

ODENORE
Observatoire des non-recours
aux droits et services

11 | 2011
WORKING
PAPER
#11

L'APA : UTILISATION
DES PLANS D'AIDE,
ADHÉSION AUX
SERVICES RENDUS

*Catherine Chauveaud
Benjamin Vial
Philippe Warin*

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est une allocation destinée à « toute personne âgée d'au moins 60 ans résidant régulièrement en France qui se trouvent dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à leur état physique ou mental » (Loi n° 2001-647 du 20 Juillet 2001). Elle est ouverte aux personnes hébergées à domicile ou dans un établissement. Le demandeur doit remplir un certain nombre de conditions pour pouvoir en bénéficier : la perte d'autonomie est évaluée par un membre de l'équipe médicosociale du Conseil général à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) (Annexe 1). Une fois attribuée, la personne âgée doit respecter certaines obligations envers le Conseil général qui finance l'allocation (Annexe 2).

Le non-recours à l'APA peut renvoyer à deux phénomènes distincts :

- Le non accès au dispositif de l'APA par des personnes pouvant y être éligibles.
- L'utilisation partielle des heures prescrites pour l'intervention de Services d'Aide à Domicile (SAD). Cette intervention sert à entretenir le logement, préparer et aider au repas, aider la toilette, apporter des soins légers, accompagner.

Le non accès au dispositif APA de personnes éligibles renvoie essentiellement au *non-recours par non connaissance* selon la typologie proposée par l'ODENORE. La connaissance de l'aide est bien souvent fortuite, au vu des témoignages recueillis dans le cadre de la recherche présentée en partie ici. De ce point de vue, l'information générale sur l'APA peut encore progresser de façon à prévenir suffisamment tôt les populations potentiellement éligibles afin d'éviter ce type de non-recours. Mesurer cette forme de non-recours est difficile puisque l'on ne connaît pas les populations potentiellement éligibles. On a parlé à ce propos de « défi pour le pilotage de la production de territoires gérontologiques »¹.

En revanche, l'utilisation partielle des heures de SAD peut être plus facilement étudiée. La non utilisation/consommation partielle, voire totale, des heures de SAD prescrites dans les plans d'aide renvoie à un *non-recours par non réception* (quand la personne connaît le dispositif, y accède, mais ne recourt pas – tout ou partie – aux droits, prestations ou services auxquels il donne accès).

Ce Document de travail porte expressément sur la sous-consommation des heures prescrites de SAD et sur la non adhésion à l'offre proposée.

Non-consommation des heures prescrites

Les dossiers individuels des allocataires de l'APA gérés par les services sociaux des Conseils généraux permettent de connaître les heures prescrites et les heures facturées (Annexe 3). Il est possible d'établir des taux de non-recours au sens d'une non utilisation partielle ou totale des heures prescrites en calculant l'écart moyen d'heures consommées par rapport au nombre d'heures prescrites. C'est ce que nous avons fait dans des unités territoriales de trois départements², à la suite de travaux

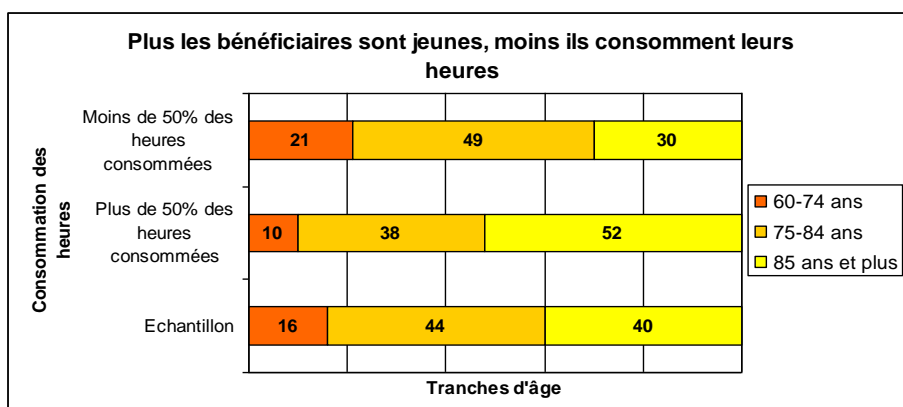
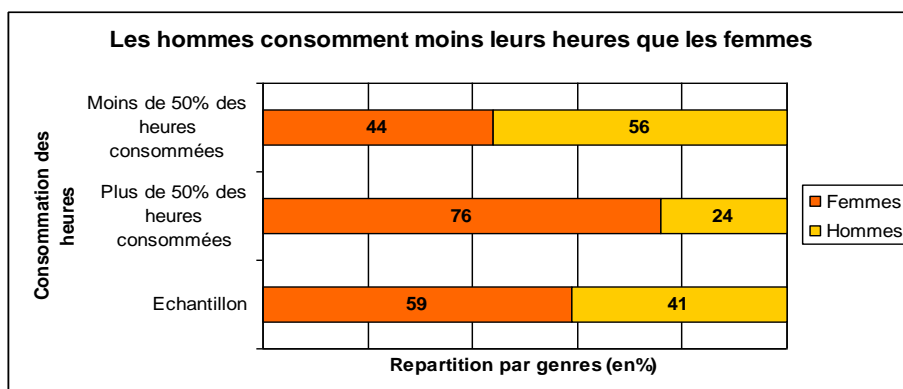
¹ Warin P. (2010), « Piloter la production de territoires gérontologiques », *Gérontologie et Société*, n° 132, pp. 187-198.

