Cour des comptes

Chambres régionales
& territoriales des comptes

LA RÉFORME DES SERVICES AUTONOMIE À DOMICILE

Un pragmatisme nécessaire devant l'urgence démographique

Communication à la commission des affaires sociales du Sénat

Juillet 2026

Sommaire

PROCÉDURES ET MÉTHODES **5**

SYNTHÈSE **9**

RECOMMANDATIONS **17**

INTRODUCTION **19**

CHAPITRE I UN ACCÈS HÉTÉROGÈNE À UN SERVICE À DOMICILE DE QUALITÉ, EN FONCTION DES TERRITOIRES ET DES REVENUS **25**

I - DE RARES ZONES BLANCHES SUR LE PLAN GÉOGRAPHIQUE, EN THÉORIE **25**

A - Une offre de soins et d'aide à domicile très diversifiée 25
B - De forts contrastes territoriaux en termes de ressources humaines pour l'aide et les soins à domicile 31
C - Un choc démographique qui va rapidement déborder l'offre actuelle de services 35

II - DES DIFFICULTÉS D'ACCÈS À DES PRESTATIONS DE QUALITÉ ADAPTÉES AUX BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES OU EN SITUATION DE HANDICAP **36**

A - Une trop faible connaissance des besoins et attentes exprimés par les personnes à domicile 36
B - Des prestations insuffisantes en termes qualitatifs et quantitatifs, répondant imparfaitement aux besoins 38
C - Un secteur trop peu contrôlé par les autorités publiques 42

III - UN RESTE À CHARGE VARIABLE POUR LES USAGERS DE SERVICES À DOMICILE **43**

A - Un soutien financier public massif qui limite le reste à charge 43
B - Un renoncement croissant à l'encadrement des tarifs au risque de réduire l'accès des plus démunis aux services d'aide à domicile 47

CHAPITRE II DES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS (SSIAD) HISTORIQUEMENT SÉCURISÉS SUR LE PLAN FINANCIER, DES SERVICES D'AIDE (SAAD) STRUCTURELLEMENT FRAGILES **51**

I - DES SSIAD EN BONNE SANTÉ FINANCIÈRE **51**

A - Une bonne santé financière des SSIAD reposant sur le modèle de tarification en dotation globale 51
B - La montée en charge de la nouvelle tarification des SSIAD mieux corrélée à leur activité réelle 53

II - DES SAAD EN SITUATION PRÉCAIRE MALGRÉ UN SOUTIEN FINANCIER PUBLIC IMPORTANT **56**

A - Des charges pour l'essentiel salariales que peinent à couvrir des tarifs encadrés et les multiples dispositifs de compensation 57
B - Des conditions salariales précaires pour les salariés des SAAD 60
C - Un modèle économique fragile avec des marges faibles pour un secteur encore peu concentré 63

III - UN CADRE BUDGÉTAIRE ET COMPTABLE DIFFÉRENT SELON LES STRUCTURES **65**

A - Un cadre budgétaire à unifier à brève échéance 65
B - Des normes comptables à faire converger pour faciliter les contrôles 66

CHAPITRE III ADOPTER UNE DÉMARCHE PRAGMATIQUE POUR SURMONTER LES OBSTACLES RÉVÉLÉS PAR LA RÉFORME DES SERVICES AUTONOMIE À DOMICILE (SAD) 71

I - UN PILOTAGE ET UNE RÉPARTITION DES COMPÉTENCES ENTRE ARS ET DÉPARTEMENTS À REVOIR 71

A - Confier le pilotage et la régulation de l'ensemble du secteur de l'aide et des soins à domicile aux départements 72

B - Organiser les modalités de suivi statistique de l'activité du secteur afin d'en améliorer le pilotage 75

II - DES MODALITÉS DE CONSTITUTION DES SAD PLUS SOUPLES EN CONTREPARTIE D'UN PILOTAGE DES AUTORISATIONS PAR LES RÉSULTATS 77

