

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 30 août 2012 fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux modalités de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile et le contenu du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné au 1° du I de l'article 150 de la loi du 28 décembre 2011 de finances pour 2012**

NOR : AFSA1220129A

La ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de l'intérieur et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 232-1 à L. 232-28, L. 245-1 à L. 245-14, L. 313-1, L. 313-11, R. 232-1 à R. 232-61, R. 245-1 à R. 245-72 et R. 314-130 à R. 314-136 ;

Vu la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, notamment son article 150,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Il peut être procédé à des expérimentations portant sur les modalités de tarification des services d'aide à domicile mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et autorisés au titre de l'article L. 313-1 du même code, pendant une durée n'excédant pas trois ans à compter de la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec le service concerné.

Lorsqu'elles prennent la forme des conventionnements avec les services agréés conformément à l'article L. 313-1-2 du code de l'action sociale et des familles, ces expérimentations sont conduites sur la même durée, à compter de la signature de la convention.

Aucune signature de convention ou de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens au titre de l'expérimentation ne peut intervenir après le 31 décembre 2013. Lorsque le département est déjà lié par un contrat d'objectifs et de moyens à un service d'aide à domicile avec lequel il souhaite s'engager dans une expérimentation, l'entrée dans l'expérimentation peut prendre la forme d'un avenant à ce contrat.

**Art. 2.** – Les expérimentations sont conduites par les départements volontaires, selon les principes fixés dans le cahier des charges figurant en annexes du présent arrêté.

Leur objectif consiste à déterminer les modes de tarification les plus efficaces, tout en favorisant l'amélioration de la qualité du service rendu et des moyens de solvabilisation des usagers.

Les principes communs aux deux modalités de tarification sont fixés en annexe 1 du présent arrêté.

Les modalités de tarification expérimentées sont :

- une tarification à l'activité et aux services rendus sous la forme d'un forfait global en application d'un cahier des charges national fixé en annexe 2 du présent arrêté ;
- une tarification horaire en fonction du type de prestations rendues en application de l'annexe 3 du présent arrêté.

Chaque département souhaitant conduire des expérimentations en précise les dispositions dans une note de cadrage.

**Art. 3.** – Le département expérimentateur recueille l'accord des services autorisés ou agréés avec lesquels il souhaite conduire l'expérimentation. Il ne peut refuser à un service autorisé volontaire de participer à l'expérimentation si ce dernier répond aux critères fixés pour l'éligibilité à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans le cadre des expérimentations tels que mentionnés à l'annexe 1 (territoire couvert, file active, amplitude d'ouverture).

Les expérimentations peuvent porter sur les activités d'accompagnement soit des « personnes âgées » ou des « personnes handicapées », soit conjointement des deux publics.

**Art. 4.** – Pour le suivi de l'expérimentation, un comité de pilotage national est constitué. Présidé par la direction générale de la cohésion sociale et par l'assemblée des départements de France, il prend appui sur des comités de pilotage départementaux. La composition et les missions de ces comités sont définies à l'annexe 4 du présent arrêté.

**Art. 5.** – Lorsque le contrat de retour à l'équilibre financier des services demandeurs du fonds prévu au I de l'article 150 de la loi de finances du 28 décembre 2011 prend la forme d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, celui-ci comporte les éléments figurant à l'annexe 2 du présent arrêté.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est signé par le directeur général de l'agence régionale de santé, le président du conseil général et, le cas échéant, les directeurs de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail et de la caisse d'allocations familiales.

L'engagement du directeur général de l'agence régionale de santé porte sur les aides attribuées au titre de la dotation nationale prévue à l'article 150 de la loi de finances pour 2012.

Dans le cas où un contrat de retour à l'équilibre a été conclu antérieurement à la publication du présent arrêté et à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, les engagements financiers et organisationnels de retour à l'équilibre financier du service d'aide et d'accompagnement à domicile concerné en contrepartie de la dotation du fonds de restructuration exceptionnelle mentionné au même I de l'article 150 susvisé sont annexés audit contrat.

**Art. 6.** – Le directeur du budget, le directeur général des collectivités locales et la directrice générale de la cohésion sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 30 août 2012.

*La ministre des affaires sociales  
et de la santé,*

Pour la ministre et par délégation :

*La directrice générale  
de la cohésion sociale,*

S. FOURCADE

*Le ministre de l'intérieur,*

Pour le ministre et par délégation :

*Le directeur général  
des collectivités locales,*

E. JALON

*Le ministre délégué*

*auprès du ministre de l'économie et des finances,  
chargé du budget,*

Pour le ministre et par délégation :

*Le sous-directeur  
de la 6<sup>e</sup> sous-direction du budget,*

G. BAILLY

## A N N E X E S

### A N N E X E 1

#### DISPOSITIONS COMMUNES AUX DEUX MODALITÉS D'EXPÉRIMENTATION

##### 1. Contexte et objectifs de l'expérimentation

1.1. Les services d'aide et d'accompagnement à domicile, un secteur en difficulté et confronté à des besoins croissants.

Le secteur des services d'aide à domicile est actuellement confronté à d'importantes difficultés financières, dans un contexte d'augmentation des besoins des personnes âgées et handicapées. Une réflexion nouvelle conduite depuis 2010, respectivement par l'Assemblée des départements de France et 14 fédérations d'aide à domicile, une mission conjointe IGAS/IGF, ainsi que par Mme Bérengère Poletti, députée des Ardennes, a donné lieu à la rédaction de deux rapports et au lancement d'une expérimentation, portant sur les solutions à apporter pour améliorer le financement du secteur et sa Gouvernance. Le constat partagé de l'inadaptation du mode actuel de tarification de l'aide à domicile ne s'étant pas accompagné de l'émergence d'une proposition unique de réforme, le Gouvernement a décidé de procéder à l'expérimentation de deux modèles de tarification permettant de comparer leurs effets respectifs.

1.2. Des expérimentations de tarification conduites sur une durée de trois ans, dans un cadre contractualisé.

L'article 150-II de la loi de finances n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 dispose :  
« Des expérimentations relatives aux modalités de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, autorisés

au titre de l'article L. 313-1 du même code, peuvent être menées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012 pour une durée n'excédant pas trois ans. Elles peuvent notamment associer les présidents de conseil général ayant signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans le cadre de la mise en œuvre de la restructuration conformément au 1<sup>o</sup> du I du présent article.

Ces expérimentations peuvent inclure des modalités particulières de conventionnement entre les présidents de conseil général et les services mentionnés au 2<sup>o</sup> de l'article L. 313-1-2 du même code et, le cas échéant, les organismes de protection sociale. Elles respectent un cahier des charges approuvé par arrêté des ministres chargés de la famille, des personnes âgées et des personnes handicapées, du budget et des collectivités territoriales.