² Les unités territoriales sont celles : semi urbaine du Grésivaudan, en Isère ; rurale de la Combe de Savoie ; urbaines de Décines (population modeste) et de Meyzieu (population aisée) de l'agglomération lyonnaise.

précédents qui avaient donné l'ampleur du phénomène ³ : pour le département de l'Isère au cours du second semestre 2005, l'écart moyen était de 18% entre les heures facturées et les heures accordées des Plans d'aide, soit une différence de plus de 170 000 heures équivalant à 2,7 millions d'euros.

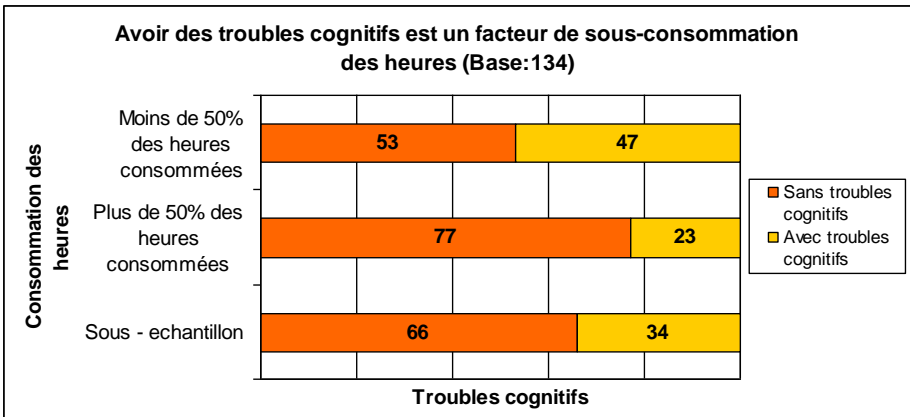
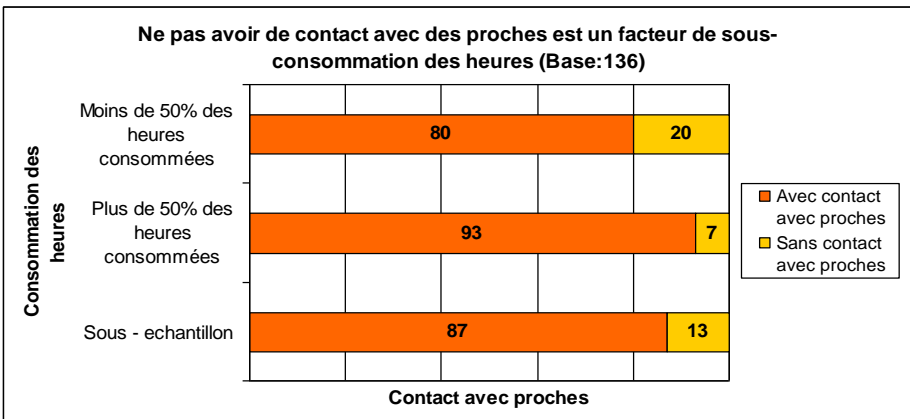
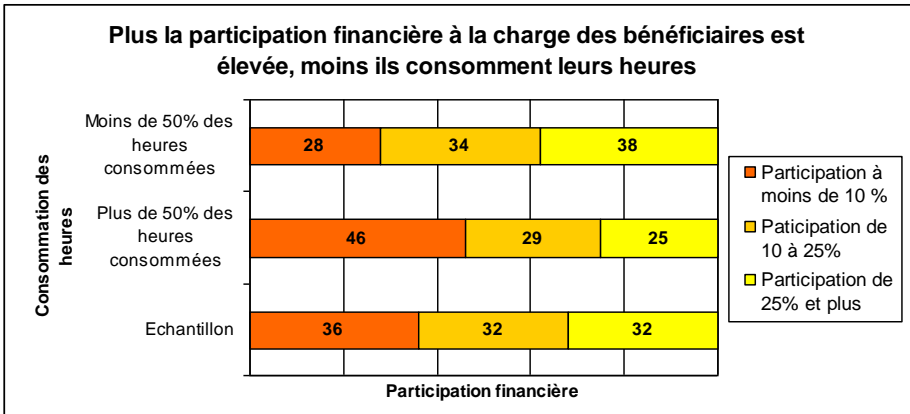
La présente étude, réalisée sur des données de 2009, indique en moyenne un écart de 17 heures sur le second trimestre. Un focus a été fait sur les personnes que l'on peut qualifier de « sous-consommateurs » (n = 189 personnes), de façon à s'intéresser aux personnes pour lesquelles l'écart constaté est supérieur à la moyenne (cf. Note méthodologique). Ces sous-consommateurs utilisent en moyenne 47% des heures qui leur sont prescrites. Par mois, 50% ont un écart de 10 à 20 heures et 25% un écart supérieur à 20 heures, alors que 43% ont 20 à 34 heures prescrites et 29% 35 heures ou plus. Pour la plupart, ils sont peu dépendants selon la grille AGGIR⁴ (53% en GIR 4, soit le plus faible degré de dépendance), et beaucoup (76%) bénéficient de l'APA depuis moins de 3 ans.