A - Lever les contraintes territoriales 77

B - Assouplir la contrainte de constituer une entité juridique unique 80

III - LA NÉCESSITÉ DE COMPLÉTER LE CAHIER DES CHARGES DES SAD DANS UN SENS PLUS EXIGEANT 84

A - Engager la polyvalence des SAD pour pouvoir accompagner autant les personnes en situation de handicap que les personnes âgées 84

B - Atteindre des résultats attestant de la mise en œuvre progressive des objectifs de la réforme et de la viabilité des services 86

C - Intégrer les SAD dans leur environnement de proximité 87

D - Renforcer le suivi de la qualité du service rendu 90

IV - UN MODÈLE ÉCONOMIQUE ASSURANT LA VIABILITÉ ET LE DÉVELOPPEMENT DE L'ACTIVITÉ D'AIDE À DOMICILE 91

A - Revoir le modèle économique des SAAD 91

B - Encadrer le reste à charge pour les usagers disposant de faibles revenus 93

LISTE DES ABRÉVIATIONS 97

ANNEXES 99

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des **six chambres thématiques** que comprend la Cour[1] ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

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

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

⁂

Le Parlement peut demander à la Cour des comptes la réalisation d'enquêtes, sur la base du 2° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances (commissions des finances), de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières (commissions des affaires sociales) ou de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières (présidents des assemblées).

[1] La Cour comprend aussi **la chambre du contentieux**, dont les arrêts sont rendus publics.

La Cour des comptes a été saisie par le président de la commission des affaires sociales du Sénat, par lettre du 2 avril 2025, en application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières, d'une demande d'enquête sur la situation des services d'aide et de soins à domicile (services d'aide et d'accompagnement, services de soins infirmiers et services polyvalents). Une formation commune à la Cour des comptes et à cinq chambres régionales des comptes (CRC) a instruit cette enquête sur la réforme des services autonomie à domicile (CRC Grand Est, CRC Hauts-de-France, CRC Martinique, CRC Pays de la Loire, CRC Occitanie).

Le lancement des travaux de la Cour a été notifié aux administrations et organismes publics concernés par lettres des 11 décembre 2025 (administrations et organismes publics nationaux), 4 février 2026 (agences régionales de santé) et 10 février 2026 (départements).

Les rapporteurs ont conduit une soixantaine d'entretiens avec les représentants des principales administrations, collectivités territoriales et organismes publics concernés (secrétariat général du des ministères chargés des affaires sociales, direction générale de la cohésion sociale, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Caisse nationale de l'assurance maladie, Haute Autorité de santé, agence nationale d'appui à la performance, direction de la recherche, des études, de l'évaluation statistiques, direction de l'animation, de la recherche et des études statistiques, institut national de la statistique et des études économiques, direction générale des finances publiques, agences régionales de santé, départements), ainsi que d'autres interlocuteurs disposant de compétences particulières sur le sujet de l'aide à domicile : la direction générale des entreprises, pour ses compétences sur le développement et le financement de l'aide à domicile par l'État (crédit d'impôt en faveur de l'emploi direct ou indirect d'un salarié à domicile - CIFEDIAD) ; la Banque de France, pour l'analyse des défaillances d'entreprise privées commerciales ; l'association pour la gestion du régime de garantie des créances des salariés (AGS), qui a permis de prendre la mesure de la croissance et du coût des redressements judiciaires et des liquidations dans le secteur privé de l'aide à domicile, qu'il soit ou non à but lucratif ; avec l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), qui a permis une exploitation inédite de certaines données issues de la déclaration sociale nominative (heures travaillées auprès des publics fragiles, personnes âgées et personnes en situation de handicap, par des salariés de structures publiques, privées à but non lucratif ou privées commerciales, et recensées par commune).

Au regard des compétences et des responsabilités des départements en matière d'aide à domicile, des échanges ont été organisés avec l'association Départements de France. Des visites sur place se sont déroulées dans la région Grand Est et en Seine-Saint-Denis.

Les rapporteurs de la formation commune se sont réunis en séminaire le 9 janvier 2026 avec l'ensemble des associations des usagers et aidants concernés, ainsi que la fédération nationale des retraités, puis avec les différentes organisations et fédérations professionnelles publiques, privées à but non lucratif et privées commerciales du secteur de l'aide et des soins à domicile.