Les présidents de conseil général ayant choisi de participer à l'expérimentation remettent, en fin d'expérimentation, un rapport d'évaluation aux ministres chargés de la famille, des personnes âgées et des personnes handicapées, du budget et des collectivités territoriales. »

Le cadre posé par cette habilitation législative est le suivant :

1. La durée des expérimentations ne peut excéder trois ans : le décompte de la période se fait à partir de la date de signature du contrat pluriannuel d'objectif et de moyens qui doit intervenir au plus tard le 31 décembre 2013. Pour les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avant la date de publication du présent arrêté, le délai de trois ans court à partir de la date de la publication de cet arrêté, sous réserve de la vérification par le comité de pilotage national de leur conformité au présent cahier des charges.

2. Les expérimentations portent sur les modalités de fixation des tarifs qui servent à financer les services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés mentionnés aux 6<sup>o</sup> et 7<sup>o</sup> du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou plus largement sur les modalités d'allocation des financements ; elles visent à trouver une alternative au dispositif de tarification horaire défini aux articles R. 314-130 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

3. Les expérimentations peuvent prévoir des aménagements aux modalités de solvabilisation des personnes utilisatrices des services, notamment par APA et la PCH, et, avec l'accord des ces dernières, par les caisses de retraite. Elles peuvent également prévoir des aménagements aux modalités de participation des usagers définies à l'article R. 232-11 du même code.

4. Lorsqu'elles concernent des services agréés, les expérimentations peuvent prévoir une adaptation des tarifs de références servant à la valorisation des plans d'aide et de compensation.

Ces expérimentations sont formalisées dans une convention entre le département expérimentateur et les services concernés. Cette convention fixe les engagements réciproques de chaque partie contractante. Les conseils généraux souhaitent conduire des expérimentations avec des services agréés en précisent les dispositions dans la note de cadrage mentionnée à l'article 2 de l'arrêté. Les conditions liées à la contractualisation (durée, évaluation et révision) sont équivalentes à celles qui sont évoquées au 5.

5. Les expérimentations de tarification doivent être formalisées dans d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre le département expérimentateur et les services concernés par l'expérimentation.

D'une durée maximale de trois ans, ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est révisable annuellement au regard de l'évaluation annuelle de l'activité du service, de la réalisation des objectifs prévus et de la consommation de son enveloppe de financement. Il associe, avec leur accord, les caisses de retraite (CARSAT, MSA, RSI) lorsque les services impliqués dans l'expérimentation sont conventionnés avec l'un ou l'autre d'entre elles pour des interventions d'aide à domicile auprès de leurs ressortissants.

6. Les expérimentations ne peuvent conduire à détériorer les conditions de prise en charge ou le reste à charge des personnes déjà accompagnées par les services expérimentateurs. L'expérimentation doit leur être présentée et recueillir au préalable leur accord pour participation.

Pour les nouveaux bénéficiaires, les nouvelles modalités de participation et de tarification doivent leur être présentées afin qu'ils puissent choisir librement, le cas échéant, un autre service agréé ou autorisé ayant d'autres modalités de tarification.

## 2. Contenu obligatoire du CPOM

2.1. Le périmètre des activités (territoires, nombre de personnes dans la file active, amplitude d'ouverture) du service relevant du CPOM, ainsi que, dans le cas où ce périmètre exclut certaines activités, la répartition ou les critères de répartition des personnels et des charges communes.

2.2. La liste des missions d'intérêt général remplies par le service :

- les missions mentionnées aux articles L. 312-1-I (6<sup>o</sup> et 7<sup>o</sup>) et D. 312.6 du code de l'action sociale et des familles ;
- les autres missions d'intérêt général que le SAAD s'engage à remplir et les contraintes liées à leur exécution pouvant faire l'objet d'une compensation financière dans le cadre de la tarification.

L'ensemble des missions doit être mis en regard des populations accompagnées et du projet de service de la structure. Dans ce cadre, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens devra préciser le nombre de personnes prises en charge au cours de l'année N – 1 par rapport à la première année de contrat ainsi que le volume d'heures correspondant à ces prises en charge. Pour les personnes âgées, le service fournira également le classement en GIR à l'aide de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles.

Cette base sert d'indication pour l'activité qui sera déployée et les publics qui seront accompagnés sur la durée du CPOM. Les conditions du contrat précisent les conditions d'ajustement en cas d'évolution importante du volume d'activité prévisionnelle.

### 2.3. Les qualifications des personnels retenues au regard du projet de service.

Le CPOM précise le niveau de qualification des personnels d'intervention en fonction notamment du niveau de classement en GIR des personnes âgées prises en charge et des personnels relevant des « fonctions support ».

Le CPOM indique les « temps plafonds » consacrés aux heures payées hors temps d'intervention directe auprès de l'utilisateur.

### 2.4. Les indicateurs de référence communs aux services inclus dans l'expérimentation départementale en termes d'organisation permettant d'encadrer l'allocation de ressources.

Il s'agit notamment du plafond des frais de structure, du niveau de qualification et d'encadrement, du territoire d'intervention.

## A N N E X E 2

### EXPÉRIMENTATION D'UN FINANCEMENT ET D'UNE TARIFICATION SOUS FORME D'UN FORFAIT GLOBAL NÉGOCIÉ

#### Rappel :

Le département expérimentateur doit recueillir l'accord des services autorisés ou agréés avec lesquels il souhaite conduire l'expérimentation.

Le département expérimentateur ne peut pas refuser à un service autorisé volontaire de participer à l'expérimentation qu'il conduit si ce dernier répond au périmètre des activités (territoires, nombre de personnes dans la file active, amplitude d'ouverture) qu'il a fixé pour l'éligibilité à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Les conseils généraux expérimentateurs peuvent choisir de faire porter leur expérimentation soit sur les activités « personnes âgées » ou « personnes handicapées », soit sur les deux publics.

### **1. Les engagements contractuels du conseil général et du service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)**

#### 1.1. L'engagement des services envers les usagers.

Un droit d'accès équitable à l'aide quel que soit son lieu d'habitation.

Une réponse aux besoins des personnes si la situation de perte d'autonomie l'exige 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Une organisation et un fonctionnement du SAAD conformes aux objectifs « qualité » fixés dans le cadre du CPOM pour pouvoir intervenir auprès des usagers.

La réalisation de prestations d'aide à domicile formalisées dans le cadre d'un plan d'intervention individualisé permettant de répondre aux besoins de l'utilisateur et tenant compte de leurs attentes.

La mise en œuvre par les services d'aide à domicile d'actions de préventions (chutes, malnutrition, précarité énergétique...) contribuant à retarder la perte d'autonomie.