En comparant les profils entre deux types de sous-consommateurs (- 50% et + de 50% des heures consommées), cinq variables corrélées à la sous-consommation apparaissent : le genre, l'âge, la participation financière, et surtout les relations sociales et la présence de troubles cognitifs.



³ Nguyen H. (2006), Les personnes âgées et l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Analyse de la sous-utilisation des heures prestataires préconisées dans certains plans d'aide APA. ODENORE, *Travaux d'étudiants* n° 6. <http://odenore.msh-alpes.fr/personnes-agees-allocation-personnalisee-autonomie-apa-analyse-sous-utilisation-heures-prestataires>

⁴ La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) constitue un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens. <http://vosdroits.service-public.fr/F1229.xhtml>



Ces corrélations caractérisent les sous-consommateurs mais ne livrent pas les raisons de la non consommation. Pour cela il faut interroger les personnes âgées elles-mêmes. On découvre alors que les personnes âgées et leur entourage, d'une part, expliquent massivement le non-recours (non consommation des heures prescrites) du fait des services prestataires et en particulier du changement d'intervenant à domicile et, d'autre part, parlent des perturbations provoquées par ce changement qui détériore leurs représentations des SAD (intervenant et interventions).

Rappelons que les personnes âgées se sont engagées (souvent avec leur entourage) dans un processus à étapes :

- Une *demande* d'aide formulée auprès du CCAS ou service du Conseil général.
- Une *démarche* pour remplir un dossier administratif.
- Un *consentement* à la procédure d'évaluation par les équipes médicosociales.
- Une *négociation* du plan d'aide lors de l'évaluation à domicile.
- Une *acceptation* formelle du plan d'aide proposé : signature après une semaine.
- Le *recours* aux services supposés intervenir.
- Une probable *discussion* autour de la mise en place des services rendus.

Non adhésion à l'offre proposée

A écouter les personnes âgées comme les proches, le changement d'intervenant, plus ou moins durable ou définitif, explique la non consommation de l'intégralité des heures prescrites. Ce changement les dérange pour deux raisons : des routines et des liens sont perturbés, mais aussi des attentes en matière de services d'aide à domicile.

Manifestement, le changement d'intervenant bouscule des habitudes. Outre le fait de ne plus voir l'intervenant habituel, ce changement signifie mettre à nouveau sur pied des relations qui conviennent, surtout lorsqu'il dure ou s'avère définitif. L'expérience est difficile à vivre puisqu'elle substitue une relation professionnelle interchangeable à une relation sociale établie. Ce changement menace un équilibre relationnel en ce qu'il constitue une perte affective. Il oblige à : recommencer un processus progressif de prise de contact, d'explication des besoins, des attentes, des manies, des soucis, etc. ; recréer des liens sur fond d'intimité ; réorganiser une cohabitation dans le temps de l'intervention et dans l'espace du logement. Un processus incertain puisque le nouvel intervenant peut être provisoire. Ce changement est perturbateur au sens où, indépendamment d'un jugement objectif sur la qualité de la prestation, perdue ou gagnée, il demande de réactiver un processus de mise en relation et de recherche d'accords sur le contenu de l'aide à domicile et surtout sur ses pratiques. La conséquence en est que, sans même attendre de connaître le nouvel intervenant et de le voir à l'œuvre, l'idée est faite que les relations et les prestations seront moins bien. Lorsque les intervenants changent fréquemment, qui plus est avec des modifications d'horaires pas toujours signalées à l'avance, cet a priori est exacerbé.