Des enquêtes qualitatives ont été menées avec cinq associations nationales de personnes âgées et de personnes en situation de handicap (France Alzheimer, France Parkinson, association des aidants et malades à corps de Lewy, Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques, France dégénérescence fronto-temporale) auprès de leurs adhérents pour mesurer leurs attentes par rapport aux soins et l'aide à domicile aujourd'hui délivrés. L'équipe de rapporteurs a également élaboré des questionnaires à destination des départements et des agences régionales de santé. 63 réponses ont été reçues de la part des départements et 18 de la part des agences régionales de santé.

La présente communication au Parlement s'appuie sur les constats et recommandations établis dans le cadre de l'instruction conduite au niveau national et des contrôles effectués par les chambres régionales des comptes participantes, qui donnent par ailleurs lieu à l'établissement d'observations définitives[2].

⁂

Le projet de rapport a été préparé, puis délibéré le 17 juin 2026, par la formation commune relative à la réforme des services autonomie à domicile, présidée par M. Lejeune, président de la sixième chambre, et composée de Mme Gervais, conseillère référendaire, M. Ros, conseiller référendaire, vice-président de chambre régionale des comptes, Mme Bellanger-Mauffret, conseillère référendaire en service extraordinaire, MM. Renou et Gougeon, conseillers présidents de chambre régionale des comptes, Mme Pallier et M. Habchi, première conseillère et premier conseiller de chambre régionale des comptes, ainsi que, en tant que rapporteur général, M. Causse, conseiller référendaire en service extraordinaire, en tant que rapporteur général adjoint, M. Alis, conseiller de chambre régionale des comptes, en tant que rapporteurs, M. Descrozaille, conseiller maître, et M. Dejean, vérificateur, Mme Chabot, experte des données, et, en tant que contre-rapporteure, Mme Soussia, conseillère maître.

Le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de Mme de Montchalin, Première présidente, M. Hayez, rapporteur général, Mme Camby, M. Meddah, Mme Mercereau, M. Lejeune, Mme Thibault, et M. Cazé, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Albertini, M. Vught, M. Roux, Mme Daussin-Charpantier, Mme Renet et Mme Daam, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes, et Mme Hamayon, Procureure générale, a été consulté le 24 juin 2026.

⁂

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

[2] Chambre régionale des comptes Hauts-de-France, *L'allocation personnalisée d'autonomie à domicile dans le Pas-de-Calais,* évaluation de politique publique, mars 2026 ; chambres régionales des comptes Guadeloupe, Guyane et Martinique, *Le service à domicile « Alliance »*, à paraître ; chambre régionale des comptes Occitanie, *Clinique Pasteur, services de soins infirmiers à domicile*, rapport d'observations définitives, mai 2026, *Le SSIAD du CCAS de Decazeville*, rapport d'observations définitives, à paraître, et *Le département du Lot et la SEM Lot aide à domicile*, rapport d'observations définitives, à paraître ; chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur, *Le SSIAD du CCAS de Grasse*, à paraître ; chambre régionale des comptes Pays de la Loire, *Contrôle organique du département du Maine-et-Loire, cahier n° 2 sur le pilotage des dépenses, exercice 2019 et suivants*, rapport d'observations définitives, à paraître.

Synthèse

Avec l'arrivée des classes nombreuses de l'après-guerre à l'âge de 85 ans dès 2030, l'offre [3]de services à destination des personnes âgées à domicile ayant un besoin d'aide à l'autonomie nécessite d'être réorganisée à brève échéance pour se développer et être en capacité de répondre à leurs besoins, aussi bien dans le domaine du soin que de l'aide à la vie quotidienne.

Un défi démographique à relever à brève échéance pour l'aide et les soins à domicile

À nombre de places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) identique et à pratiques inchangées d'admission dans ces établissements, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)[4] observe un effectif de 1 493 748 personnes à domicile avec un besoin d'aide à l'autonomie en 2025 et prévoit une première augmentation à 1 641 955 en 2030 (+ 148 207), puis à 1 846 884 en 2035 (+ 353 136 par rapport à 2025). Les premières marches démographiques seront les plus hautes à gravir, car, après un sommet prévu en 2052 (2 121 796), cet effectif va fléchir progressivement[5], pour atteindre 2 042 573 en 2070.