La garantie de pouvoir bénéficier dans le cadre de l'intervention du service d'aide à domicile, en fonction de ses besoins, des compétences de professionnels (encadrement, aide à domicile, psychologue, ergothérapeute,...) formés et qualifiés.

Le respect des objectifs d'interventions définis par les équipes médico-sociales du conseil général.

L'adaptabilité et réactivité de l'intervention des services pour prendre en compte les variations souhaitées par les personnes (rythme de vie, saisonnalité, présence ponctuelle d'aidants...).

L'intervention des services s'adaptera en fonction des besoins des usagers, pour une plus grande souplesse d'intervention, limitant du même coup le nombre des heures perdues.

Le service d'aide et d'accompagnement à domicile peut être mandaté pour devenir l'interlocuteur principal de l'utilisateur en matière d'aménagement du logement et la gestion des aides techniques.

Le service situe ses interventions en complémentarité et en coordination avec les autres intervenants et dispositifs auprès des personnes.

L'écoute et l'accompagnement des aidants.

La participation financière de l'utilisateur est forfaitisée. Elle peut prendre en compte le plan d'aide en volume d'heures qui lui est attribué ou uniquement de ses ressources. Les modalités de participation sont fixées dans le CPOM et sont quoi qu'il en soit les mêmes sur le département et les SAAD expérimentateurs et ne varient plus en fonction des différents prix de revient horaires des différents services.

L'équité d'accès à l'aide des bénéficiaires en mettant fin, d'une part, à l'écrêtage des plans d'aide compte tenu du montant des tarifs et du montant du ticket modérateur et, d'autre part, à l'impossible corrélation entre mensualisation des salariés, heures prévues et heures effectives.

### 1.2. Engagements entre les services et les conseils généraux.

La signature d'un CPOM engage :

- le conseil général à garantir au service ayant contractualisé avec lui une vision budgétaire pluriannuelle apportant une sécurité des financements alloués sur la durée du CPOM, ce qui concourt à la maîtrise des dépenses départementales pour les personnes en perte d'autonomie à leur domicile ;
- le service d'aide à domicile à réaliser les missions d'intérêt général contractualisées dans le contrat : prise en charge de toutes les populations s'adressant au service, lutte contre l'isolement, insertion et formation professionnelle, participation à la sécurité des personnes, actions de prévention ;

Les services ayant contractualisé avec le conseil général sur plusieurs années auront une vision budgétaire à plus long terme. L'intervention des services s'adaptera en fonction des besoins des usagers, limitant le nombre des heures perdues. Ils pourront en effet redéployer les heures non réalisées auprès d'usagers (pour cause d'hospitalisation ou autres motifs d'absence par exemple) auprès d'autres usagers dont les besoins le justifient, au lieu de rembourser ces heures au conseil général.

### 1.3. Engagement envers les salariés des SAAD.

Autant que faire se peut, les gestionnaires des services et les financeurs doivent favoriser :

- plus de souplesse dans les interventions. Les salariés ne sont plus en charge de faire des heures mais de réaliser les activités d'aides nécessaires au maintien de la personne en perte d'autonomie à son domicile ;
- une valorisation de leur emploi en tant que professionnels du secteur médico-social. Le rôle des aides à domicile sera maintenant reconnu dans le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie ;
- une reconnaissance de leur statut par la prise en compte de leur convention collective et de leur statut de la fonction publique.

## 2. Le CPOM, acte de mandatement

Conformément à la décision de la commission du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'Etat sous forme de compensation de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général, le CPOM doit être conçu pour être un mandatement.

Ce mandatement prend la forme juridique d'un contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM) prévu à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles.

Conformément à la décision de la Commission du 20 décembre 2011, le CPOM en tant qu'acte de mandatement mentionne notamment :

- la nature et la durée des obligations de service public permettant de satisfaire les besoins sociaux ;
- le ou les fournisseurs concernés et le territoire concerné ;
- la nature, le cas échéant, des droits exclusifs ou spéciaux éventuellement octroyés par la collectivité territoriale ;
- la description du mécanisme de compensation et les paramètres de calcul, de contrôle et de révision de la compensation ;
- les modalités de récupération des éventuelles surcompensations et les moyens d'éviter ces surcompensations ;
- l'engagement du service à présenter une comptabilité séparée pour l'activité relevant de la fourniture de ce service.

Aussi, en tant que services sociaux d'intérêt général (SSIG), les SAAD expérimentateurs respectent les principes essentiels guidant le fonctionnement de ceux-ci. Leur mandatement impose la mise en œuvre des engagements du CPOM suivants :

- l'accès universel : obligation d'accueillir l'ensemble des utilisateurs éligibles et de leur apporter une réponse adaptée à leur besoin ;
- l'accessibilité tarifaire : soumission des services sociaux à une tarification spécifique qui permet à l'ensemble de la population d'y accéder ;
- la continuité : absence d'interruption d'activité des services sociaux qui priveraient régulièrement les utilisateurs de leur usage qu'il s'agisse d'une continuité territoriale ou temporelle ;
- la qualité : exigence d'évaluation de la satisfaction des besoins des utilisateurs et d'adaptation des services aux évolutions de la demande ;
- la protection et la participation des utilisateurs : diffusion aux utilisateurs des informations nécessaires à leur choix de service et définition des voies de recours en cas de non-satisfaction.

Le CPOM entre le SAAD et le conseil général peut associer les autres financeurs (ARS, caisse de retraite, CNSA) pour certaines actions ou missions relevant de leurs compétences respectives : actions de prévention de

la perte d'autonomie et coordination des parcours de soins en application des schémas régionaux de prévention élaborés et financés par l'agence régionale de santé, actions de prévention des caisses de sécurité sociale, actions de modernisation de l'aide à domicile de la CNSA.

### 3. Les fonctions des SAAD expérimentateurs

Afin de proposer une aide et un accompagnement adapté à domicile des personnes concernées, le service défini intervient dans les champs suivants :

Missions d'intérêt général :

- continuité d'intervention ;
- continuité de service ;
- couverture territoriale ;
- prise en charge de toute les populations s'adressant au service (non-discrimination d'accès) ;
- lutte contre l'isolement ;
- insertion et formation professionnelle ;
- participation à la sécurité des personnes ;
- participation à la définition des politiques publiques ;
- expertise et innovation sociales et médico-sociales ;
- prévention.

Missions d'intervention :

- vie quotidienne ;
- actes essentiels ;
- participation à la vie sociale ;
- aide à la parentalité (pour les services familles et handicap) (\*) ;
- aide à la communication (\*) ;
- aide aux aidants (\*) .

