plus un débat sur l'importance du rôle de proximité du service à domicile, le repérage de la maltraitance, la raison du nombre d'heures et l'adaptation du volume d'heures.

L'APA existe depuis 12 ans (créée en 2002), et il n'y a pas eu d'évaluation des grilles notamment AGGIR ; *a priori* la CNSA devrait se pencher sur cette question et réfléchir à des référentiels nationaux et notamment concernant les personnes en perte d'autonomie.

Dans le département, l'évaluation initiale au moment de la mise en place de l'APA évoquait 6 000 demandes potentielles : dès 2002, 18 000 demandes ont été faites et en 2014, il y a plus de 20 000 bénéficiaires.

Légalement, l'APA doit être révisée tous les 3 ans (en l'absence de besoin spécifique intermédiaire). Or il n'y a pas la possibilité de le faire aujourd'hui. Pour illustrer cela, il est rapporté que le service de gestion des droits déclenche en 2014 une actualisation des plans d'aide pour les dossiers non révisés depuis 2006. Il faut aussi noter que, en moyenne, la révision s'accompagne souvent d'une hausse de la participation du bénéficiaire et d'une diminution du volume d'heures prescrites.

Dans chaque département, l'APA n'est pas mis en place pareillement (il existe des évaluations en binôme, parfois avec un médecin, et des départements où le gré à gré est majoritaire ...). Des liens existent au niveau de la direction du Service des personnes âgées avec d'autres départements de la région (Pyrénées-Orientales, Gard), mais les travailleurs médicosociaux ne sont pas concernés par ces échanges de pratique.

Les participants relèvent une évolution favorable : les plans d'aide sont adressés et détaillés par écrit aux personnes âgées, ce qui n'était pas le cas à l'origine en plus de la présentation orale.

g. Des propositions pour améliorer le système actuel

- Le département pourrait avoir des exigences en termes de prestataires (formations nécessaires par exemple aux questions d'addiction, ...) et mieux être impliqué en terme d'analyse des besoins sur la délivrance par l'Etat de nouveaux agréments de SAAD ;
- Les participants souhaitent que soit validé le document synthétique d'information à destination des bénéficiaires qui a été réalisé en 2011 par les équipes des UTAG et pouvoir le diffuser ;
- Qu'un travail soit mené sur la formalisation d'une fiche de liaison synthétique avec les prestataires pour pointer des demandes particulières (priorité d'une intervention) à mettre en place systématiquement, dans le cas de personnes isolées. Cela permettrait d'argumenter le calendrier hebdomadaire en expliquant la projection imaginée par le Conseil général sur une semaine ; les bénéficiaires ont un planning mensuel émanant des services à domicile et le Conseil général présente un planning hebdomadaire ; en conséquence, les personnes âgées ne s'y retrouvent pas. Il est nécessaire d'expliciter les raisons pour lesquelles telle prestation a été proposée... ;
- Que les SAAD se dotent de temps de régulation ou d'espaces d'analyse des pratiques pour que les aides à domicile puissent parler de leur quotidien ou de problèmes vécus chez certains bénéficiaires ;
- Les associations devraient se pencher sur le maillage du territoire (analyse des besoins, prendre appui sur le schéma gérontologique) ;
- Compte tenu du public vieillissant et de l'entrée dans la dépendance, inciter les SAAD à faire appel à des Aides médico-psychologiques (AMP) et à des professionnels masculins qui font défaut dans les services à domicile. Le métier des aides à domicile est précaire : il faut une professionnalisation des personnels... Les UTAG indiquent n'avoir pas de visibilité sur le niveau des AVS formés dans les SAAD autorisés ;
- Une réunion des 28 SAAD autorisés avec la Direction des solidarités a lieu une fois par an sur les budgets et les orientations : les UTAG y sont représentées mais c'est surtout un échange budgétaire ;
- Les plans d'aide détaillés sont à présent envoyés par l'UTAG à la direction de l'association mais pas au responsable de secteur donc c'est la raison pour laquelle les

plans ne sont pas toujours relayés sur le terrain : l'organisation interne des SAAD est à questionner ;

- Les UTAG n'ont pas d'attentes particulières sur les structures autorisées : d'ailleurs la culture des SAAD autorisés fait des émules chez les SAAD agréés (livret d'accueil, évaluation, projet personnalisé, procédure qualité...). La seule chose claire pour les bénéficiaires quand ils choisissent un SAAD autorisé : c'est le tarif fixé (pas de dépassement, ni mauvaise surprise) ;
- Aujourd'hui le principe d'une co évaluation avec le SAAD est effectif sur des situations très complexes : habitat difficile, personne âgée très en difficultés ; mais si on ouvre à la co évaluation systématique avec les SAAD, pourquoi pas avec l'hôpital ? Les participants des UTAG affirment leur spécificité dans l'évaluation des besoins et s'il est nécessaire d'améliorer la coordination avec les SAAD autour de la compréhension et l'effectivité du plan d'aide, ils refusent d'entériner le principe que les SAAD autorisés soient juge et partie. Ils perçoivent leur spécificité comme étant un prescripteur intermédiaire entre l'expression d'une demande et l'offre de service.

POINTS SAILLANTS des entretiens avec les travailleurs médicosociaux (TMS) des UTAG

- ***Un diagnostic de non recours fait par les TMS d'UTAG proche de l'expression des usagers, sur les causes principales ;***
- ***L'avis des TMS corrobore l'incompréhension du contenu des plans d'aide et de la procédure de révision (un seul entretien ne suffit pas) mais les TMS mettent à disposition une liste des services, mal repérée par les usagers ;***
- ***Une alerte est faite par les TMS d'UTAG sur la souffrance des aides à domicile (isolées, parfois malmenées, précarisées, défaut de formation et de régulation)***
- ***L'organisation interne des SAAD est pointée ;***
- ***Du point de vue des moyens mis à disposition des TMS : une nécessaire révision de la grille AGGIR est attendue (inadéquation de cet outil par rapport à la maladie d'Alzheimer); une réflexion à mener sur le volume des demandes et les moyens des équipes (pour mémoire, en 2002 au lancement de l'APA : 6 000 demandes potentielles dans le département ; en 2014 : 18 000 demandes ; les révisions des plans d'aide recommandées tous les 3 ans ne sont pas tenables : en 2014, on réactualise les plans inchangés de 2006...);***
- ***Une liste de propositions en matière :***
 - ***D'information délivrée aux PA ;***
 - ***De critères de « sélection » pour les services autorisés en matière de formation obligatoire des salariés (addictions, violence et pathologies,);***
 - ***D'outil de liaison avec les SAAD ;***
 - ***D'organisation des SAAD : formation, maillage territorial, APP, compréhension et observance du détail des plans d'aide au sein des équipes de terrain, ...***