L'augmentation du nombre de personnes à domicile en perte d'autonomie d'ici 2030 est déjà supérieure à la totalité du nombre actuel de places dans les services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (127 073 places). Le souhait de nos concitoyens de rester le plus longtemps possible à domicile au grand âge est également partagé par les personnes en situation de handicap et les personnes souffrant de maladies chroniques, qui sont de plus en plus nombreuses. Ces choix de vie sont soutenus par des prestations de solidarité nationales et des avantages fiscaux et sociaux, qui représentent déjà un coût de 10,7 Md€ pour les finances publiques, notamment l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la prestation de compensation du handicap (PCH), les exonérations de charges sociales pour l'emploi d'un salarié à domicile et le crédit d'impôt pour l'emploi direct ou indirect d'un salarié à domicile, qui permettent de solvabiliser les personnes ayant besoin de recourir à des prestations d'aide à domicile. S'y ajoute la prise en charge par la sécurité sociale de 5,4 Md€ de soins infirmiers[6].

---

[3] Le nombre de places signifie le nombre de personnes pouvant être admises simultanément et détermine le niveau de financement.

[4] DREES, Alexis Louvel, « Soutien à l'autonomie des personnes âgées : entre 150 000 et 200 000 emplois supplémentaires seraient nécessaires en 2050 - Projection de population âgée avec un besoin d'aide à l'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA) », *Études et résultats* n° 1365, février 2026.

[5] Cependant et pour certains départements, la hausse du nombre de personnes en perte d'autonomie devrait continuer bien après 2050.

[6] Au titre du financement des services de soins infirmiers à domicile et des remboursements des actes et forfaits des infirmiers libéraux auprès des personnes en perte d'autonomie.

Une offre d'aide et de soins diversifiée, dont la réforme a été récemment engagée pour mieux répondre aux besoins des usagers

Le public vivant à domicile concerné par cette enquête est constitué de l'ensemble des personnes âgées dont la perte d'autonomie est établie par l'attribution de l'APA et des personnes en situation de handicap percevant la PCH[7], allocations individuelles de solidarité qui les aident à financer l'aide dont ils ont besoin. Celle-ci peut se concrétiser par le recours à un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), mais aussi être complétée par le recours à un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), s'il est prescrit par un médecin au titre d'un besoin de soins[8]. Cette offre de SAAD et SSIAD ne résume pas les solutions de soins et d'aide à domicile, qui peuvent aussi être mises en œuvre par les infirmiers libéraux[9], d'une part, et l'emploi direct d'un salarié à domicile par les particuliers employeurs, d'autre part[10]. C'est l'expression du libre choix à domicile des personnes âgées ou en situation de handicap. Ces différentes offres peuvent être combinées par les usagers qui peuvent associer l'intervention de salariés d'un prestataire (SAAD) et le recours à de l'emploi direct[11].

Devant le défi démographique et la nécessité de mieux coordonner aide et soins auprès des publics fragiles, les pouvoirs publics nationaux ont conçu une réforme ayant pour objectif à terme de fusionner les SSIAD avec un ou plusieurs SAAD, afin de constituer un maillage territorial de services autonomie à domicile (SAD mixtes) en capacité d'assumer la délivrance simultanée de soins (SSIAD) et d'aide (SAAD), et de soulager les personnes concernées et leurs aidants de la charge de leur coordination.

Une réforme consensuelle dans ses finalités, mais critiquée pour ses modalités techniques

Apparaissant indiscutable sur ses finalités au terme de l'enquête menée par les juridictions financières, la réforme des services autonomie à domicile issue de l'article 44 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 fait l'objet d'un large consensus au sein des associations d'usagers et d'aidants du secteur du grand âge et du handicap, ainsi que des communautés professionnelles concernées. Cependant, elle est fortement critiquée pour ses modalités techniques, qui suscitent des demandes d'aménagements pragmatiques très nombreuses, y compris de la part de la quasi-unanimité des départements et des agences régionales de santé (ARS), respectivement en responsabilité des SAAD et des SSIAD.