Pour autant, nous ne notons pas, pour cette raison, de réticence à recourir aux services ni d'interruption dans la demande de SAD. Les changements d'intervenants ne déclenchent pas de non-recours volontaire et n'apparaissent pas non plus comme une cause suffisante pour mettre fin à l'intervention. Tant bien que mal, les interventions se poursuivent. Une réticence à recourir à un service d'aide à domicile peut cependant exister avant même la première demande⁵. Dans cette

⁵ Les travaux sur les solidarités familiales envers les plus âgés ont insisté sur cette réticence et l'ont largement expliqué au regard de raisons culturelles : Paquet M. (1996), « Logique familiale de soutien auprès des personnes âgées dépendantes et réticence à recourir aux services formels », *Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé*, vol. 3, n° 2, pp. 209-223). L'explication culturelle est au cœur de l'analyse comparée du rapport entre l'aide dispensée par la famille et l'aide produite par des professionnels, réalisée par le Programme Oasis (*Old age and autonomy: the role of service systems and intergenerational family solidarity*). Cette analyse montre que d'un pays à l'autre les croyances normatives variant, elles influencent diversement les comportements effectifs, notamment en termes d'utilisation des dispositifs d'aide : *Retraite et Société*, 2033, n° 38.

enquête, nous avons simplement relevé que des personnes avaient tardé à demander un service d'aide à domicile parce qu'elles ne connaissaient pas ou méconnaissaient les dispositifs, à commencer par l'APA.

Une seconde raison, liée à la précédente, se profile. Le changement d'intervenant perturbe également parce qu'il rompt la continuité du service rendu que l'on croyait acquise. Sur ce plan, des personnes âgées et des proches manifestent leur mécontentement de ne pas être mieux informés, ni davantage avertis ou concertés. Le changement souvent brusque et inattendu rappelle – ou fait découvrir – que la continuité du service rendu ou en tout cas la stabilité de l'intervenant n'est pas garantie. On perçoit souvent chez les enquêtés une déception au sens où ils peuvent imaginer, à tort ou à raison, une continuité du service rendu, comme on peut l'attendre (idéalement) des services publics avec des agents affectés sur le long terme à un territoire, un guichet ou un public. L'indice d'une « culture de services » apparaît ici, comme elle a pu être remarquée également dans d'autres pays ayant une longue tradition de politique sociale (comme la Norvège, Israël, etc.)⁶. En tout cas, les enquêtés découvrent le *turn over* des intervenants dû à des questions d'organisation des services prestataires. Même lorsque les intervenants sont stables, ces questions d'organisation empêchent parfois les intervenants de réaliser au mieux leurs tâches, surtout quand ils doivent intervenir dans de multiples domiciles au cours de la journée ou de la demi-journée. Outre ce que cela implique comme recommencement, certains enquêtés estiment que les relations ne pourront pas atteindre le niveau d'engagement professionnel connu auparavant (peut-être exagéré au moment des entretiens). Mais il y a encore plus : le sentiment que « *le souci de l'utilisateur* » s'appauvrit, comme il se perd – ou plutôt se transforme – d'une façon générale dans le secteur public du fait des contraintes pesant sur les services prestataires et leurs agents⁷.

Sous contraintes (de mobilité ou d'interchangeabilité des agents, de limitation des temps d'intervention, de formatage accru des activités, d'obligations croissantes de résultats), on est passé dans de nombreux secteurs d'intervention sociale du modèle de *la relation de service*, avec l'utilisateur comme référentiel ultime, à celui de *l'offre de service*, avec la rationalisation maximale des moyens comme contrainte principale. Ici, le changement d'intervenant est perçu comme tel : c'est ce qui vient perturber les représentations que les personnes âgées et les proches ont des SAD. Le changement d'intervenant, voire l'interchangeabilité des intervenants, fait craindre que l'intervention ne soit plus à la mesure des attentes. Or, c'est à ce critère là – caractéristique du modèle de la relation de service – que les personnes âgées et les proches se réfèrent, même intuitivement ; d'où leur tendance à confondre parfois aide à domicile et employé de maison.

Prégnance du modèle de la relation de service

Le métier de l'aide à domicile est largement imprégné par le modèle de la relation de service, au sens où les caractéristiques sociales, physiques et psychologiques (voire psychiques) des personnes âgées jouent un rôle fondamental dans la professionnalité des activités d'aide ménagère et d'aide à la

⁶ Bazo M.-T. et I. Ancizu (2003), « Aide familiale et recours au secteur des services : une perspective interculturelle », *Retraite et Société*, n° 38, pp. 105-131.