5.2 Concertation avec les responsables des services à domicile autorisés

Organisé en deux temps (le 10 juin et le 19 juin) et parallèlement au travail d'analyse des données collectées, cet échange a été ouvert sur invitation et inscription aux 28 services à domicile autorisés par le Conseil général. Compte-tenu du nombre élevé de services invités, ceux-ci ont été répartis en deux groupes (un le matin et l'autre l'après-midi) sur la base du volontariat. Au total, ce sont dix-neuf services qui ont accepté l'invitation, représentés la plupart du temps par leur responsable. La même grille d'entretien semi directif utilisée avec les UTAG a servi de conducteur à cet échange : il s'agissait de connaître la perception de la non-utilisation ou de l'utilisation partielle à l'APA des SAAD et la manière dont les plans d'aide sont mis en œuvre au domicile des bénéficiaires et révisés. Le deuxième temps de concertation a permis de recueillir les propositions d'amélioration du dispositif actuel et de réagir aux premiers éléments d'analyse de la base des allocataires présentés par le CREAI-ORS (voir en annexe la liste des participants).

a. Sur la perception du non recours ou du recours partiel à l'APA

L'entrée du sujet est bien l'analyse du différentiel entre les heures autorisées et les heures réalisées.

Le poids financier et notamment le reste à charge (taux de participation) est le frein essentiel à l'utilisation de l'aide selon les services à domicile présents. Il existe un différentiel d'environ 5 % entre le plan d'aide prescrit (nombre d'heures) et ce qui est mis en place par le SAAD prestataire lui-même, puis encore un décalage entre ce qui est programmé et ce qui est effectivement réalisé et donc facturé, du fait :

- du nombre important d'hospitalisations des bénéficiaires ;
- de personnes âgées qui vont dans leur famille ;
- cela est d'autant plus vrai pour les GIR 4 en lien avec leur niveau d'autonomie, ces bénéficiaires auraient tendance plus que les autres GIR à annuler les interventions ;
- du manque de liens entre les UTAG et les services à domicile : la seule personne en charge de ce lien dans la pratique est la personne âgée elle-même ;
- La multiplicité des intervenants à domicile.

Cette situation met en péril les services. Les services à domicile présents indiquent qu'ils vont mourir économiquement : comment faire face à 18 décès de bénéficiaires intervenus sur une période courte dans un service à domicile sans nouveau plan ? Par ailleurs, dans la présentation des services présents, on observe un différentiel non négligeable entre le nombre d'heures autorisées et le nombre d'heures effectuées.

A cela plusieurs explications ont été avancées :

- Il existe un nombre conséquent de structures agréées dans le département ; le gré à gré se développe au détriment des SAAD autorisés (secteur très concurrentiel) ;
- Les différences entre les services autorisés et les services agréés ne sont pas accessibles au plus grand nombre, les procédures qualité sont semblables ;
- Les structures autorisées seraient trop chères pour le Conseil général (ce serait la position des UTAG selon les participants) et les bénéficiaires feraient le choix d'aller vers des structures privées moins chères ou vers du gré à gré. ;
- Cela ferait deux ans que des fonds de restructuration auraient été promis aux services autorisés mais n'arrivent pas : leur attribution est conditionnée au retour à l'équilibre financier des structures...

En conséquence, « *le département n'assure pas, les structures et les personnels sont maltraités, on est en train de tuer les structures autorisées.* »

- Les services observent que selon les UTAG, les situations ne sont pas traitées de la même façon : les assistantes sociales seraient plus ou moins proches des situations ;
- Les procédures de révision du plan d'aide est vécue comme trop longue ; cette absence de réactivité aurait pour conséquence un coût financier pour le SAAD qui maintient son accompagnement (pénalité en cas de révision à la baisse) ;
- Le turn-over des assistantes sociales contribue au fait que dans certains UTAG il y a des suivis et dans d'autres, pas du tout ;
- Les bénéficiaires souhaitent une intervention globale (bricolage, pose d'une tringle à rideau, changement d'ampoule, etc.), les structures qui se présentent avec une intervention globale ont plus de succès que les autres ; or ce n'est pas le positionnement professionnel des SAAD qui sont des services médicosociaux ;
- Les structures privées sans convention collective sont moins chères pour le prescripteur (c'est-à-dire le Conseil général) même si parfois c'est l'utilisateur qui complète et paie plus au final... ;
- La mensualisation des heures dans le plan d'aide est vécue comme une contrainte : alors que les caisses de retraite financent des plans annualisés (voire sur 2 ans) avec une organisation en souplesse... ;
- Aujourd'hui, une grande partie des révisions de plan d'aide se traduisent par une baisse des heures voire des sorties d'APA.

b. Sur la mise en place du plan d'aide

Les points suivants sont apportés par les participants sur ce thème :

- L'importance d'avoir du personnel formé ;

- La nécessité de mutualiser entre les services autorisés et de développer une pratique de réseau (autour de la MAIA par exemple) ;
- Le ménage comme soin à domicile avec l'importance du domicile propre ; l'entrée c'est le ménage quel que soit le type de professionnels (TISF, AVS, etc.) ;
- Les AVS n'interviennent pas forcément sur des GIR importants (logique des plannings pas toujours compatible avec logique du bénéficiaire) ;
- L'embauche de 2 emplois d'avenir issus de quartiers difficiles permettent de proposer un coût moindre pour le service : ces personnes non seulement apprennent le métier et sécurisent la salariée en place, même si parfois est évoquée la difficulté pour certains bénéficiaires d'avoir deux personnes à domicile en même temps.
- La mise en place de la télégestion avec le téléphone pour savoir ce qui se passe au domicile avec les salariés (système de pointage et de coordination).

c. Les difficultés rencontrées à domicile

Certains bénéficiaires ne souhaitent pas recevoir l'aide d'hommes à domicile ; d'autres en raison de leur pathologie sont sur la défensive, refusent l'aide, parfois n'ouvrent pas la porte de leur domicile ; d'autres ont des problèmes d'alcoolisme.... D'où la nécessité d'adapter le planning professionnel au planning personnel, d'établir une relation professionnelle dès le début avec la personne âgée (informer, communiquer sur ce que la salariée peut faire dans les limites de sa profession, elle n'est pas une « bonne à tout faire »).

La nécessité de former, de sécuriser les salariés à domicile est réaffirmée : ces professionnels sont eux-mêmes la plupart du temps dans des situations précaires.