[7] Certaines personnes en situation de handicap peuvent encore percevoir l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP) au titre d'un droit d'option exercé suite à la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, date à laquelle l'ACTP a été remplacée par la prestation de compensation du handicap et n'est donc plus attribuée.

[8] À la différence du SAAD, qui peut donner lieu à une participation financière des usagers, l'intervention d'un SSIAD ne laisse pas de reste à charge à l'usager.

[9] Les soins délivrés par les infirmiers libéraux sont remboursés par l'assurance maladie.

[10] Ces autres modalités distinctes du service prestataire ne font pas l'objet d'une analyse approfondie dans le présent rapport.

[11] En revanche et hors crise sanitaire et mesures exceptionnelles, la conjonction de l'intervention d'un SSIAD qui comporte une composante infirmière salariée et d'une infirmière libérale n'est pas possible, constituant une double prise en charge par l'assurance maladie.

En effet, ces modalités répondent à une triple ambition :

- fusionner ces deux activités dans une entité juridique unique, indifféremment du statut (public, privé à but non lucratif et privé commercial) des entités qui les gèrent et des sept cadres conventionnels ou publics qui s'appliquent aux personnels salariés ;
- fusionner les territoires desservis, alors que la maille géographique autorisée des SSIAD est très différente de celle des SAAD, ces derniers ayant besoin d'un niveau d'activité substantiel et donc de zones de desserte bien plus importantes que celles attribuées aux SSIAD, pour espérer survivre ;
- fusionner des modèles économiques très disparates, dont les effets sont décrits dans des nomenclatures comptables hétérogènes, et pilotés par des autorités de contrôle et de tarification différentes.

Face aux difficultés de mise en œuvre des modalités techniques de la réforme, les pouvoirs publics nationaux ont reporté la date d'application du 30 juin au 31 décembre 2025, et ont également donné du temps pour la mise en conformité, deux ans pour les SSIAD puis cinq ans pour les SAD mixtes, et ouvert des alternatives temporaires à la fusion : conventionnement et groupement de coopération sociale et médico-sociale.

Mais ces aménagements n'ont pas rassuré toutes les parties prenantes, qui s'interrogent sur leur propre survie à cinq ans, comme sur la transformation de leur statut exigée par la réforme. À cet égard, celle-ci peut s'analyser comme une double injonction à la privatisation de structures publiques, ou inversement, à une nationalisation de structures privées, pour les 2 000 gestionnaires de SSIAD - plutôt privés à but non lucratif et secondairement publics - face aux 9 000 gestionnaires de SAAD - majoritairement privés commerciaux et, dans une moindre mesure, privés à but non lucratif.

Une réforme qui met en lumière des difficultés structurelles de l'aide et des soins à domicile à surmonter

Outre les blocages et l'attentisme des partenaires, le double mouvement juridique et territorial n'est pas exempt de risques économiques très élevés pour les opérateurs, alors que le modèle économique des SAAD est identifié comme très fragile, avec un nombre de défaillances double de celui de la moyenne des autres secteurs d'activité. Pour sa part, le secteur des SSIAD connaît une réforme importante et utile, mais qui suscite des appréhensions et déjà, logiquement, des réductions de recettes, pour des entités trop peu actives par rapport aux services rendus. Cette réforme est aussi porteuse de risques sur le plan social, car la mise en place d'un employeur unique emporte des ressauts budgétaires élevés, le mouvement de convergence se réalisant toujours vers le mieux-disant social. Elle entraîne enfin de nombreux risques fiscaux qui n'ont pas été mesurés non plus.

Cette réforme s'inscrit par ailleurs dans une forte diversité départementale, concernant la stratégie de gestion de l'aide à domicile, qui a dû s'accommoder d'une ambiguïté historique de la politique publique entre régulation d'un marché libre et concurrentiel d'une part (soutien des services à la personne), et administration d'une forme de délégation de service public d'autre part (régime d'autorisation des services d'aide). Son contexte est aussi celui de fortes difficultés de recrutement qui pèsent négativement sur les réponses apportées aux usagers comme sur les finances des opérateurs de l'aide à domicile, trop nombreux, n'atteignant pas la taille critique

qui permettrait de couvrir leurs coûts fixes et proposer à leur personnel, essentiellement féminin, des rémunérations attractives. Les conditions d'emploi dans l'aide à domicile sont moins favorables que celles offertes aux salariés des autres services médico-sociaux ou sanitaires à domicile sur de nombreux points. Ce secteur est également marqué par le plus haut niveau de fréquence des accidents de travail et de trajet, équivalent à trois fois la moyenne française tous secteurs confondus.