Missions de prévention :

- lutte contre les chutes (\*) ;
- activités physiques et cognitives (ex : atelier mémoire) (\*) ;
- lutte contre la malnutrition et la déshydratation (\*) ;
- lutte contre les troubles médico-sociaux (ex : dépression) (\*) ;
- aménagement de l'habitat (domotique, sécurité énergétique) (\*) ;
- lutte contre l'isolement.

La réalisation de ces missions fait l'objet d'une contractualisation dans le cadre du CPOM entre le SAAD et ses différents financeurs pour déterminer si elles doivent être mise en œuvre par le SAAD.

### 4. Les conditions techniques de fonctionnement d'un SAAD déterminées dans le CPOM

#### 4.1. Sur l'organisation générale, le SAAD.

Détermine les temps de réunion nécessaires au fonctionnement du service dans la limite du temps plafonné pour les interventions hors présence de l'utilisateur (fonctionnement, projets, analyse des pratiques, formations, mise en œuvre de l'évaluation interne et de l'évaluation externe, démarche qualité, coordination...).

Précise quels matériels il met à disposition de ses salariés (véhicule, téléphone/télégestion, matériel à usage unique.).

Met en place la télégestion, afin de simplifier et automatiser le contrôle du temps de travail de ses salariés ; cette télégestion permet en outre d'alimenter les indicateurs globaux d'activité transmis au conseil général.

Détermine les formations organisées pour les salariés et en tant que de besoin au regard des problématiques des personnes accueillies.

#### 4.2. Concernant les intervenants à domicile.

Le service détermine le nombre d'ETP nécessaire à la réalisation des prestations. Celui-ci doit être calculé sur la base d'un taux d'heures hors de la présence de l'utilisateur compris entre x % et y % de 1 607 heures rémunérées.

Le taux de qualification est explicité dans le CPOM. Il tient compte du GMP dans les SAAD pour personnes âgées dépendantes.

Le service s'assure le concours d'un psychologue ou d'un autre professionnel formé dans le cadre de l'analyse obligatoire des pratiques professionnelles.

En fonction des projets spécifiques du service et de la mise en œuvre des projets individualisés, il doit être prévu tous métiers ou compétences nécessaires.

#### 4.3. Concernant les services « support » et les « frais de structure ».

Les frais de structures sont ceux des groupes fonctionnels 1 et 3 et des dépenses des personnels autres que les intervenant à domicile (aides à domicile, auxiliaires de vie sociale et aides médico-psychologiques).

Dans la limite d'un montant plafonné :

- le service détermine le nombre d'ETP de personnels administratifs (responsables et/ou assistant de secteurs, accueil, facturation, comptabilité et paye...). Le service devra obligatoirement s'assurer de compétences en ressources humaines, qualité, comptabilité et gestion, en interne ou dans le cadre d'une mutualisation, de coopération ou de sous-traitance ;
- le service doit être dirigé par un directeur formé conformément au décret relatif à la qualification des directeurs d'ESMS ;
- le SAAD détermine un ratio de « services supports » intégrant les missions « support » externalisées (mutualisation ou sous-traitance) ;
- le service s'assure la compétence d'un professionnel en capacité de construire le plan individuel d'intervention (PII) (1).

---

(1) Le plan d'intervention individualisé s'entend comme un volet spécifique du contrat venant préciser de façon concrète les modalités d'intervention du service. Il fait partie intégrante du projet personnalisé tel que défini dans le cadre de la recommandation ANESM sur les attentes de la personne et le projet personnalisé [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_projet.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf).

#### 4.4. Concernant les partenariats.

Des partenariats doivent être développés, quand ce n'est pas déjà le cas, avec les acteurs du médico-social et du soin, à domicile et en établissement, afin d'avoir une bonne connaissance des relais d'information, d'aide, d'accompagnement ou de soins.

Pour une implication dans le territoire, le service s'engage à travailler en réseau et en coordination/à signer des conventions de partenariats avec, à titre d'exemple :

- des services de soins infirmiers ;
- des centres de santé, notamment les centres de soins infirmiers ;
- des HAD et des hôpitaux ;
- des associations de personnes handicapées ou de familles ;
- d'autres établissements sociaux et médico-sociaux.

#### 4.5. Les modalités d'ajustements permanents de l'intervention des services.

A partir du nombre potentiel de personnes prises en charge par le service, un ratio de « flexibilité » est accordé au SAAD afin de permettre une évolution du nombre réel de personnes prises en charge pour répondre aux situations non prévisibles. Ce ratio est déterminé dans le cadre du CPOM.

Il s'agit de pouvoir faire face à des changements importants comme, par exemple, l'évolution brutale de la situation d'une personne aidée, l'hospitalisation ou l'incapacité temporaire d'un conjoint entraînant le besoin d'aides supplémentaires, la prise en charge en urgence d'une personne en attente de la reconnaissance administrative de son statut, le cas d'une personne en perte d'autonomie qui irait, par exemple, en vacances hors de son département d'origine et qui aurait besoin de trouver un service disponible pour une durée limitée.

Enfin, il est nécessaire qu'un service puisse faire face à des sorties en charge brutales et qu'il puisse, en compensation, intégrer de nouveaux bénéficiaires afin d'assurer un équilibre en regard de la qualification professionnelle, de la gestion de l'activité et de l'organisation mises en place.

### **5. Les nouvelles modalités d'évaluation et d'élaboration du plan d'intervention individualisé**

Cette refondation se traduit par la mise en œuvre :

D'une évaluation plus efficiente du besoin en aide des usagers des services par la prise en compte de leur degré de perte d'autonomie mais également par la prise en compte de leur degré d'isolement conformément à la grille d'évaluation définie dans le présent cahier des charges.

D'une redéfinition des responsabilités entre le conseil général et les SAAD dans l'élaboration des modalités d'intervention du service au domicile de l'utilisateur conformément au schéma d'intervention déterminé dans le présent cahier des charges.

La création d'outils communs à l'ensemble des préfigurateurs, l'outil de diagnostic médico-social, l'outil d'élaboration du projet individuel d'intervention, le plan individuel d'intervention (PII).

Ce plan individuel d'intervention est élaboré en trois phases. Il est constitué du contrat d'intervention auquel sont annexés le diagnostic médico-social et les objectifs d'aides déterminés par le conseil général ainsi que le projet individuel d'intervention coconstruit et cosigné par l'utilisateur et le SAAD.

Phase 1 : le diagnostic médico-social et les objectifs élaborés par l'équipe médico-sociale du département.

Phase 2 : le contrat d'intervention signé entre le SAAD et le bénéficiaire de l'aide.

Phase 3 : le projet individuel d'intervention de l'utilisateur : il détermine les modalités opérationnelles de l'intervention. Il est validé par l'équipe médico-sociale du département.