Parfois le maintien à domicile s'apparente à de l'enfermement : la personne âgée se trouve enfermée à clef dans son domicile, avec le problème de la gestion des clés au quotidien.

Sur cette question des responsabilités, un CCAS a sollicité un conseil juridique : il y a un vrai risque en ce sens que la structure est responsable en cas d'accident ou d'incendie, et une décharge signée auprès de la famille peut d'ailleurs ne pas suffire en cas de problème ; si la mesure d'enfermement est en rapport avec la pathologie, le certificat médical a-t-il une valeur juridique ?

Sont questionnées également sur ce champ des responsabilités, la gestion de l'argent et la place du tuteur...

Des problèmes de coordination avec les autres intervenants à domicile sont soulevés : achoppements avec les SSIAD, « guerre de pouvoir » entre le médicosocial et le sanitaire avec parfois « une prise de pouvoir » de l'infirmière sur l'aide à domicile, alors amenée à réaliser certains actes d'ordre sanitaire, en raison d'un temps de présence plus conséquent aux côtés de la personne âgée ; des médecins qui ne savent pas ce qu'est un service d'aide à domicile (sauf dans le cas où ce dernier a travaillé ou travaille en maison de retraite) ; des

aidants familiaux qui indiquent faire des choses à domicile lors de l'élaboration du plan d'aide, ce qui ne signifie pas pour autant qu'ils seront en mesure de le faire tout le temps, alors même que la personne âgée est en GIR 1.

d. Comment les personnes âgées choisissent le service à domicile ?

Normalement la personne âgée est censée avoir le libre choix de son service à domicile, or aux dires des services présents : «*Le libre-choix dans le cadre de l'APA est une fumisterie* » : il est question de pratiques contestables de démarchage des personnes âgées par des services (démarchage avec fichiers nominatifs des bénéficiaires de l'APA) La question du libre choix de l'usager est posée...

En outre, la personne âgée ne dispose que de l'information relative au tarif horaire et sur ce critère les services à domicile autorisés ne sont pas les mieux placés. L'information se fait par le bouche à oreille et là encore les services à domicile autorisés sont en queue de peloton ; les critères seraient alors purement économiques.

Initialement avec Pléiades Emploi Services, il était prévu un tour de rôle informatisé des services à domicile mais ce n'est plus le cas.

Parfois, les services à domicile sont directement sollicités par les personnes âgées, les services montent le dossier de demande d'APA avec elles et ensuite l'assistante sociale de l'UTAG retoque le dossier et « nomme » une autre structure, alors même que les UTAG devraient être impartiales ; il est pointé un manque d'échanges et de concertations avec les UTAG selon les secteurs.

Sur le droit de tirage : des assistantes sociales mentionneraient un volant d'heures plus important en cas de besoin à terme.

e. Des manques évoqués par les SAAD

Le rôle des familles qui demandent l'APA pour leurs proches et la manière de présenter les services est pointée par les services à domicile : il faudrait insister sur ce que veut dire « se faire aider », il y a souvent des refus, d'où la nécessité d'expliquer la notion d'aide par les UTAG (sensibilisation et explicitation de l'acceptation de l'aide par les services d'aide à domicile) ;

Il n'est possible de rencontrer les UTAG que lors de situations difficiles voire dans l'urgence, sinon cela ne se fait pas. Le CCAS de Montpellier, lui a pris l'habitude d'interpeller le Conseil général dès lors qu'il rencontre des situations complexes en lien avec la Maison des Seniors. Selon les services à domicile, il y aurait un manque d'interlocuteurs attitrés au Conseil

général (en raison de vacances, d'absence, de personnel submergé, de turn-over important, etc.)

D'autres problèmes évoqués seraient liés à :

- la mensualisation du nombre d'heures ;
- au fait de ne pas rencontrer les UTAG et ne pas savoir ce qui est dit aux personnes âgées ;
- la rétroactivité du plan d'aide : le plan d'aide démarre 3 mois avant la mise en place du service à domicile qui du coup perd des heures ;
- l'ancienneté des plans d'aide : le plan n'est pas forcément révisé au rythme de la perte d'autonomie ;
- le manque de réactivité lors de la révision du plan d'aide ;
- une aide à domicile souvent réduite à du ménage ;
- une réglementation et une réalité du terrain qui diffèrent ; il serait souhaitable de gérer le paradoxe entre le droit des usagers et le droit des salariés ;
- pas de fiche de liaison entre UTAG et services à domicile hormis par courrier électronique, et là encore cela diffère selon le secteur.

f. Des propositions pour améliorer le système actuel

Un certain nombre de pistes d'amélioration ont été évoquées par les responsables des services à domicile.

- Que les services à domicile soient partenaires du Conseil général et non pas seulement des prestataires (idée de charte entre le Conseil général et les services autorisés, « *professionnels de l'aide à domicile et non des techniciens du ménage* ») ; dans le schéma gérontologique est inscrit le principe d'un appui à l'aidant familial : que fait-on de ce principe si on diminue les heures prescrites ?
- Lors des demandes de révision, que les UTAG sollicitent l'expertise des services à domicile et s'appuient sur eux et notamment l'AVS qui connaît le mieux la réalité de l'utilisateur au quotidien à domicile ;
- Avoir un interlocuteur à l'UTAG sur la révision du plan d'aide, ne serait-ce que par téléphone ;
- Que les services prestataires réalisent les évaluations aux côtés des UTAG.

La nécessité s'exprime :

- de faire signer un document par les personnes âgées sur lequel les heures sont indiquées, ce qui pourrait préserver le service à domicile ; ce qui est signé c'est ce qui est réalisé et non ce qui est prescrit ;

- de clarifier la position du Conseil général sur la sollicitation des services autorisés par rapport aux services agréés : les services autorisés se perçoivent positionnés par le Conseil général sur les situations les plus lourdes (GIR 1, 2 ou 3) ;
- de prendre en compte habitat et son amélioration en collaboration avec les UTAG.

Enfin :

- Souhait que le Conseil général organise des temps avec les services à domicile voire une Journée annuelle de l'aide à domicile ; des espaces de travail sont déjà identifiés et repérants comme les réunions du CLIC qui permettent la rencontre avec les travailleurs médicosociaux des UTAG ;
- Avoir la possibilité de télécharger par Internet (en format PDF) les dossiers APA comme cela se fait dans d'autres régions ;
- Le travail d'explication avec la personne âgée nécessite du temps, cela devrait être inclus dans des forfaits qualité ou dans l'organisation des interventions et ne pas être intégré dans le tarif horaire ;
- Les services sollicitent une aide du CG34 afin de les équiper pour la télégestion (mobiles à badger au domicile des usagers et outil de gestion du plan d'aide)

En synthèse et lorsqu'on demande aux services de prioriser les propositions, on retiendra :

(1) Il faut refonder le secteur de l'aide à domicile : le débat du secteur médicosocial est à repenser. L'idée et la vocation pour les services autorisés n'est pas de se développer à tout prix et faire des heures.

