

ASSEMBLÉE NATIONALE

17^e LÉGISLATURE

Compte rendu

Commission d'enquête sur les défaillances des politiques publiques de prise en charge de la santé mentale et du handicap et les coûts de ces défaillances pour la société

- Table ronde, ouverte à la presse, sur les services d'aide et d'accompagnement à domicile, réunissant :
- Mme Maryline Barillet-Lepley, administratrice de l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)
- Mme Martine Gaboyer, vice-présidente de l'union nationale Aide à domicile en milieu rural (ADMR)
- Mme Isabel Madrid, vice-présidente de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) 2
- Présences en réunion 11

Mercredi
22 octobre 2025
Séance de 15 heures

Compte rendu n° 34

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence de
Mme Nicole Dubré-Chirat,
Présidente,**



La séance est ouverte à quinze heures.

La commission entend sous forme de table ronde, ouverte à la presse, sur les services d'aide et d'accompagnement à domicile :

- *Mme Maryline Barillet-Lepley, administratrice de l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)*
- *Mme Martine Gaboyer, vice-présidente de l'union nationale Aide à domicile en milieu rural (ADMR)*
- *Mme Isabel Madrid, vice-présidente de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)*

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Mes chers collègues, nous poursuivons les auditions de la commission d'enquête sur les défaillances des politiques publiques de prise en charge de la santé mentale et du handicap et les coûts de ces défaillances pour la société, par une table ronde sur les services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Je souhaite la bienvenue à Mme Martine Gaboyer, vice-présidente de l'Union nationale Aide à domicile en milieu rural (ADMR), Mme Isabel Madrid, vice-présidente de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) en charge des questions de santé, et Mme Maryline Barillet-Lepley, administratrice de l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA).

En application de l'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires, je vais préalablement vous demander de prêter serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.

(Mmes Gaboyer, Madrid et Barillet-Lepley prêtent serment).

Mme Martine Gaboyer, vice-présidente de l'Union nationale Aide à domicile en milieu rural. Je vous remercie de nous avoir conviés aujourd'hui devant vous et construirai mon intervention autour du questionnaire qui nous a été adressé.

Les métiers du soin à domicile souffrent d'un déficit d'attractivité depuis plusieurs années. Les besoins en recrutement sont environ de 200 000 postes à pourvoir d'ici à 2030, pour la seule branche d'aide et d'accompagnement de soins et de services à domicile. Les motifs de ce déficit sont pluriels. C'est notamment pour cette raison que les partenaires sociaux de la branche poursuivent depuis de nombreuses années une politique de formation et de professionnalisation. Chaque année, la branche investit environ 60 millions d'euros pour la formation, soit plus de 3 millions d'heures de formation. La formation, au-delà de permettre le développement des compétences, représente également un levier d'intégration et de fidélisation pour nos salariés.

L'ADMR noue de nombreux partenariats à travers nos fédérations : partenariats de mobilité, plateformes d'achat ou encore plateformes d'écoute et de soutien psychologique avec les partenaires sociaux de la branche. Nous travaillons également à la mise en œuvre de l'action de formation en situation de travail (Afest), c'est-à-dire l'intégration de nouveaux embauchés et de la formation en situation de travail.

Depuis peu, la certification du socle de connaissances et de compétences professionnelles (CléA) contextualisé à la branche de l'aide à domicile est également accessible aux salariés dépourvus de certificats, afin de leur permettre d'acquérir un premier niveau de diplôme. Nous avons également travaillé sur des propositions d'organisation du travail, telles que les équipes solidaires de proximité que nous avons adaptées au modèle ADMR.

Cette organisation du travail produit des résultats spectaculaires, aussi bien sur la baisse de l'absentéisme que du *turnover*. Les fédérations ayant opté pour cette organisation reçoivent ainsi de nombreuses candidatures. Si le modèle économique actuel des services autonomie à domicile (SAD) permet de couvrir les besoins croissants, l'augmentation des coûts, notamment des salaires, fait reposer la charge financière sur les bénéficiaires si elle n'est pas compensée par une augmentation des financements publics.

Ce risque nous inquiète particulièrement. Une augmentation de la participation des bénéficiaires accroît le risque d'inaccessibilité financière pour les personnes, en particulier des personnes en situation de handicap, dont les revenus sont en moyenne plus faibles.