## 6. Les nouvelles modalités de tarification

L'annualité budgétaire oblige le gestionnaire à avoir une vision non prospective et à défendre la prise en compte de surcoûts conjoncturels (départs à la retraite importants par exemple) alors qu'il convient de privilégier l'équilibre structurel sur plusieurs années, ce qui implique d'accepter les déficits budgétaires sur quelques exercices si les conditions du retour à un équilibre structurel et réel à la fin de la période couverte par la pluriannualité budgétaire.

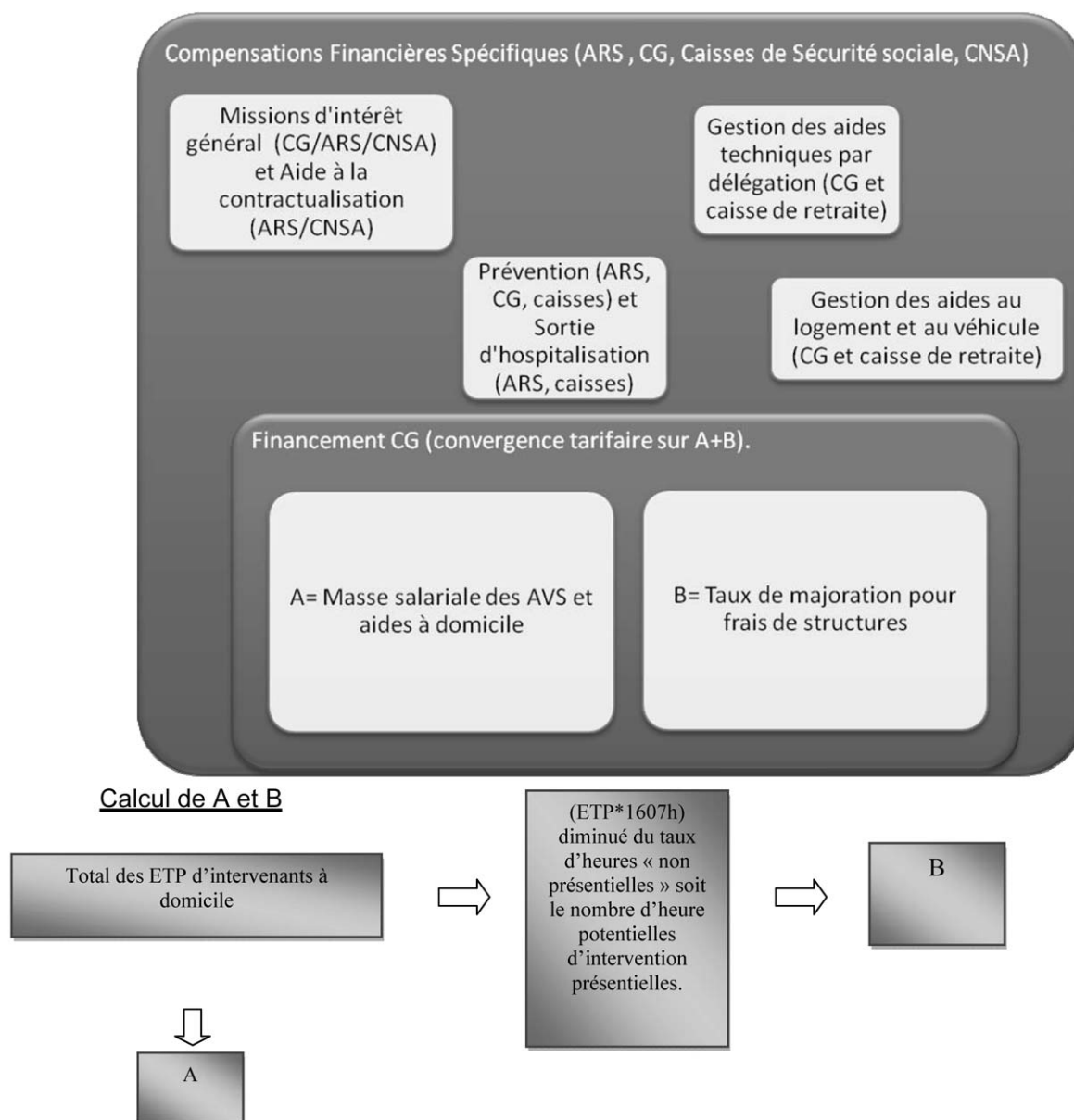
Afin de permettre au SAAD une bonne gestion de leurs financements, il convient de procéder à une consolidation pluriannuelle de leurs financements dans un cadre contractualisé pluriannuel (art. R. 314-39 et suivant du CASF).

### 6.1. Modalités de calcul du forfait global négocié.

Le forfait global négocié d'un SAAD peut être composé de trois sources de financement qui font toutes l'objet d'une contractualisation entre les financeurs et le SAAD :

- les missions d'interventions du SAAD réalisées dans le cadre de l'APA, et le cas échéant de la PCH, sont financées par les conseils généraux sous la forme d'un forfait négocié ;
- les missions du SAAD relevant de missions d'intérêt général ou de missions de prévention sont financées sous la forme de compensations financières spécifiques ;
- la gestion déléguée, le cas échéant, dans le cadre du CPOM des aides techniques et des aides aux logements ou à l'habitat.





Le forfait est déterminé dans le cadre du CPOM. Il fait l'objet de versements mensuels pour 90 % de son montant annuel. Les 10 % restants, gelés en début d'exercice budgétaires, seront libérés en totalité ou en partie dès l'issue du (des) dialogue(s) de gestion en fonction de la réalisation des objectifs quantitatifs et qualitatifs fixés dans le cadre du CPOM. Cette modalité de financement implique un versement en tiers payants de l'APA, et le cas échéant de la PCH, au service plutôt qu'au bénéficiaire de la prestation (cf. 7.4).

Les modalités de progression du budget d'une année sur l'autre dans la période du CPOM seront prévues dans le CPOM.

## 6.2. Les engagements liés à l'obtention du forfait global négocié.

Les départements et les SAAD prestataires contractualisent sur un nombre d'usagers que doit accompagner le SAAD en prenant en compte le GIR moyen pondéré (GMP) et le niveau d'aide apportée par l'entourage (EMP : entourage moyen pondéré). Cette modalité d'évaluation de la population pourra faire l'objet d'évolutions au regard des travaux en cours de la CNSA relatifs aux modes d'évaluations et, notamment, une grille d'évaluation multidimensionnelle des personnes et de leurs besoins.