- Dans le cas où le SAAD instruit le dossier de demande d'APA, pouvoir autoriser une **évaluation sociale** et **laisser une trace** (avis sur la situation, éléments d'urgence de la situation comme pour les caisses de retraite) ; un échange autour d'un outil commun partagé par le prescripteur et l'intervenant à domicile... ;
- Les conseils de vie sociale (CVS) : Ils ont lieu deux fois l'an pour certains SAAD avec très peu de participants. Lors de son assemblée générale, un service a nommé une présidente des usagers et fait une information aux bénéficiaires pour qu'elle porte leurs paroles. Ça peut aboutir à proposer des actions collectives (comme en CCAS) ;
- L'objectif : la mise en place d'un dossier unique de l'utilisateur, pour permettre aux travailleurs médicosociaux de suivre le dossier de l'utilisateur ;
- Un accès pour les SAAD, via une plateforme, aux dossiers des personnes âgées ;
- Une mutation à faire en interne : il faut penser des actions intégrées et collectivement couvrir la gamme de besoins et le territoire (de l'organisation fédérale au professionnel : proposer des réponses aux usagers, penser « un panier de services » porté par un ensemble d'opérateurs). **« Cela manque de solidarité interne entre les services autorisés sur l'aspect géographique (on est**

en concurrence entre nous en l'absence de sectorisation) + deux gros services qui prennent tout! La fédération (ADESSA) doit devenir un syndicat professionnel ».

- (2) **Il faut clarifier les informations données aux usagers** : il y a des services médicosociaux et les autres.
- (3) **L'utilisateur a une prescription et une orientation** : *« ce n'est donc pas le choix d'un client comme un autre mais celui d'un usager qui souhaite rester à domicile ».* Il a besoin d'être accompagné pour cela (selon des modalités proches d'un SAVS par analogie avec le champ du handicap).
- (4) **Veiller à une meilleure réactivité des UTAG dans leurs réponses aux questions et interpellations des SAAD autorisées** (moyens de communication, modalités de concertation)

Aujourd'hui il existe seulement des négociations au niveau du budget avec le Conseil général mais pas dans les procédures de travail. Trois niveaux de communication des services autorisés avec le Conseil général coexistent :

- ✓ *« comme SAAD autorisé on parle avec le service médicosocial ;*
- ✓ *nos fédérations parlent avec le Président et les vice-présidents;*
- ✓ *les SAAD ne rencontrent pas les UTAG qui ont des pratiques sans attache avec le schéma gérontologique. La gestion interne des services est mouvante et on observe un manque de standardisation des évaluations. »*

Le système ne permet pas la rencontre autour de l'utilisateur. Il n'existe pas de référent de la personne accompagnée. Et tout le monde coordonne : le médecin, le SSIAD, la famille.... Ce serait plus simple que le SAAD organise la coordination. De fait les auxiliaires de vie jouent le rôle de référent et coordinateur du projet (du type des SAVS... pour les GIR 1 et 2 et quand la personne est sans famille).

- (5) **Reprendre avec l'utilisateur le sens de l'intervention** : expliquer voire éduquer lors de l'évaluation du plan d'aide (c'est une PEC et pas du confort ménager) ; valoriser le métier d'aide à domicile (idée de formaliser un règlement définissant le travail d'une aide à domicile et les limites de risques et responsabilités qu'elle peut prendre).
- (6) **Que ce travail (une étude) soit fait auprès des usagers de SAAD autorisés avec une démarche comparative avec les services agréés.**

POINTS SAILLANTS des entretiens avec les responsables des services d'aides à domicile autorisés (SAAD)

- **Une analyse du différentiel entre les heures autorisées et les heures réalisées du fait :**
 - du taux de participation à la charge des personnes âgées
 - des difficultés à mettre en place ces heures par les SAAD (absences et hospitalisation des usagers, absences du personnel du SAAD, convention collective contraignante pour les heures le WE,)
 - des refus de la personne âgée pour d'autre raison que celle économique (refus des remplacements, préférence pour l'entraide familiale, incompréhension des objectifs de l'aide en termes de stimulation ou lien social par exemple....)
- **Des SAAD autorisés qui peuvent être en péril et dénoncent :**
 - une intention attribuée à la collectivité de rechercher des économies, en « laissant se déployer » les services agréés dont le coût peut être supporté par l'utilisateur, au détriment des services autorisés plus onéreux pour l'institution ;
 - un déficit de reconnaissance du statut de service médicosocial et des manques de côté du partenariat ;
 - une tendance à la révision des plans d'aide synonyme de diminution des heures ;
 - un conflit des SAAD autorisés entre le droit des usagers et le droit des salariés : situation de mise en concurrence déloyale avec les services agréés sur le plan social ;
- **Des pistes de travail prioritaires :**
 - Une nécessaire refonte du secteur de l'aide à domicile ;
 - Une clarification des informations délivrées aux usagers sur les missions du SAAD ;
 - Repositionner l'accompagnement des SAAD dans la mission médicosociale où l'utilisateur a besoin d'une aide et a donc une prescription (un plan d'aide) et une orientation vers un service qui concourt à son maintien à domicile ;
 - Veiller à une meilleure collaboration entre les UTAG et les SAAD autorisés – notamment lors de la révision/ l'adaptation du plan d'aide ;
 - Expliquer la prise en charge à l'utilisateur, et les aidants familiaux, afin de revaloriser le métier d'aide à domicile ;
 - Faire une étude comparative (voire évaluative) de même nature avec les SAAD agréés.

6 SYNTHÈSE ET DISCUSSION

La Direction de l'autonomie du Conseil général de l'Hérault a confié une étude au CREAI-ORS portant sur des éléments de compréhension concernant la non utilisation ou l'utilisation partielle des heures allouées dans le cadre de l'APA par des bénéficiaires vivant à leur domicile et utilisant un service prestataire d'aide à domicile.