Dans quelle mesure la prestation de compensation du handicap (PCH) permet-elle l'accès aux SAD ? L'ADMR accompagne 27 000 personnes vivant avec un handicap. La participation financière légale des personnes accompagnées par un SAD au titre de la PCH est de 4 %, contre environ 20 % pour un bénéficiaire de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie). Dans 15 % des départements, les services facturent un reste à charge extra-légal d'un montant généralement inférieur à 2 %. La PCH parentalité et la PCH autonomie concernent plus les troubles psychiques, mentaux, cognitifs. Elles élargissent les prestations que les SAD peuvent proposer.

Vous nous avez également interrogés sur les principales conséquences de la disparité départementale de tarification et de financement sur la qualité du service rendu. Les services tarifés par les départements devraient disposer d'un tarif négocié permettant de compenser leur coût de revient, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Des différentiels demeurent importants. La dotation complémentaire d'environ 3 euros n'est pas toujours versée à son maximum. Nous nous inquiétons de la tendance des départements à dé-tarifier, laquelle justifie de ne plus compenser les avenants à la convention collective en contrepartie d'une autorisation à facturer au bénéficiaire une participation complémentaire. Les fédérations non tarifées appliquent par ailleurs une augmentation du reste à charge extra-légal, dans 38 % des cas.

Dans quelle mesure la réforme de l'avenant 43 et les revalorisations salariales ont-elles un effet réel sur l'attractivité ? L'avenant 43 est un accord de branche majeur, signé par l'ensemble des partenaires sociaux. Il entraîne une augmentation salariale significative pour les salaires de branche, de 15 % en moyenne. Je rappelle que les aides à domicile n'ont pas bénéficié des dispositifs de prime Ségur ou Laforcade versés après la crise sanitaire. Au-delà, cette réforme d'envergure a également contribué à rendre plus attractifs les métiers de l'aide et de l'accompagnement des soins et des services à domicile, en les adaptant à l'évolution de nos activités et en facilitant les parcours.

Ensuite, la revalorisation salariale a assurément engendré un effet réel sur l'attractivité des métiers. Dans nos recrutements, nous sommes en concurrence avec d'autres secteurs, eux-mêmes confrontés à des pénuries de personnels, comme les fonctions publiques territoriales et hospitalières, l'hospitalisation privée, les Ehpad, la petite enfance et le handicap. Il est absolument nécessaire de proposer des niveaux de rémunération alignés, tout en rappelant qu'en matière de rémunération, nous nous situons dans la fourchette basse, tous emplois confondus.

Nous aurons également l'occasion de revenir sur les coopérations entre les SAD et les soins infirmiers à domicile, la territorialisation des services et des soins.

Vous nous avez aussi demandé quelle évolution serait souhaitable dans la gouvernance territoriale, pour mieux coordonner les politiques de l'aide à domicile. Il apparaît nécessaire de mettre en œuvre une meilleure articulation entre l'Agence régionale de santé et le conseil départemental, et une meilleure écoute de la part des caisses d'allocations familiales (CAF) et des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Il convient également d'homogénéiser les pratiques institutionnelles (tarification, dotation), d'offrir une vision à moyen et long terme et de diffuser une meilleure culture de la prévention.

En conclusion, nous prôtons un travail et une réflexion avec les acteurs du territoire, à la fois techniques et politiques.

Mme Maryline Barillet-Lepley, administratrice de l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles. L'UNA est également confrontée depuis plusieurs années à de grandes difficultés de recrutement et de fidélisation des intervenants, y compris des intervenants diplômés. En conséquence, nombre de bénéficiaires de la PCH ne trouvent pas d'aide pour faire valoir leur droit à compensation. En outre, lorsque les services acceptent de nouveaux bénéficiaires, il n'est pas rare que les prestations ne soient que partielles, en raison du manque de professionnels.

Cette situation se dégrade de plus en plus. Les services d'aide se retrouvent dans un dilemme inextricable, pris en étau dans le litige entre État et les conseils départementaux quant à l'allocation de ressources dédiées au financement de ce secteur. Pour améliorer l'attractivité, il conviendrait de revaloriser les rémunérations, ce qui entraînerait une augmentation du coût de revient.

Le refus du dernier agrément de l'amendement salarial 68, alors que les salariés de l'aide à domicile ont le niveau de rémunération le plus faible du secteur médico-social, vient souligner une fois de plus les problèmes d'attractivité auxquels nous ne trouvons pas de réponse adaptée. Sans financement public des départements, l'augmentation des rémunérations implique de pratiquer du reste à charge, ce qui diminue d'autant l'accessibilité pour les bénéficiaires de la PCH.