⁷ Weller J.-M. (2010), « Comment les agents se soucient-ils des usagers ? », *Informations sociales*, n° 158, pp. 12-18.

toilette qui sont exécutées (soit l'utilisateur comme référent ultime des interactions)⁸. Cela signifie concrètement que la pratique de ces activités fonctionnelles est amenée à s'enrichir de dimensions pragmatiques ou nécessaires à la prise en charge de besoins spécifiques (soit le souci de l'utilisateur). L'adaptation de l'intervention à la « nature » de l'utilisateur est la caractéristique principale de la relation de service.

Dans la définition qu'il a donné de la relation de service dans le secteur marchand, l'économiste Jean Gadrey⁹ envisage ce type de relation comme « *une opération visant à une transformation d'état d'une réalité C, possédée ou utilisée par un consommateur – ou usager – B, réalisée par un prestataire A, à la demande et souvent en relation avec lui, mais n'aboutissant pas à la production d'un bien susceptible de circuler indépendamment du support C* ». Ce que l'on peut traduire ici par : l'aide à domicile comme relation de service consiste en des services rendus par un intervenant A à une personne âgée B pour faciliter son indépendance (réalité C : besoins de B comme individu fragile ou dépendant), qui se réalisent en relation avec B et à son seul bénéfice. Les proches sont néanmoins à intégrer dans ce modèle.

La relation de service apparaît donc comme une triangulation entre le prestataire, l'utilisateur et les proches, et les besoins sociaux qui les font se rencontrer. Dans ce modèle, le prestataire doit faire face à deux dimensions :

- Les besoins de la personne âgée liés à sa *fragilité* ou à sa *dépendance*¹⁰, identifiés au moyen de la grille AGGIR et auxquels les intervenants doivent répondre en fonction du plan d'aide établi au vu d'un diagnostic médicosocial.
- La relation que la personne âgée entretient avec ses besoins (une relation de contrainte).

Les relations de service ne sont pas simplement des *relations de prestation* (tangibles, mesurables) pour répondre aux besoins de la personne âgée (de A sur C), mais sont aussi des *relations sociales* de l'intervenant sur la personne âgée (de A sur B) qui agissent sur les rapports (sensibles, affectifs) que celle-ci entretient avec son état de fragilité ou de dépendance et les besoins qui en découlent (de B sur C).

Cette relation triangulaire a été décrite et explicitée par la sociologie des relations de service¹¹. Certains auteurs considèrent même que la relation de service se situe éminemment dans la relation sociale de A sur B (ici de l'intervenant sur la personne âgée), au cours de l'engagement de A sur C (de l'intervenant sur les besoins de la personne âgée), pour faciliter l'intervention de B sur C (ici pour faciliter l'acceptation par la personne âgée de son état et de ses besoins pour l'aider à vivre mieux). Ces auteurs qualifient cette relation de service d'« *interaction opérationnelle* » au sens où elle rend

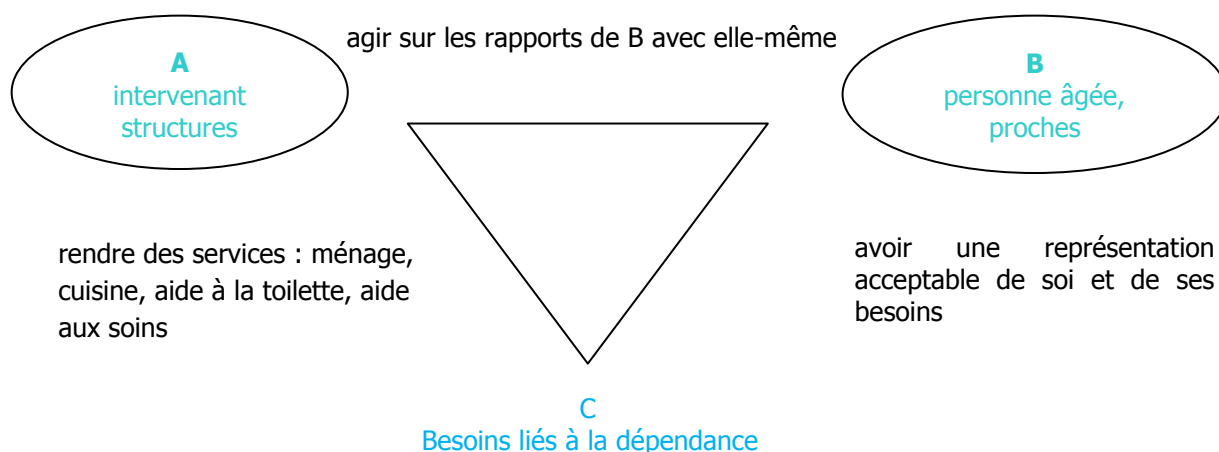
⁸ Sur cette approche de la professionnalité des aides à domicile, notre propos semble rejoindre celui exposé dans : Devetter F.-X., Jany-Catrice F. et T. Ribault (2009), *Les services à la personne*, Paris, La Découverte, Coll. « Repères ».