D'une manière générale, on peut distinguer trois niveaux dans l'accès aux droits et aux services en général, ces trois niveaux s'appliquant également au domaine de l'APA :

- un non recours par non connaissance du dispositif ou de son mode d'accès ;
- une absence de demande par une personne connaissant le dispositif et qui peut y être éligible ;
- une non utilisation ou une utilisation partielle du dispositif par une personne le connaissant, ayant demandé à y accéder et à qui l'accès au dispositif a été accordé.

C'est l'étude de cette dernière situation pour en décrire la fréquence, les caractéristiques des personnes concernées et les facteurs explicatifs de ces comportements qui a été demandée par le Conseil général de l'Hérault.

La recherche bibliographique menée en amont de cette étude a montré que très peu de travaux se sont attachés à cet aspect du non recours à l'APA. En cela, l'étude menée sur le territoire Héraultais a un caractère novateur.

La méthodologie développée par le CREAI-ORS Languedoc-Roussillon pour répondre à cette demande s'est développée autour de plusieurs axes :

- une analyse des données extraites (après anonymisation) de la base des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault ;
- une enquête postale par auto-questionnaire auprès de trois groupes de bénéficiaires de l'APA ; les personnes ayant utilisé moins de 15 % des heures accordées au cours du 4e trimestre 2013, les personnes ayant utilisé entre 15 % et 80 % des heures accordées et les personnes ayant utilisé plus de 80 % des heures utilisées. Les techniques d'échantillonnage et de redressement ont permis d'obtenir un échantillon représentatif des bénéficiaires de l'APA dans l'Hérault permettant une comparaison entre les trois groupes d'utilisateurs ;
- des entretiens semi directifs avec des personnes âgées utilisatrices partielles de l'aide accordée permettant de compléter l'approche quantitative de l'enquête par questionnaire d'éléments plus qualitatifs ;
- des concertations avec des travailleurs médicosociaux des quatre UTAG de l'Hérault d'une part, des représentants des services autorisés d'aide à domicile d'autre part, permettant de produire une analyse partagée par les acteurs de terrain de la problématique traitée.

Il faut noter le haut niveau d'intérêt des personnes sollicitées pour cette démarche d'étude et d'analyse : forte participation à l'enquête postale (trois personnes sollicitées sur cinq ont répondu sans relance) ; facilité de contact avec les bénéficiaires de l'APA pour les entretiens semi directifs et au niveau de participation aux concertations (toutes les UTAG représentées et 19 des 28 SAAD autorisés).

Pour des raisons de non faisabilité technique dans les délais impartis à la réalisation de ce travail, les données analysées en provenance de la base communiquée par les services du Conseil général ne comportaient pas d'information sur le type de SAAD (autorisé ou agréé) auquel les bénéficiaires de l'APA font appel. Cette question n'a pas été introduite dans le questionnaire postal. Cependant cette limite au niveau de notre analyse est relative, plus de 85 % des heures de SSAD payées le sont à des services autorisés.

Enfin, les procédures de redressement mises en œuvre ont permis de compenser les déficits de réponses de certaines catégories de personnes (bas niveau d'utilisation de l'APA, GIR témoignant d'un niveau élevé de dépendance et âge élevé).

Tous ces éléments permettent de disposer d'un corpus de données et d'informations conséquent. Il permet de caractériser l'ampleur du phénomène : près d'un tiers des heures accordées ne sont pas utilisées et deux bénéficiaires sur cinq utilisent moins de 80 % des heures accordées). Il n'est pas possible de reprendre ici tous les éléments qui peuvent contribuer à ce phénomène, mais il est intéressant de noter qu'ils sont nombreux et portent sur des éléments différents allant de la non conscience de cette sous-utilisation par les bénéficiaires eux-mêmes (près des trois quart des personnes utilisant moins de 15 % des heures accordées estiment utiliser toutes les heures accordées), à la perception des utilisateurs de l'aide pouvant être apportée et du contenu réel de l'APA en passant sur les questions d'évaluation de la dépendance et d'élaboration des plans d'aide, de mise en œuvre de celui-ci et de concertation entre acteurs (le bénéficiaire, son entourage, les TMS des UTAG et les intervenants des SAAD). Pour faciliter l'accès à ces différents résultats, chaque partie de ce rapport se termine par un encadré reprenant les points saillants qui peuvent en être tirés.

A partir de cette somme d'informations, trois grands axes peuvent être dégagés comme support à la discussion et aux échanges à venir à partir des résultats obtenus :

- le premier relève du prescripteur, soit le Conseil général et les équipes qui mettent en œuvre les missions qui incombent à compenser la perte d'autonomie et rester à domicile ;
- le second est une réflexion sur l'activité d'une partie des acteurs des services prestataires d'aide à domicile, à savoir ceux qui sont autorisés pour une période de quinze ans par le Président du Conseil général et sont soumis au Code de l'Action sociale et des familles ;

- le troisième est l'axe des bénéficiaires de l'APA, les usagers du dispositif, qui sont confrontés à la complexité et au manque de lisibilité du secteur et dont le mécanisme de droit d'option ne permet pas toujours de faire un choix éclairé.

6.1 La question de l'évaluation des besoins par le prescripteur et la réponse par le plan d'aide

Plusieurs éléments ressortent qui peuvent faire l'objet d'action dans ce domaine. Il y a d'abord la question de l'évaluation de la dépendance et de l'élaboration des plans d'aide : les disparités territoriales pressenties par les acteurs de terrain sont confirmées par les résultats des analyses menées. De plus, les données montrent que pour les plans récents, si le nombre d'heures accordées est moins important qu'avant, le nombre d'heures utilisées est lui plus élevé et le taux d'utilisation meilleur. Il ressort également que des actions sont à développer pour une meilleure explication des contenus des plans d'aide, aussi vers les bénéficiaires, leur entourage et vers les intervenants.