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) subissent les mêmes difficultés en matière de recrutement. Le rapport de la Cour des comptes de 2022 relève que le nombre de places autorisées est notoirement insuffisant. En effet, les places pour les personnes en situation de handicap ne représentent que 5 % des places de SSIAD, soit 6 600 places sur les 126 600 places nationales.

Bien que le nombre de places soit insuffisant, le taux d'occupation des services se situe parfois en dessous de 70 %, faute de personnels pour assurer les prestations. Cette situation est susceptible de remettre en cause la politique engagée par le gouvernement depuis 2022, traduite par un objectif de création de 25 000 places de SSIAD d'ici 2030.

Plus spécifiquement, sur le handicap psychique et la santé mentale, les SSIAD et les SAD autorisés en aides comme en soins interviennent auprès des publics. À ce titre, ils n'ont pas forcément de visibilité sur les pathologies, les difficultés ou les troubles des publics qui présentent une demande.

Les évolutions récentes, en particulier le décret du 19 avril 2022, ont permis de spécialiser la PCH sur certaines formes de handicap. Malgré cette avancée, ce nouveau volet peine à se déployer. Ainsi, une enquête menée par l'UNA au sein de son réseau en 2024 offre un panorama en demi-teinte de la mise en œuvre de ce nouveau volet, dix-huit mois après son entrée en vigueur. En 2023, seuls 22 % des SAD de l'UNA ont connu une augmentation des demandes des personnes en situation de handicap psychique. Pour 39 % de ces personnes accompagnées, le reste à charge peut freiner la mise en place des mesures d'accompagnement. Pour autant, les services d'aide à domicile ont fourni un effort manifeste en termes de formation. Ainsi, à l'UNA, 71 % des personnels sont spécifiquement formés à l'accompagnement et la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique ou souffrant de troubles de santé mentale.

Malgré ce nouveau volet, la PCH conserve encore quelques faiblesses. Tout d'abord, elle ne couvre pas les prestations d'entretien du logement, qui restent à la charge des personnes. Ensuite, le financement du répit à domicile des aidants a été juridiquement confirmé. Cependant, il pose quand même question, puisque la seule solution pour le répit des aidants relève d'une prise en charge de la personne aidée en hébergement temporaire, ce qui est quelque peu paradoxal dans le cadre de la logique domiciliaire.

Un point de vigilance particulier concerne la dé-tarification opérée par certains conseils départementaux. Cette dé-tarification aboutit à une hausse des prix facturés et à des restes à charge importants pour les personnes accompagnées. Par ailleurs, elle vient limiter l'accessibilité financière des soins et de l'aide dont ont besoin ces personnes, pose des questions en matière d'égalité de traitement sur le territoire, et produit un manque de lisibilité certain quant à l'utilisation des financements publics.

Des solutions existent cependant. La première concerne la réforme des services autonomie à domicile, dans le sens d'une meilleure prise en charge, en proposant un guichet unique aussi bien pour le soin que pour l'aide, en simplifiant les parcours, en finançant la coordination qui s'avère nécessaire – en particulier pour ces publics en situation de trouble psychique ou de trouble de santé mentale – et en mettant l'accent sur la prévention et le repérage de la maltraitance.

L'UNA soutient cette réforme, qui ne peut aboutir sans une réforme globale du financement de l'aide à domicile. Celle-ci doit cibler la simplification, l'amélioration des conditions de travail et des conditions de rémunération de ces personnels. En cela, l'enquête sur les coûts actuels constitue une piste pour une clarification des besoins, permettant de mesurer la différence entre les coûts des interventions selon les profils des personnes accompagnées.

Une autre piste d'amélioration consiste en un financement plus significatif des services médicaux sociaux à domicile. Aujourd'hui, 10 % du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est affecté à ce financement, dont 2 % pour la PCH et 8 % pour les SSIAD, ce qui est notoirement insuffisant.

La séance est suspendue.

Mme Isabel Madrid, vice-présidente de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale. Je partage les propos qui viennent d'être tenus. L'UNCCAS a déposé un amendement dans le PLF pour 2026 demandant la création d'un fonds d'urgence

pour les SAD, dont le montant est laissé à l'appréciation du gouvernement. De fait, de nombreux SAD sont en grande difficulté.