Le forfait négocié prévoit également le financement des systèmes de télégestion afin de permettre aux services d'exercer leurs fonctions d'employeur, de veiller au respect des fourchettes d'heures de présence directe. Ils garantissent en outre le contrôle de la réalisation des interventions conformément au plan d'intervention individualisé et au contrat de prestation.

Le forfait négocié fait l'objet d'un double encadrement au regard des :

- heures présentes du SAAD : les temps de « non-présence directe » des aides à domicile, des auxiliaires de vie sociale (AVS), des aides médico-psychologiques (AMP) et des techniciennes de l'intervention

sociale et familiale (TISF), sont appréciés globalement (et non individuellement, salarié par salarié). Il s'agit des temps de transports, de coordination, de réunions de synthèse, de modulation, de professionnalisation au-delà des plans de formation, de tutorat, des institutions représentatives des personnels, de droit syndical... Ces temps sont compris dans une fourchette de ..... % et ..... % des 1 607 heures de la durée légale de travail à partir d'un tableau d'analyse de ces heures ;

- dépenses de structure du SAAD : le total des dépenses de structures (G1 + G3 + dépenses de personnels autres qu'aides à domicile, auxiliaires de vies sociale et aides médico-psychologique) est compris entre ..... % et ..... % des dépenses brutes totales du SAAD.

Ce pourcentage doit être apprécié au regard des publics pris en charge par le SAAD, en cas d'évolution de ce public au cours de la période de validité du CPOM cette modification entraînera une modification du taux d'encadrement des temps de « non-présence directe » du service.

### 6.3. Les compensations financières spécifiques (CFS).

Les missions d'intérêt général et de prévention du SAAD qui représentent des obligations de services publics au regard de la législation communautaire sont financées par le biais de compensations financières spécifiques.

De même, la gestion des aides techniques ainsi que des aides à l'aménagement de l'habitat ou du véhicule de leurs bénéficiaires peut être déléguée aux SAAD. Cette gestion fait l'objet de compensations financières spécifiques.

Chaque CFS, en fonction de sa nature et de son financeur, fait l'objet d'une annexe au CPOM précisant :

- son objet et ses modalités de mise en œuvre ;
- les paramètres de calcul, de contrôle et de révision de la compensation ;
- les modalités de versement de la compensation ;
- les modalités de récupération des éventuelles surcompensations et les moyens d'éviter ces dernières.

### 6.4. L'instauration d'un dialogue de gestion.

Le dialogue de gestion est réalisé *a minima* annuellement et au plus tard dès le début du premier trimestre de l'exercice budgétaire suivant celui auquel il se rapporte.

Ce dialogue de gestion entre l'autorité de tarification et le SAAD gestionnaire doit permettre une analyse des écarts :

- de l'activité prévisionnelle par rapport à l'activité réelle analysée sous le double effet nombre de personne prise en charge/AMP ;
- des causes endogènes de la non-réalisation de l'activité (absentéisme élevé des personnels par exemple) et causes exogènes (évolution non prévues des charges sociales, ...) ;
- de l'aggravation de niveau de perte d'autonomie, évolution des facteurs sociaux et environnementaux ;
- des bilans sociaux, notamment de l'absentéisme ;
- de l'atteinte des objectifs de professionnalisation.

La conclusion du dialogue de gestion se traduit par :

- le gel ou la « libéralisation » totale ou partielle des 10 % du budget global de l'année précédente qui n'a pas été versé ;
- l'affectation des résultats dans le respect de l'article R. 314-51 du CASF ;
- la conclusion d'un avenant modifiant les objectifs et les moyens prévus initialement au CPOM.

## 7. La participation des usagers et le versement des prestations

Dans le cadre de l'expérimentation, l'article 150 de la loi de finances pour 2012 permet d'expérimenter, à côté des modalités de participation prévues par le droit actuel (6.1), des modalités de participation dérogatoires (6.2 et 6.3) qui sont une des parties constitutives de nouvelles modalités de tarification.

Cela doit se faire avec l'accord des bénéficiaires pris en charge avant l'entrée en vigueur du CPOM.

Pour les nouveaux bénéficiaires, les nouvelles modalités de participation et de tarification doivent lui être présentées afin de pouvoir choisir librement, le cas échéant, un autre service agréé ou autorisé ayant d'autres modalités de tarification.

La participation des usagers peut prendre la forme de l'une des modalités suivantes, au choix du conseil général expérimentateur. Les modalités de participation de l'utilisateur doivent être indiquées dans le CPOM.

7.1. Calcul de la participation des bénéficiaires de l'APA à domicile tel que défini à l'article R. 232-11 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Les modalités de participation demeurent inchangées par rapport à la réglementation en vigueur. Les modalités de calcul de la participation financière sont mentionnées à l'article R. 232-11 du CASF.

7.2. Calcul de la participation des bénéficiaires de l'APA sur la base du plan d'aide accepté.

Dans la formule de l'article R. 232-11 du code de l'action sociale et des familles, le montant du plan d'aide (A) devient le montant de la fraction du plan d'aide acceptée par le bénéficiaire et non plus du montant du plan d'aide utilisé.

Un bénéficiaire dont le plan d'aide apparaît structurellement sous-dimensionné ou surdimensionné au regard des ses besoins ou de l'utilisation qu'il en fait peut en demander la révision au service et au conseil général, ce qui permettra d'ajuster sa participation financière à la hausse ou à la baisse.

7.3. Calcul de la participation des bénéficiaires de l'APA sur la base de ses seules ressources pour les GIR 1, 2 et 3, voire GIR 4.

Il n'est pris en compte dans la formule que du revenu mensuel de la personne ainsi que de la majoration pour aide constante d'une tierce personne et non plus du montant de la fraction du plan d'aide utilisé par le bénéficiaire.

Dans le cadre de l'expérimentation, l'article 150 de la loi de finances pour 2012 permet d'expérimenter, à côté des modalités de participation prévues par la réglementation actuelle (6.1), des modalités de participation dérogatoire (6.2 et 6.3) qui sont une des parties constitutives de nouvelles modalités de tarification.

Cela doit se faire avec l'accord des bénéficiaires pris en charge avant l'entrée en vigueur du CPOM.

Pour les nouveaux bénéficiaires, les nouvelles modalités de participation et de tarification doivent lui être présentées afin de pouvoir choisir librement, le cas échéant, un autre service agréé ou autorisé ayant d'autres modalités de tarification.

7.4. Modalités de versement des prestations.

La réglementation de l'APA et de la PCH subordonne la possibilité du versement direct des prestations aux SAD à l'accord du bénéficiaire ou pour la seule PCH, au défaut de paiement.

Dans le cadre des expérimentations, les conseils généraux pourront verser les prestations directement aux SAD, dès lors que les usagers du service concerné par cette modalité de versement demeurent libres de changer de service.