Les axes de travail dans ce domaine pourraient être les suivants :

- harmoniser les pratiques d'évaluation afin de :
 - réduire l'écart entre la prescription et l'utilisation où lorsque la diminution des volumes d'heures prescrites n'est pas synonyme de mauvaise pratique... ;
 - réduire les disparités territoriales dans un souci d'égalité de traitement des Héraultais sur le territoire départemental ;
- travailler les modes et le contenu des accompagnements des plans d'aide tant du côté de la communication avec les usagers et leurs aidants naturels (pour s'assurer d'une bonne compréhension de l'objectif et du contenu du plan) qu'avec les SAAD autorisés en développant une culture de la liaison et une coopération dans un contexte marchand de concurrence ...) ;
- prendre en compte la question démographique. Initialement en 2002, le nombre de demandes d'APA était estimé à 6 000 par an ; en 2014, plus de 18 000 demandes auront été traitées. Dans un contexte d'accroissement de l'espérance de vie et de stabilisation de l'espérance de vie sans incapacité, le nombre de demandes va continuer à croître sous le seul effet démographique. La question des moyens pour assurer les évaluations initiales d'une part, les révisions des plans d'aide d'autre part est donc posée ;
- la question du reste à charge pour les bénéficiaires est également posée même si elle est difficile à traiter dans le contexte économique actuel. La question du poids financier est le motif avancé en premier par les utilisateurs pour expliquer l'utilisation partielle des heures accordées. Force est de constater qu'un reste à charge calculé à l'heure utilisée a un impact plus important sur les personnes les plus dépendantes, ayant besoin d'un nombre élevé d'heures que sur les personnes les moins

dépendantes pour qui le nombre d'heures nécessaires à leur accompagnement est moindre ;

- enfin, bien que cet élément soit de compétence nationale, la question de la révision de la grille AGGIR se pose, notamment en raison des capacités limitées de cette grille à évaluer l'impact des détériorations cognitives sur la vie quotidienne. Cet élément est souligné dans le rapport de l'Inspecteur général des affaires sociales, Patrick GOHET (2013) qui insiste sur le manque de pertinence et l'inadéquation de la grille AGGIR par rapport notamment à la prévention de la maladie d'Alzheimer. Hors ce champ de prévention du risque de perte d'autonomie au domicile des bénéficiaires de l'APA est dans le périmètre d'action des services médicosociaux.

6.2 Le positionnement, les attentes et les contraintes des services d'aide à domicile autorisés par le département dans un environnement juridique et tarifaire « ouvert »

Les éléments pouvant justifier les actions à mener dans ce domaine proviennent des différentes sources questionnées dans notre démarche. Par exemple, les utilisateurs mettent en avant des difficultés de mise en œuvre de l'APA, les TMS des UTAG mettent en avant la nécessité de clarifier le positionnement des SAAD autorisés aux yeux du public et le travail à mener sur leur organisation interne, les SAAD enfin sur les questions de contraintes organisationnelles qui sont les leurs et de mise en avant de leurs spécificités.

Le constat est également fait que le secteur de l'aide à domicile est ouvert aux entreprises depuis la loi Borloo. Cela entraîne une confrontation de logiques à prendre en compte entre la procédure d'autorisation qui relève du Président du Conseil général (avec les contraintes du cahier des charges et de la convention collective) et la délivrance d'agrément par les services du Ministère du travail dans le département (sans distinction entre le secteur marchand de l'aide à domicile et le cas de l'APA).

Plusieurs axes de travail peuvent être proposés :

- une demande de reconnaissance des SAAD autorisés par leur tutelle comme partenaires de la politique du département dans le domaine gérontologique et leur capacité à apporter des éléments évaluation sociale des situations à domicile en particulier ;
- une demande d'amélioration de la coordination sur le terrain avec les UTAG ;
- une meilleure information des usagers sur les SAAD existants par territoire en précisant notamment la nature de service médicosocial des services autorisés ;
- une coordination avec les différentes directions du Conseil général : la direction de l'autonomie sur le terrain (via les TMS d'UTAG) et la Direction de l'offre médicosociale (pour les arbitrages tarifaires annuels) ;

- la prise en compte que ces services autorisés sont en prise avec des questions d'organisation et de management auxquelles s'ajoute l'enjeu d'attractivité du secteur de l'aide à domicile pour les personnes qui y travaillent : conditions de travail et pénibilité, absentéisme difficile à concilier avec la volonté de stabiliser l'intervenant au domicile de la personne, formation et polyvalence, rémunération, prévention et régulation des situations à risque, coordination de l'intervention quand les deux conjoints bénéficient de l'APA...

6.3 La réalité des perceptions, des besoins et des attentes des bénéficiaires vis-à-vis de l'APA

Enfin, des éléments sont à travailler également avec les bénéficiaires eux-mêmes. Les données collectées au travers de l'enquête, au cours des entretiens et pendant les concertations mettent en avant qu'une part importante des bénéficiaires de l'APA a une connaissance limitée de la nature même de l'accompagnement proposé à travers cette allocation. Elle est en premier lieu perçue comme une aide aux tâches ménagères sans prise en compte des dimensions de prévention, par exemple, qu'elle contient. La prise en compte de la place de l'entourage, des situations de couples, de la présence d'aidants familiaux sont des éléments à intégrer dans l'appréciation de chaque situation individuelle et dans l'élaboration des réponses à apporter.

Les axes à travailler dans ce domaine pourraient être les suivants :

- réfléchir à l'impact du poids financier, sur la non réalisation du plan d'aide ;
- favoriser la lisibilité du secteur et repérer les facteurs de vulnérabilités. Il s'agit, par exemple, des conditions d'exercice du « droit de tirage » (un volant d'heures accordées aujourd'hui non utilisées mais dont on pourrait avoir besoin plus tard. L'avis de l'utilisateur est supposé éclairé dans ce domaine ; or la concentration de l'offre sur certains territoires sur un nombre limité de services, les pratiques agressives de démarchage de certains SAAD et le chantage de ces services limitent cette possibilité. Cela peut être également aggravé quand un aidant familial en situation précaire professionnellement est incité à basculer vers de la prestation en gré à gré vers son proche sans formation ni accompagnement ;
- accompagner par de l'information une évolution des perceptions de l'aide à domicile « réduites » au ménage ou au contraire une insatisfaction parce que l'attente est plus globale au-delà de la mission médicosociale des SAAD autorisés ;
- aller dans le sens d'une meilleure reconnaissance et coordination entre les aidants naturels et les intervenants professionnels des SAAD.

7. TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1. Répartition par groupe d'utilisation de l'APA	27
Figure 2. Âge selon le type de consommateurs	29
Figure 3. Connaissance du niveau de perte d'autonomie.....	31
Figure 4. Répartition par niveau de consommation de l'APA des sous consommateurs auto déclarés.....	55
Figure 5. Répartition par mode de vie des sous consommateurs auto déclarés.....	56
Figure 6. Connaissance du niveau de perte d'autonomie par les sous consommateurs auto déclarés.....	57
Figure 7. Connaissance de leur taux de participation par les sous consommateurs auto déclarés	58
Figure 8. Participation financière restant à charge pour les sous consommateurs auto déclarés	58
Tableau 1. Principaux déterminants des situations d'indus % (extrait du rapport p. 72).....	15
Tableau 2. Distribution des heures des plans d'aides selon le GIR	19
Tableau 3. Taux moyen d'utilisation de l'APA par UTAG et par agences de la solidarité de l'Hérault (%)..	20
Tableau 4. Qualité de la personne ayant complété le questionnaire	27
Tableau 5. Répartition par sexe.....	28
Tableau 6. Modes de vie en fonction du niveau de consommation de l'APA.....	30
Tableau 7. Accueil temporaire et niveau de consommation de l'APA.....	30
Tableau 8. GIR et niveau de consommation de l'APA.....	31
Tableau 9. Origine de la demande d'APA et niveau de consommation de l'APA	32
Tableau 10. Nombre d'heures accordées par mois et niveau de consommation de l'APA.....	33
Tableau 11. Nombre d'heures accordées et niveau de consommation de l'APA.....	33
Tableau 12. Période d'utilisation des heures accordées et niveau de consommation de l'APA	34
Tableau 13. Financement d'heures supplémentaires et niveau de consommation de l'APA	34
Tableau 14. Connaissance du taux de participation et niveau de consommation de l'APA.....	35
Tableau 15. Participation financière à charge et niveau de consommation de l'APA	36
Tableau 16. Perception du nombre d'heures accordées et niveau de consommation de l'APA.....	37
Tableau 17. Perception du nombre d'heures accordées et utilisation des heures accordées	37
Tableau 18. Perception des démarches pour obtenir l'APA et niveau de consommation de l'APA.....	38
Tableau 19. Perception de la visite d'évaluation des besoins d'aide et niveau de consommation de l'APA.....	38
Tableau 20. Perception de la négociation du plan d'aide avec la structure d'aide à domicile et niveau de consommation de l'APA.....	39
Tableau 21. Utilisation prescrite de l'APA et niveau de consommation de l'APA.....	40
Tableau 22. Utilisation des heures prescrites et niveau de consommation de l'APA.....	41
Tableau 23. Nombre d'intervenants à domicile et niveau de consommation de l'APA	42
Tableau 24. Perception du nombre d'intervenants à domicile et niveau de consommation de l'APA	43
Tableau 25. Facilité à trouver le service à domicile et niveau de consommation de l'APA.....	43
Tableau 26. Correspondance des aides aux attentes et niveau de consommation de l'APA	44
Tableau 27. Connaissance de la possibilité de réviser le plan d'aide et niveau de consommation de l'APA.....	44
Tableau 28. Demande de révision du plan d'aide et niveau de consommation de l'APA	45

Tableau 29. Négociation des tâches à effectuer et niveau de consommation de l'APA.....	45
Tableau 30. Utilisation actuelle de l'APA et niveau de consommation de l'APA.....	47
Tableau 31. Satisfaction vis-à-vis du travail effectué et niveau de consommation de l'APA	48
Tableau 32. Raisons de la non utilisation de toutes les heures prescrites et niveau de consommation de l'APA.....	49
Tableau 33. Autres intervenants à domicile et niveau de consommation de l'APA	50
Tableau 34. Intervenants à domicile (hors APA) et niveau de consommation de l'APA.....	51
Tableau 35. Recours aux voisins, amis et famille pour une aide ponctuelle et niveau de consommation de l'APA.....	52

ANNEXES

1- Tableaux des régressions

Régression linéaire multiple sur les heures accordées

	Coefficient de régression	Erreur Standard	test
Ordonnée à l'origine	776,49	58,52	< 0,001
Échelle	67,12	0,69	
Sexe			
Hommes	Réf.		
Femmes	1,95	0,14	< 0,001
Niveau de dépendance			
GIR 4	Réf.		
GIR 3	10,23	0,14	< 0,001
GIR 2	19,81	0,19	< 0,001
GIR 1	30,39	0,43	< 0,001
Territoire de résidence			
Piémont Biterrois	Réf.		
Cœur d'Hérault	1,61	0,19	< 0,001
Est Héraultais	3,52	0,15	< 0,001
Cités Maritimes	4,20	0,17	< 0,001
Heures accordées dimanche et jours fériés			
Non	Réf.		
Oui	9,42	0,26	< 0,001
Age	0,08	0,01	< 0,001
Coefficient de participation	-0,04	0,00	< 0,001
Année du plan d'aide	-0,38	0,03	< 0,001

Source : Conseil général 34 : Base des allocataires au 31/12/2013
Exploitation : CREA-ORS LR

Régression linéaire multiple sur les heures utilisées

	Coefficient de régression	Erreur Standard	test
Ordonnée à l'origine	-1 843,63	254,50	< 0,001
Échelle	1 269,57	12,98	
Sexe			
Hommes	Réf.		
Femmes	7,87	0,59	< 0,001
Niveau de dépendance			
GIR 4	Réf.		
GIR 3	21,95	0,63	< 0,001
GIR 2	40,06	0,81	< 0,001
GIR 1	57,08	1,88	< 0,001
Territoire de résidence			
Est Héraultais	Réf.		
Piémont Biterrois	1,27	0,66	NS
Cités Maritimes	2,86	0,71	< 0,001
Cœur d'Hérault	2,85	0,81	< 0,001
Heures accordées dimanche et jours fériés			
Non	Réf.		
Oui	9,42	0,26	< 0,001
Age	0,42	0,03	< 0,001
Coefficient de participation	-0,36	0,01	< 0,001
Année du plan d'aide	0,92	0,13	< 0,001

Source : Conseil général 34 : Base des allocataires au 31/12/2013
Exploitation : CREA-ORS LR

Régression linéaire multiple sur le taux d'utilisation

	Coefficient de régression	Erreur Standard	test
Ordonnée à l'origine	-4 375,25	240,93	< 0,001
Échelle	1 137,80	11,64	
Sexe			
Hommes	Réf.		
Femmes	3,68	0,56	< 0,001
Niveau de dépendance			
GIR 4	Réf.		
GIR 3	-0,65	0,59	NS
GIR 2	-3,81	0,77	< 0,001
GIR 1	-7,36	1,78	< 0,001
Territoire de résidence			
Est Héraultais	Réf.		
Cités Maritimes	1,15	0,67	NS
Cœur d'Hérault	8,15	0,76	< 0,001
Piémont Biterrois	11,88	0,62	< 0,001
Heures accordées dimanche et jours fériés			
Non	Réf.		
Oui	3,85	1,09	< 0,001
Age	0,30	0,03	< 0,001
Coefficient de participation	-0,35	0,01	< 0,001
Année du plan d'aide	2,20	0,12	< 0,001

Source : Conseil général 34 : Base des allocataires au 31/12/2013
Exploitation : CREA-ORS LR

2- Liste des participants aux concertations (UTAG et SAAD autorisés par le Conseil général 34)