⁹ Gadrey J. (1994), « Les relations de service dans le secteur marchand », in J. de Bandt et J. Gadrey (dir.), *Relations de service, marchés de service*, Paris, CNRS Editions, pp. 23-41.

¹⁰ La dépendance s'établit lorsque des incapacités fonctionnelles apparaissent dans la réalisation d'actes quotidiens, alors que la fragilité « *affecte la résilience de la personne [...] et se caractérise, entre autres, par un risque plus grand d'aggravation de l'état de santé* » par la perte progressive des réserves physiologiques et sensorimotrices : Lalive d'Epinay C. et D. Spini (dir.) (2008), *Les années fragiles. La vie au-delà des quatre-vingt ans*, Laval, Presses universitaires de Laval.

¹¹ Voir notamment : Mayen P. (2005), « Travail de relation de service, compétence et formation », in M. Cerf et P. Falzon (dir.) *Situations de service : travailler dans l'interaction*, Paris, PUF.

possible une coproduction de l'intervention par le prestataire et le mandant. La professionnalité des prestataires se concentre alors dans la gestion de cette relation de service ; ce qui suppose dans le travail social de savoir gérer ses émotions dans les interactions pour répondre à une demande d'aide sans se laisser déborder¹². La compétence professionnelle de l'intervenant se situe ici dans sa capacité à agir sur les relations de la personne âgée avec elle-même, son état et ses besoins, au travers d'une attention soutenue, affectueuse et prévenante (sollicitude), mais sans partage des sentiments et des émotions (sympathie).



Conclusion

Au total, la sous-consommation des heures prescrites de SAD apparaît comme la conséquence directe d'une rationalisation gestionnaire qui, par ailleurs, peut empêcher l'adhésion à l'offre proposée, à cause de : situations imposées (changement d'intervenant) ; interactions imposées (recommencement de processus de rencontre et de recherche d'accords) ; conditions d'échange induisant un plus grand anonymat et une possible perte du souci de l'utilisateur. Au-delà du non-recours constaté en termes d'heures non consommées, apparaît donc une possible non adhésion aux SAD dont la qualité serait altérée du fait du changement d'intervenant.

L'adhésion aux SAD est essentiellement liée à la relation de service avec les intervenants. Elle dépend largement de la capacité de l'intervenant à répondre aux besoins de la personne âgée d'une façon qui convient à la représentation que celle-ci a de son état de fragilité ou de dépendance et des besoins qui lui sont liés. Aussi porte-t-elle sur deux dimensions conjointes : les services rendus et les relations des personnes âgées à elles-mêmes.

¹² Boujut S. (2005), « Le travail social comme relation de service ou la gestion des émotions comme compétence professionnelle », *Déviante et Société*, vol. 29, n° 2, pp. 141-153.

La seconde dimension est essentielle. Il s'agit de cette volonté de « *maîtriser l'aléa biologique* » dont parle Dominique Memmi¹³, puisque les personnes âgées continuent de se projeter dans une trajectoire de vie (même si c'est le quotidien répétitif d'une fin de vie). C'est la seule façon d'exprimer des souhaits ou des exigences au travers desquels elles peuvent continuer à (se) gouverner ou en tout cas en avoir le sentiment. Or selon que la personne âgée est fragile ou dépendante, les souhaits ou les exigences par rapport auxquels se construit l'adhésion aux SAD ne sont pas les mêmes. A écouter les personnes âgées, il apparaît que sur fond de souhaits et d'exigences les fragiles ont *besoin d'être rassurés sur leur vieillissement*, alors que les dépendants ont *besoin d'être respectés dans leur état*.

Dans l'un et l'autre cas les personnes âgées espèrent ne pas être disqualifiées, mais d'être soit reconnues comme personnes que seule la fragilité physique empêche de pouvoir réaliser le travail délégué aux intervenants, soit respectées malgré leur état de dépendance. L'évitement de cette disqualification est à la fois l'enjeu de la relation de service, le cœur du savoir-faire des intervenants et le critère à partir duquel les personnes âgées et les proches adhèrent ou pas aux SAD. Des travaux en cours sur le *care* mesurent les professionnalités à l'œuvre à l'aune de la gestion pratique de ce risque de disqualification¹⁴.