Je reviens à mon tour sur les disparités départementales concernant la dotation complémentaire versée par la CNSA. À titre d'exemple, elle se situe à 9 euros dans les Alpes-Maritimes, contre 3,50 euros en Mayenne. Ces disparités nuisent à la prise en charge de la santé mentale. De fait, la santé mentale est avant tout une politique d'inclusion sociale. Elle touche aussi bien les personnes âgées, vieillissantes, les personnes handicapées et les personnes handicapées vieillissantes.

Au niveau national, 94 % des centres communaux d'action sociale (CCAS) et des centres intercommunaux d'action sociale (CIAS) considèrent qu'il s'agit là d'une priorité. J'ajoute que seulement 24 % des CCAS et CIAS disposent d'un contrat local de santé mentale sur leur territoire, quand 66 % de nos CCAS accueillent des jeunes qui déclarent souffrir de troubles de santé mentale, en constante augmentation.

Aujourd'hui, les présidents et les vice-présidents de CCAS considèrent que leurs agents ne sont pas suffisamment formés. Il est donc nécessaire de créer un fonds de dotation pour former tous les agents travaillant au contact avec du public, seule solution pour repérer et orienter au plus vite et créer des conseils locaux de santé mentale. Nous proposons ainsi un amendement en ce sens, correspondant à un montant de 900 000 euros, pour créer de tels conseils locaux. De fait, réunir l'ensemble des partenaires autour d'une telle thématique, qui touche toutes les générations, nous semble particulièrement pertinent.

Par ailleurs, il existe sur nos territoires un service public départemental de l'autonomie qui, pour la première fois, traite à la fois des personnes âgées, des personnes handicapées et des aidants. Un travail remarquable a été réalisé pour le déployer sur le territoire, et la Gironde a d'ailleurs été un préfigurateur dans ce domaine.

Ce dispositif permettra d'étudier des problèmes en commun, à partir de cas particuliers, et d'y apporter des solutions. Si nous parvenions à ajouter une brique « santé mentale » dans ce dispositif, nous pourrions plus facilement coordonner l'action sur l'ensemble des territoires.

Enfin, je souligne la disparité immense existant entre l'outre-mer et l'Hexagone. En outre-mer, on ne dénombre ainsi que 4 psychiatres pour 100 000 habitants, contre 10 pour 100 000 habitants en métropole. Je me dois également de rappeler le manque d'établissements spécialisés, même si quelques solutions existent, comme l'habitat partagé, les petits habitats collectifs, y compris dans le diffus. Je ne reviens pas sur le besoin de formation, longuement évoqué au préalable.

Enfin, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le manque de lien social constitue une des grandes causes de fragilisation de la santé mentale. L'isolement est un sujet traité par l'UNCCAS, mais cet enjeu demeure malheureusement totalement absent des politiques publiques. Afin d'établir une coopération sur les territoires pour lutter contre l'isolement, nous proposons qu'un euro versé par le conseil départemental soit compensé par un euro de la CNSA, à hauteur de 50 000 euros chacun. Je vous invite à vous renseigner sur cette initiative, qui a été portée par la Gironde avec l'association Monalisa.

En conclusion, nous pensons que la thématique de la santé mentale est bien trop éloignée des thématiques connexes, comme l'éducation, le logement, secteurs qui ne travaillent pas suffisamment ensemble.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Cette commission d'enquête porte sur les défaillances des politiques publiques. J'ai entendu vos demandes relatives à l'attractivité des emplois, que partagent tous les métiers du soin. Quel est selon vous le taux de non prise en charge des patients, en lien avec des troubles de santé mentale ou des problèmes de handicap ? Cette information permettrait de mieux cerner les besoins et les causes des problèmes, qu'il s'agisse du manque de place ou de financement.

Ensuite, je rappelle qu'une loi a été votée en matière de formation tout au long de la vie et qu'un compte personnel de formation peut être utilisé à ces fins.

Mme Martine Gaboyer. Depuis quelques années, et particulièrement depuis la sortie du Covid, les listes d'attente pour accéder à nos structures ne cessent de se rallonger, faute de personnels, et particulièrement de personnels compétents. Cette situation est très difficile à vivre pour nous.

De fait, il existe certainement un besoin pour les formations initiales ou même les formations de base. Pourtant, nous déployons des moyens, nous nous rendons dans les écoles pour parler de notre métier, qui est insuffisamment valorisé dans les discours et ne suscite donc pas de vocations. Il importe donc de tenir un autre langage, de proposer une autre vision de ce métier, de modifier les regards.