## ANNEXE 3

### EXPÉRIMENTATION D'UNE TARIFICATION HORAIRE, ASSORTIE LE CAS ÉCHÉANT D'UNE DOTATION DE VALORISATION DE MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL SPÉCIFIQUES

#### 1. Une tarification à l'activité

Le principe de la référence horaire est maintenu, à la fois pour :

- l'allocation des dotations aux services ;
- le calibrage des plans d'aide des usagers de services ;
- le calcul de la participation horaire des usagers.

L'expérimentation comporte deux options au choix du conseil général. L'allocation de ressources repose :

- soit sur un tarif relatif à un ou des paniers de prestations socle, complété, le cas échéant, de dotations de compensation liées à des contraintes particulières, ou des missions d'intérêt général et constituant des charges particulières pour le service (option 1) ;
- soit sur deux tarifs de référence : un tarif « aides à la personne » et un tarif « aides à l'environnement » accompagnés ou non de dotations spécifiques (option 2, telle que préconisée dans le rapport IGAS-IGF).

Quelle que soit l'option retenue, les tarifs sont déterminés sur la base de prestations de services précisément identifiées, auxquelles sont associés des niveaux de qualification, ainsi que des frais structurels, encadrés par un référentiel départemental.

En ce sens, des paniers-types de prestations de services sont définis. Ils servent de base pour :

- la définition des plans d'aide par les équipes médico-sociales et les équipes des MDPH ;
- la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Le contenu des paniers de prestations servis aux usagers est défini dans le cadre de l'étude nationale des coûts débutant au printemps 2012. Une fois les résultats de la première tranche de cette étude connue, les expérimentations menées par les départements en tiennent compte.

#### Modalités de tarification

	OPTION 1 : TARIFICATION À DOUBLE ÉTAGE « prestations socle » et « dotations de compensation »	OPTION 2 : TARIFICATION À L'ACTIVITÉ
Tarifs de référence	Un ou des tarifs « prestations socle »	Tarif « aide à l'environnement »

	OPTION 1 : TARIFICATION À DOUBLE ÉTAGE « prestations socle » et « dotations de compensation »	OPTION 2 : TARIFICATION À L'ACTIVITÉ
		Tarif « aides à la personne »
Dotations complémentaires liées à des contraintes de coûts ou à des missions d'intérêt général	Dotation compensant des contraintes de coûts accrus telles que l'ancienneté du personnel, ou l'application de statuts particuliers ; Dotation « public à forte amplitude horaire d'intervention » : personnes âgées isolées socialement, personnes handicapées ; Dotation « couverture géographique » : compensation du service pour une desserte coûteuse, dans les limites des références organisationnelles déterminées par le département ; Missions particulières liées aux publics et déterminées dans le cadre du CPOM ; Missions particulières rendues par le service en accord avec le conseil général telles que le rôle développé par certains services à domicile pour les personnes handicapées de centre de ressources pour les services tous publics)	Possibilité de définir des dotations complémentaires

Un dialogue budgétaire pluriannuel, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, permet de définir les volumes d'activité sur lesquels les services s'engagent pour les trois ans à venir, les publics concernés, la zone de chalandise couverte, les indicateurs de convergence organisationnelle, ainsi que le montant d'allocation de ressources ;

Des références organisationnelles départementales sont fixées par le département dans le cadre du CPOM.

Les organismes de sécurité sociale peuvent prendre part à l'expérimentation, dans le cadre du CPOM, pour une offre de services compensée selon les mêmes modalités financières.

## 2. Les modalités de la convergence de l'organisation des services d'aide et d'accompagnement à domicile

Le CPOM prévoit les éléments de la convergence des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Il précise en particulier :

- le projet de service, la nature des populations aidées, la zone de chalandise couverte ;
- les critères organisationnels sur lesquels le service s'engage avec le conseil général ainsi que les missions spécifiques d'intérêt général qu'il réalise ;
- le montant de la dotation et les modalités de son évolution.

### 2.1. Le projet de service.

Le service d'aide et d'accompagnement met en œuvre, dans le cadre des objectifs du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, son projet de service. Le CPOM comporte notamment les indicateurs d'activité suivants :

Indicateurs de population accompagnée et activité servie :

- file active des personnes accompagnées en N – 1 ;
- répartition des personnes âgées aidées par niveau de GIR ;
- nombre de personnes handicapées accompagnées par le service ;
- volume d'activités total en N – 1 ;
- volume d'activités par public ;
- volume d'activités servies WE, jours fériés et nuits ;
- nombre de personnes sans aidant naturel (seules ou sans aide).

Indicateurs de zone desservie par le SAAD :

- zone rurale ou urbaine avec définition précise de la zone couverte ;
- nombre de kilomètres réalisés par heure d'intervention.

Niveau de qualification des personnels d'intervention :

- répartition des personnels par catégorie de qualification (A, B et C) ;
- nombre d'emplois aidés.

Indicateurs budgétaires :

- dotation en N – 1 ;
- part des frais structure (groupes 1 et groupe 3 + personnels administratifs, d'encadrement et de direction) ;
- part des frais de gestion (groupes 1 et 3 + personnels administratifs et de direction seulement) ;
- ratio d'encadrement : nombre d'heures réalisées par ETP d'encadrement (support des interventions) ;
- ratio de personnels administratifs : nombre d'heures réalisées par ETP personnels administration et direction.

La liste des indicateurs est arrêtée par le comité de pilotage national sur la base des premiers résultats de l'étude de coûts.

## 2.2. Les engagements à formaliser dans le CPOM.

Les objectifs de l'expérimentation prennent la forme d'engagements pluriannuels définis dans le CPOM. Les dialogues annuels autour des objectifs inscrits dans le CPOM permettent de vérifier l'atteinte des objectifs de service et d'activité et d'ajuster les dotations correspondantes. Ces engagements concernent :

- le volume d'activités par type de population et, le cas échéant, les missions spécifiques d'intérêt général développées par les services ;
- le plan de formation et niveau de qualification :

Sur la base du projet de service retenu et de la population accompagnée durant l'année N – 1, un dialogue doit être engagé par le service et le conseil général pour déterminer, dans le cadre des références départementales, les niveaux de qualification à mettre en regard de l'activité réalisée par le service :

- affectation du personnel en fonction des personnes accompagnées et des caractéristiques de prise en charge de ces personnes ;
- l'évolution de la structure de la qualification des personnels en fonction de la nature de l'activité rendue par le service.

Ces objectifs passent par des engagements sur :

- la répartition des personnels d'intervention par niveau de qualification ;
- le plan de formation sur lequel s'engage le service au regard de son activité ;
- les conditions d'emploi et de tutorat des contrats aidés ou en alternance ;
- les engagements relatifs à l'organisation.