Annexe 1 : L'évaluation de la dépendance

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) constitue un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de L'APA, dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens. Elle comporte 6 groupes, des personnes les plus dépendantes à celles ayant conservé leur autonomie. Selon la loi, l'APA est réservée aux 4 premiers groupes de la grille (GIR1 à GIR4). Le niveau de dépendance est évalué par un membre de l'équipe médico-sociale du Conseil général, après une visite au domicile de la personne. Un plan d'aide est ensuite établi avec un volume d'heures indiqué de service d'aide, en fonction du besoin spécifique de chaque personne âgée en tenant compte de ses souhaits. Une palette de services tels que la téléassistance, l'aide ménagère, l'accueil de jour, l'accueil temporaire, les aides techniques (pour la part non couverte par la sécurité sociale), ou l'adaptation du logement et de l'environnement matériel, est proposée.

« *L'évaluation se fait sur la base de dix-sept variables :*

dix variables dites "discriminantes" se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et sont utilisées pour le calcul du GIR (groupe iso-ressources) : cohérence - orientation - toilette - habillage - alimentation - élimination - transferts (se lever, se coucher, s'asseoir) - déplacement à l'intérieur - déplacement à l'extérieur - communication à distance ;

sept variables dites "illustratives", concernant la perte d'autonomie domestique et sociale, n'entrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide : gestion personnelle de son budget et de ses biens - cuisine - ménage - transports - achats - suivi du traitement - activités de temps libre. Chaque variable possède trois modalités.

Pour chacune des variables, il convient d'évaluer adverbe par adverbe chaque activité, puis en fonction de la réponse aux adverbess, de coder la variable par A, B ou C :

A - fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

B - fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

C - ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

¹³ Memmi D. (2000), « Vers une confession laïque ? La nouvelle administration étatique des corps », *Revue française de science politique*, vol. 50, n° 1, pp. 3-20.

¹⁴ On pense en particulier aux travaux menés par Florence Weber, Barbara Lucas ou Olivier Giraud.

Les personnes âgées qui sollicitent le bénéfice de l'APA, sont classées dans les six groupes iso-ressources que compte la grille nationale, en fonction des aides à la personne ou techniques commandées par leur état. Ainsi :

- le groupe iso-ressources 1 comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;*
- le groupe iso-ressources 2 concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer ;*
- le groupe iso-ressources 3 réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle ;*
- le groupe iso-ressources 4 intègre les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas ;*
- le groupe iso-ressources 5 comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;*
- le groupe iso-ressources 6 réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.*

Seuls les quatre premiers GIR de la grille nationale ouvrent droit à l'APA, que les bénéficiaires se trouvent à domicile ou en établissement, à condition qu'ils répondent aux critères d'âge et de résidence. Les personnes âgées classées en GIR 5 et 6 peuvent néanmoins prétendre au versement des prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale. »

Source : <http://vosdroits.service-public.fr/F1229.xhtml>

Annexe 2 : Conditions et obligations de l'APA

L'Allocation Personnalisée à l'Autonomie, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes, qui, nonobstant des conditions d'âge, de résidence et de dépendance, et les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

L'APA remplace la prestation spécifique dépendance à compter du 01/01/2002 ; concerne les personnes hébergées à domicile ou en établissement pour personnes âgées dépendantes ; est gérée par le Conseil général du département.

Le montant de l'allocation accordée dépend du degré d'autonomie ainsi que des ressources. Elle ne fait pas l'objet de récupération sur la succession ni de l'obligation alimentaire et n'est pas l'objet d'une imposition sur le revenu

Le montant de l'allocation est révisé : régulièrement, selon une périodicité définie avec l'équipe médicale ; à tout moment en cas de modification de la situation du bénéficiaire (décès, chômage, divorce, séparation, accès à une pension de retraite ou d'invalidité du conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS). En cas de changement de situation, la modulation du montant de l'APA intervient dans le mois qui suit la modification.

Si le bénéficiaire de l'APA est hospitalisé pour des soins de courte durée, l'allocation est maintenue les 30 premiers jours. Elle est ensuite suspendue jusqu'à la sortie de l'établissement de santé. Le premier mois de reversement est dû dans son intégralité, quelle que soit la date de retour de l'allocataire.

L'APA peut être suspendue en cas de non respect de ses obligations par le bénéficiaire, c'est-à-dire, s'il ne déclare pas dans le délai d'1 mois le personnel ou l'organisme auquel il a recours ; ne transmet pas les justificatifs de dépenses demandés par le président du conseil général ; n'acquiesce pas sa part de participation financière ; et si l'équipe médico-sociale constate que le service rendu n'est pas celui prescrit ou présente un risque pour la santé ou la sécurité du bénéficiaire.