Mme Isabel Madrid. Je souhaite vous répondre au sujet de la formation. J'estime que les personnes travaillant en *front-office* dans nos collectivités doivent être formées. Nous avons besoin d'une action supplémentaire dans le domaine de la santé mentale, qui concerne un très grand nombre de personnes, des plus jeunes jusqu'aux plus âgées. En outre, la situation s'aggrave. Les sujets de santé mentale demeurent tabous, y compris auprès des jeunes, qui n'acceptent de se livrer que dans un cadre restreint, lorsqu'un climat de confiance a été établi avec les interlocuteurs.

Au-delà des services d'aide à domicile, un grand nombre de personnes connaissent des situations de souffrance et demandent à être aidées. Les bailleurs sociaux ont dû vous expliquer que nous intervenons fréquemment dans des immeubles, tant les cas de violence souvent liés à des troubles psychiques.

Mme Maryline Barillet-Lepley. S'agissant des chiffres, à l'UNA, 25 % des demandes d'intervention ne peuvent être honorées par manque de personnels, de manière globale.

Par ailleurs, je tiens à souligner la question des partenariats avec d'autres acteurs, en particulier les acteurs du logement. À titre d'exemple, des structures comme Un chez soi d'abord, qui accompagnent des publics en situation de grande vulnérabilité psychique dans l'habitat diffus, ont besoin de l'aide de services à domicile pour effectuer leurs interventions. Malheureusement, les pénuries de personnel nous empêchent fréquemment de répondre positivement à ces demandes. Or, il y a là, de toute évidence, un levier pour favoriser l'inclusion de ces personnes dans un habitat ordinaire.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Je tiens tout d'abord à souligner le travail exceptionnel mené par les personnes qui mettent en œuvre les plans de compensation du handicap sur le terrain, et qui font face à des situations parfois complexes.

Cette commission d'enquête s'intéresse à la fois aux questions du handicap et de la santé mentale et a pour objet de réfléchir aux logiques de coûts évités. De fait, les défauts de prise en charge ont malheureusement des incidences sur les hospitalisations, la dégradation de la qualité de vie. En conséquence, ces défaillances engendrent des actions curatives et de remédiation, beaucoup plus coûteuses.

Vous avez mentionné l'effectivité des droits. Pour rappel, la PCH ne concerne pas des activités superfétatoires, mais des actes essentiels de la vie quotidienne – manger, se laver, accéder à la vie sociale – que des milliers de nos concitoyens ne peuvent accomplir aujourd'hui, faute d'offres suffisantes.

Il est nécessaire d'adopter des lectures fines, de conduire une coordination avec les services infirmiers, mais aussi avec d'autres acteurs sur le territoire. Ma première question porte sur la non réalisation des droits ouverts au titre de la PCH. Mme Maryline Barillet-Lepley a ainsi rappelé qu'à l'UNA, 25 % des demandes d'intervention ne peuvent être honorées par manque de personnels. Ma deuxième question porte sur le périmètre de la PCH. À l'écoute des différents témoignages, il apparaît que l'élargissement de la PCH au handicap psychique n'a pas constitué une révolution. Certains départements l'avaient anticipé mais cela n'est pas effectif sur tout le territoire.

Enfin, je souhaite revenir sur certains droits qui me paraissent restreints, comme ceux concernant l'aide-ménagère. Je pense par exemple à des personnes en fauteuil, dont les épaules fragilisées les empêchent de changer leurs draps. Celles-ci sont aidées pour aller faire leur course, au titre de la vie sociale, mais on interdit à la personne qui vient à leur domicile de changer leur housse de couette. Cela me paraît totalement incohérent.

Mme Maryline Barillet-Lepley. La PCH n'a pas été déployée dans toute ses dimensions, notamment en ce qui concerne l'entretien. La segmentation des prestations vient limiter la réponse que l'on peut apporter aux besoins des personnes. La vie des gens est difficilement fragmentable et dans les situations de handicap, l'intervention ne peut qu'être globale.

Par ailleurs, il existe de toute évidence des lacunes dans la communication sur l'octroi de cette PCH au public qui pourrait en bénéficier. Bien souvent, les associations établissent les liens pour l'ouverture des droits.