Sur la base des indicateurs de référence organisationnels et des indicateurs propres du service, un engagement doit être formalisé entre le conseil général et les services notamment sur les frais de structures, la couverture territoriale optimale à réaliser par le service (pour laquelle, selon l'option de tarification retenue, une dotation spécifique d'intérêt général est donnée au service qui accepte de couvrir des zones rurales) les possibilités de mutualisation entre services.

- l'adoption de la télégestion :

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile s'engagent, dans le cadre de l'expérimentation, à utiliser un système de télégestion. Un soutien financier et technique peut être assuré par la CNSA.

## **3. La tarification appliquée à l'utilisateur, sa participation financière et les modalités de versement des prestations**

### 3.1. La tarification appliquée à l'utilisateur :

Option 1 : Tarification à double étage :

Seul est opposable à l'utilisateur le tarif « prestation socle ». Défini par département ou par service, il sert de base à la valorisation du plan d'aide ou de compensation, le cas échéant de la partie de ce plan pour laquelle l'utilisateur fait appel au service, et pour le calcul de la participation de l'utilisateur.

Option 2 : tarification à l'activité :

Sous-option 2.1 : un tarif moyen du service est calculé à partir des tarifs « aide à la personne » et « aide à l'environnement » au prorata des activités du service. Ce tarif, opposable à l'ensemble des utilisateurs, sert de base à la valorisation de leur plan d'aide ou de compensation et pour le calcul de leur participation.

Sous-option 2.2 : le tarif appliqué à chaque utilisateur est calculé sur la base des tarifs « aide à l'environnement » ou « aide à la personne » et de la répartition des prestations réalisées auprès de lui selon ces deux tarifs. Cette répartition est effectuée soit par le service, soit par le conseil général ou la MDPH pour les bénéficiaires de la PCH, précise dans les plans d'aide APA ou les plans de compensation.

D'autres options peuvent être expérimentées par le département, qu'il explicitera, le cas échéant dans le cadre de la note de cadrage prévue à l'article 2 de l'arrêté.

### 3.2. La participation financière de l'utilisateur :

Des modalités de participation financière des bénéficiaires dérogeant aux règles prévues à l'article R. 232-11 du CASF peuvent être expérimentées par les conseils généraux volontaires à l'expérimentation (telles que celles décrites dans le modèle défini à l'annexe 2 : participation calculée sur le plan d'aide accepté – au lieu de réalisé ; participation calculée sur la base du seul niveau de revenu, à l'exclusion du volume d'aide).

En ce cas, ils en avisent le comité de pilotage national dans leur note de cadrage.

Par ailleurs, la participation des utilisateurs peut être versée à terme échu (fin de mois de prestation), sur facturation du service, ou à terme à échoir (en début de mois de prestations de services). Les modalités de recouvrement de la participation des utilisateurs seront alors précisées dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

La mise en œuvre de ces modalités dérogeant est subordonnée à l'accord des bénéficiaires pris en charge avant l'entrée en vigueur du CPOM.

Pour les nouveaux bénéficiaires, les nouvelles modalités de participation et de tarification doivent lui être présentées afin qu'il soit en mesure de pouvoir choisir librement, le cas échéant, un autre service agréé ou autorisé ayant d'autres modalités de tarification.

### 3.3. Les modalités de versement des prestations.

La réglementation de l'APA et de la PCH subordonne la possibilité du versement direct des prestations aux SAD à l'accord du bénéficiaire ou, pour la seule PCH, au défaut de paiement.

Dans le cadre des expérimentations, les conseils généraux pourront verser les prestations directement aux SAD, dès lors que les usagers du service concerné par cette modalité de versement demeurent libres de changer de service.

## A N N E X E 4

### PILOTAGE ET ÉVALUATION DES EXPÉRIMENTATIONS

Le suivi de l'expérimentation est assuré par un comité de pilotage national s'appuyant sur des comités locaux.

Un pôle référent est désigné comme interlocuteur des SAAD expérimentateurs dans chaque département concerné.

#### 1. Composition

Le comité national est coprésidé par la direction générale de la cohésion sociale et l'Assemblée des départements de France.

Il est composé des représentants des partenaires suivants :

- la direction générale de la cohésion sociale, la direction du budget, la direction générale des collectivités locales, la direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services ;
- la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la Caisse nationale d'assurance vieillesse, le régime social des indépendants, la mutualité sociale agricole ;
- l'Assemblée des départements de France ;
- les fédérations représentatives du secteur.

Les comités locaux, pilotés par les conseils généraux expérimentateurs, sont composés des membres suivants :

- le président du conseil général ou son représentant ;
- l'agence régionale de santé dont relève le département ;
- l'unité territoriale DIRECCTE ;
- l'ensemble des fédérations du secteur, y compris celles ne participant pas à l'expérimentation ;
- les CARSAT ou tout autre financeur institutionnel des services d'aide à domicile ;
- des représentants du CODERPA et de la CDCPH.

#### 2. Missions

Le comité national et les comités locaux sont chargés, chacun en ce qui le concerne, du suivi des expérimentations.

Le comité de pilotage local donne un avis consultatif sur la note de cadrage (cahier des charges de l'expérimentation départementale) que lui présente le conseil général.

Le comité national dresse la liste des départements expérimentateurs. Il est chargé de l'évaluation globale des expérimentations. A cet effet, le comité définit les données à collecter en amont et pendant la durée des expérimentations.

Ces données sont constituées notamment par :

- la liste des services avec lesquels le département expérimente de nouvelles modalités de tarification ;
- les moyens humains et/ financiers dédiés par les conseils généraux expérimentateurs à leur mise en œuvre ;
- le nombre et les caractéristiques des personnes ayant bénéficié de prestations dans le cadre de l'expérimentation (niveau de revenu, de GIR, situation familiale, nombre d'heures servies à leur domicile) ;
- les niveaux des dotations fixés annuellement dans le cadre de l'expérimentation ;
- une présentation des aménagements aux modalités de solvabilisation et de versement des prestations individuelles aux usagers des services et de leur impact ;
- les modifications éventuelles du reste à charge des usagers des services agréés ;
- le cas échéant, une analyse des évolutions du contenu des plans d'aide ;

- une enquête de satisfaction des usagers des services participant à l'expérimentation ;
- une analyse des conséquences financières et comptables de l'expérimentation sur la situation de chacun des services ;
- une présentation des modalités d'articulation entre financeurs institutionnels pour s'accorder sur des modalités de tarification et de financement des services et de solvabilisation des usagers compatibles entre elles.

Le comité de pilotage définit les informations que devront fournir les services et les départements expérimentateurs pour les besoins du suivi et de l'évaluation des expérimentations.