Textes de Loi concernant l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie :

[LOI n° 2001-647 du 20 juillet 2001](#) / [LOI n° 2003-289 du 31 mars 2003](#) / [Décret n° 2003-278 du 28 mars 2003](#)

Source : <http://vosdroits.service-public.fr/F1229.xhtml>

Annexe 3 : Note méthodologique

Construction d'un échantillon de « sous consommateurs » des heures de SAD prescrites aux allocataires de l'APA

Nous avons décidé avec les responsables des quatre unités territoriales de travailler sur des dossiers d'allocataires de l'APA pour lesquels un écart d'heures consommées par rapport au nombre d'heures prescrites est observé sur trois mois consécutifs (avril à juin 2009) et dont le résultat est supérieur à l'écart moyen calculé sur le territoire. Seuls les bénéficiaires ayant au moins 14 heures prescrites par mois (le plancher pour toucher l'APA) sont pris en compte dans l'échantillon. Les personnes âgées avec un pourcentage nul d'heures consommées, en raison d'hospitalisation longue ou de placement en foyer n'ont pas été prises en compte. A l'inverse, nous avons conservé celles pour lesquelles le pourcentage d'heures consommées est supérieur à 0 puisqu'elles recourent tout de même à une partie de la prestation. Les résultats obtenus ne concernent donc pas l'ensemble des allocataires de l'APA mais uniquement une partie des allocataires les moins consommateurs prescrites.

Le manque de données de cadrage sur la population globale des bénéficiaires et la faiblesse des effectifs limitent respectivement la comparabilité et la significativité statistique des résultats. Les méthodes de sélection des sous-consommateurs au sein des départements n'ont pu être les mêmes (accès aux données des services facturiers ou accès – direct ou indirect – aux seuls dossiers individuels) : cela nuit un peu à la qualité de l'échantillon et à la comparabilité des résultats entre les départements.

Les résultats statistiques ont été obtenus après redressement pour que les départements du Rhône, de la Savoie et de l'Isère puissent avoir un poids équivalent dans les résultats. L'effectif total est de 189 individus, 63 par département. Les résultats obtenus ne sont donc pas strictement représentatifs des populations enquêtées dans les 3 départements, mais ils permettent de donner une interprétation de la sous-consommation des heures APA prescrites à partir d'un effectif plus important tout en neutralisant le déséquilibre des effectifs par départements.

Ce Document de travail présente certains résultats d'une recherche réalisée pour le Programme 2008 « Qualité de l'aide à domicile des personnes fragiles » de la CNSA, la DREES-MIRe :

Gucher C. (coord.), Alvarez S., Chauveaud C., Gallet M.-A., Laforgue D., Vial B, Warin P., « Non-recours et non adhésion : la disjonction des notions de *qualité de vie* et *qualité de l'aide à domicile* », Rapport de recherche, Grenoble, mars 2011.

Le rapport de recherche et ses annexes sont mis en ligne : ODENORE, *Etudes et Recherches*, n° 37.
<http://odenore.msh-alpes.fr/content/non-recours-et-non-adh%C3%A9sion-la-disjonction-des-notions-de-qualit%C3%A9-de-vie-et-qualit%C3%A9-de-l'aide>

Cette collection a pour but de rendre disponible un ensemble de documents de travail issus de recherches menées à l'ODENORE.

Tous les droits afférant aux textes diffusés dans cette collection appartiennent aux auteurs. Des versions ultérieures des documents diffusés dans cette collection sont susceptibles de faire l'objet d'une publication. Veuillez consulter le site internet de l'ODENORE pour obtenir la référence exacte d'une éventuelle version publiée.

Cette collection est accessible par :

<http://odenore.msh-alpes.fr/>

<http://www.pacte.cnrs.fr/>

<http://halshs.archives-ouvertes.fr/>

<http://rt6-afs.org/>

www.ireon-portal.eu

The aim of this collection is to make available a set of working papers produced at the ODENORE.

The copyright of the work made available within this collection remains with the authors. Further versions of these working papers may have been submitted for publication. Please check the ODENORE website to obtain exact references of possible published versions.

Possibilities to have access to the collection:

<http://odenore.msh-alpes.fr/>

<http://www.pacte.cnrs.fr/>

<http://halshs.archives-ouvertes.fr/>

<http://rt6-afs.org/>

www.ireon-portal.eu

ODENORE
Maison des Sciences de l'Homme - Alpes

Adresse postale : MSH-Alpes - BP 47 - 38040 Grenoble Cedex 9

Adresse géographique : 1221 avenue Centrale - Domaine Universitaire - Saint Martin-d'Hères