Mme Isabel Madrid. L'aide-ménagère constitue un sujet en soi, mais il ne concerne pas uniquement les personnes handicapées ou qui souffrent de problèmes de santé mentale. L'ouverture des droits à la PCH prend beaucoup de temps. Je rappelle ainsi que 24 % des CCAS proposent un conseil local de santé mentale sur leur territoire. L'amont, c'est-à-dire l'accueil et l'orientation des personnes avant l'obtention de la PCH, importe tout autant.

Mme Martine Gaboyer. Rassurez-vous, monsieur le député, nous changeons les couettes malgré tout. Mais je partage avec vous la nécessité d'un changement. Notre fédération de la Sarthe travaille avec deux maisons dédiées aux traumatismes crâniens et à la paralysie cérébrale ; nous intervenons aussi sur le handicap psychique. Nous déplorons de ne pouvoir

réaliser certains actes pourtant indispensables, vitaux pour ces personnes. Parfois, il faut oser faire ce qui nous semble juste.

En résumé, la segmentation à l'œuvre actuellement est regrettable. Encore une fois, j'insiste sur la formation. Il nous revient de formuler des propositions à nos salariées, et qu'elles soient convaincues de la reconnaissance professionnelle dont elles font l'objet.

L'ADMR estime que 200 000 personnes supplémentaires sont nécessaires pour absorber le choc démographique du papy-boom, dont insuffisamment de personnes ont conscience. Nous devons absolument nous inscrire dans une démarche de prévention et d'anticipation à dix ans.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Je vous rassure, nous avons bien conscience de l'enjeu. J'ajoute que dans mon département l'ADMR a produit des vidéos mettant en lumière des professionnelles, qui parlent de leur métier.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Les prestations de compensation du handicap sont assez inégalement réparties sur le territoire, les évaluations sont assez mal réalisées. Quel est votre point de vue concernant l'extrême complexité des dispositifs ? Faut-il revenir à des logiques plus forfaitaires plutôt que d'établir des plans très individualisés ? Ne faut-il pas produire un grand « choc de simplification », même si l'expression est aujourd'hui galvaudée ?

Mme Maryline Barillet-Lepley. L'UNA défend inlassablement une simplification des financements de l'aide à domicile. La complexité actuelle est préjudiciable à la fluidité des interventions, aux partenariats et aux mises en réseau. La réforme du financement que nous promouvons vise précisément à la simplification, tant le secteur souffre de la complexité et de différentes modalités de financement.

Mme Sylvie Bonnet (DR). Nous avons parlé de hausses de prix facturés, en particulier pour l'aide à domicile, qui posent effectivement des problèmes majeurs en matière d'accessibilité et d'équité sociale, en particulier pour les personnes âgées dépendantes.

Par ailleurs, les aides départementales comme la PCH ou l'APA varient fortement selon les départements. Face à la réduction des capacités financières de nombreux départements, comment repenser le financement de ces périmètres de la PCH, afin de garantir une prise en charge équitable et durable des personnes en situation de handicap ? Cette question soulève plusieurs enjeux : le rôle de l'État dans le financement de la dépendance, les disparités territoriales dans l'attribution et le montant de la PCH, et la nécessité d'une réforme structurelle ou d'un mécanisme de péréquation entre les départements.

Mme Martine Gaboyer. L'Union nationale ADMR observe ces disparités départementales au quotidien. Nous constatons tous ces situations, mais il nous est très difficile d'agir. Néanmoins, l'ADMR reconnaît le rôle positif des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), qui donnent un cap et des moyens pour y parvenir. Ce cadre offre également de la sécurité, ainsi qu'un meilleur contrôle.

Les disparités territoriales ne sont pas normales, puisque les fonds que la CNSA attribue sont fléchés. Pourquoi ne sont-ils pas attribués jusqu'au bout ?

Mme Maryline Barillet-Lepley. Je partage l'avis de ma collègue sur l'intérêt du CPOM, tout en soulevant cependant une réserve. Le CPOM engage le prestataire, mais il peut à tout moment être interrompu par le financeur. Il n'y a pas d'égalité entre les contractants.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Je vous remercie pour vos réponses et vous rappelle que vous pouvez nous adresser des commentaires et documents supplémentaires.

La séance s'achève à seize heures quarante-cinq.

Membres présents ou excusés

Présents. – Mme Sylvie Bonnet, Mme Nicole Dubré-Chirat, M. Éric Martineau, M. Sébastien Saint-Pasteur.