UTAG Cités Maritimes	ALARCON-FIGUIERES Laurence , Assistante sociale
UTAG Cités Maritimes	AMALVY Franck , Chef de service
UTAG Cœur d'Hérault	ARINERO Brigitte , Chef de service
UTAG Cœur d'Hérault - Pézenas	BERTUEL Sylvie , IDE
UTAG Cités Maritimes	LETARD Marie-Sylvaine , IDE
UTAG Cœur d'Hérault	NIEL DEBIEN Peggy , CESF
UTAG EH	PEREDES Valérie , Chef de service
UGAG EH	PRADIER Jean-Pierre , Assistant social
UTAG EH	SAVARD Nathalie , IDE
UTAG PB	TEYSSEIRE Claire , CESF
UTAG Cités Maritimes	VAN DEN BONGAARD Laurence , Assistante sociale
UTAG EH	VILLEPONTOUX Alexia , Assistante sociale

Association AAMD	GARCIA J.-Claude , Directeur
Association A DOMICILE HERAULT	WAULLE Agnès , Directrice
Association AIDE A LA VIE QUOTIDIENNE	NEGRE J.-Luc , Directeur général GAMMES - GUILLOUZOU Sandra , Cadre de secteur
Association A VOTRE SERVICE	DEBEAUMONT Karine , Responsable de secteur
Association CLERMONT SOLEIL	PEZET Valérie , Directrice
Association OBJECTIF EMERGENCE	ANDRON Sylvie , Directrice
Association SENIORS PRESENCE	Mme CLERIVET , Directrice
Association SERVI SUD	HERAIL Jacqueline
Association SESAM 34	CERVERA Elizabeth , Directrice
Association TOUT POUR LA FAMILLE	MARTIN Sébastien , Directeur
Association TREMPLIN	JOBARD Franck , Directeur
CCAS BEZIERS	LAFON Agnès , Pôle soutien à l'autonomie MARENGHI-SYLVESTRE Florence , Responsable Pôle soutien à l'autonomie
CCAS FRONTIGNAN	REGNIER Brigitte , Coordinatrice
CCAS MONTPELLIER	TABOURET J.-Marc , Chef de service
CCAS SETE	LUCAS Nathalie , Responsable
RELAIS FAMILIAL	MESNIER , Directrice
SERENIDOM - SARL AESAD	AYOT Elodie , Responsable
	FAYD'HERBE Isabelle , Chargée de développement social

3- Bibliographie « non-recours APA »

- VANLERENBERGHE Jean-Marie, WATRIN Dominique, **Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'aide à domicile**, Sénat, Rapport du Sénat, n° 575, 2014-06, 82 p.
- BERARDIER Mélanie, **Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011**, DREES, Etudes et résultats, n° 876, 2014-02, 8 p.
- VATAN Sylvain, **Les mutations de l'aide à domicile en région Nord-Pas-De-Calais. Analyse économique**, DIRECCTE, Université de Lille 1, CNRS, CLERSE, Les synthèses de la DIRECCTE, n° 22, 2013-05, 36 p.
- WARIN Philippe, **Le non recours aux droits sociaux**, Sociologies, 2012-11, en ligne
- DE LA BRETECHE Laure, LACONDE Christine, MIOT Charlotte (et al.), **Analyse des besoins sociaux 2011**, centre d'action sociale ville de Paris, 2012-09, 146 p.
- CHAUVEAU Catherine, VIAL Benjamin, WARIN Philippe, **L'APA : utilisation des plans d'aide, adhésion aux services rendus**, ODENORE, Maison des Sciences de l'Homme Alpes, Pacte, Document de travail n° 11, 2011-11, 7 p.
- WARIN Philippe, **Le non-recours, définition et typologies**, ODENORE, Maison des Sciences de l'Homme Alpes, Pacte, Document de travail n° 1, 2011-06, 8 p.
- ALVAREZ Stéphane, CHAVEAUD Catherine, GALLET Marie-Ange, (et al.), **Non-recours et non adhésion : la disjonction des notions de "qualité de vie" et "qualité de l'aide à domicile"**. CPDG, ODENORE, PACTE, UPMF, Université de Savoie, Etude n° 37, 2011-05, 139 p.
- MANTOVANI Jean, GARNUNG Monique, CAYLA Françoise (et al.), **Qualité de mise en œuvre de l'APA à domicile : positionnements des gestionnaires, professionnels et bénéficiaires, pour une approche croisée de la qualité**, ORSMIP, INSERM, 2011-05, 121 p.
- BERARDIER Mélanie, **Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables**, DREES, Etudes et résultats, n° 748, 2011-02, 8p.
- SAILLARD Yves, « **Le non-recours à l'offre publique. Analyse des phénomènes et réponses institutionnelles. Un état de la question** », **Synthèse des 1ères journées scientifiques de l'Odenore**, juin 2010, ODENORE, 2011, 59 p.
- JANY-CATRICE Florence, VATAN Sylvain, **Les pratiques tarifaires des organismes d'aides à domicile en Nord-Pas-De-Calais. Premier diaporama**, Direccte, Université Lille 1, CNRS, CLERSE, Les synthèses de la Direccte, n° 9, 2011, 40 p.
- WARIN Philippe, **Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux ?**, La Vie des idées, 2010-06, 12 p.

WARIN Philippe, **Les politiques publiques face à la non-demande sociale**, dans BORRAZ O., GUIRAUDON V., Politiques publiques. Changer la société, Presses de Science Po, 2010, pp. 287-312.

RAYMOND Michel, ROUSSILLE Bernadette, STRHOL Hélène, **Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées**, Inspection générale des affaires sociales, 2009-07, 145 p.

DEVETTER François Xavier, FRAISSE Laurent, GARDIN Laurent (et al.), **L'aide à domicile face aux services à la personne. Mutations, confusions, paradoxes**, CLERSE, CRIDA, RESEAU 21, 2008-03, 311 p.

NGUYEN Hélène, **Les personnes âgées et l'allocation personnalisée d'autonomie. Analyse de la sous-utilisation des heures prestataires préconisées dans certains plans d'aide APA**, Sciences Po Grenoble, 2006, 57 p.

HAUTCHAMP Mikaël, NAVES Pierre, TRICARD Dominique, **Rapport de la Mission « Quelle intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien ? »**, IGAS, rapport n° 2005-026, 2005-03, 337 p.

Des personnes âgées hors leurs droits. Non recours subi ou volontaire. Rencontre avec des assistantes sociales du CCAS de Grenoble, ODENORE, 2005, 10 p.