La réforme des services autonomie à domicile, dans les modalités techniques retenues pour la mener, présente l'inconvénient de faire porter le poids d'une évolution complexe sur des équipes disposant d'effectifs très restreints - celles des opérateurs comme des départements et des ARS -, sans pour autant répondre aux trois grandes faiblesses du secteur de l'aide à domicile :

- les très grandes difficultés de recrutement, notamment de personnel disposant des qualifications aujourd'hui requises ;
- l'insuffisance chronique en conséquence de réponses adaptées aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à domicile, en nombre comme en qualité, notamment au détriment de celles souffrant de troubles cognitifs ou psychiques ou habitant dans les territoires où les difficultés se cumulent (peu d'infirmiers libéraux, listes d'attente en SSIAD, opérateurs d'aide à domicile non habilités et aux tarifs horaires élevés) ;
- la grande fragilité du modèle économique de l'aide à domicile, qui ne survit que grâce à des fonds d'urgence et des subventions en continu, nationales ou locales, ce qui ne permet pas aux opérateurs d'offrir des rémunérations attractives susceptibles d'améliorer les deux points précédents, ce qui rend difficile la maîtrise d'une dépense publique sans cesse croissante.

Simplifier la réforme pour faire face au défi démographique

Fin mars 2026, les seules fusions réalisées ne concernent que les plus faciles ; elles ont été réalisées au sein d'une même personne morale gérant déjà une autorisation de SSIAD et de SAAD, ou encore du fait de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), qui étaient déjà présents sur ces deux activités. Afin de mener à bien cette réforme, aux objectifs incontestables, mais aux modalités inadaptées, la Cour recommande un pilotage pragmatique, recentré sur les résultats essentiels des partenaires de terrain au service des usagers, plutôt que sur la forme juridique de l'intégration des services à domicile, à savoir : nombre de personnes prises en charge conjointement au titre de l'aide et des soins, recensement des événements indésirables[12] comme refus ou ruptures de prise en charge, nombre d'heures annuelles réalisées au titre de l'aide.

En effet, il n'est pas nécessaire d'ériger la fusion comme objectif ultime si des partenaires publics et privés dégagent des résultats favorables à ces trois titres essentiels, ce qui pourrait être, selon la Cour, la condition posée par les pouvoirs publics pour permettre la poursuite de l'activité des services dans un cadre conventionnel. Il n'est pas certain que des entités juridiques uniques parviennent à de meilleurs résultats, ni même qu'une identité de statuts juridiques soit facilitante pour des fusions. À défaut de l'atteinte des résultats attendus aux échéances prévues, les autorisations existantes de SSIAD et de SAAD, voire des SAD mixtes déjà constitués, pourraient être retirées pour être réattribuées aux opérateurs en mesure de les atteindre. La pression démographique accroissant

[12] Selon l'article L. 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles, un évènement indésirable est « *un évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées* ».

rapidement les besoins à satisfaire à domicile d'ici 2030 exige de fédérer ainsi les acteurs autour des objectifs en laissant davantage de souplesse dans les modalités d'atteinte des résultats attendus. De la même façon, la possibilité pour des SAD mixtes de disposer de territoires d'intervention partiellement concordants entre SSIAD et SAAD devrait être privilégiée, par rapport à l'obligation d'intervenir sur des territoires strictement identiques, notamment pour mieux tenir compte des conditions territoriales nécessaires à un meilleur équilibre économique des activités d'aide à domicile.

Fédérer tous les opérateurs publics et privés autour de l'objectif d'améliorer l'accessibilité géographique et financière à une aide et des soins à domicile de qualité

La France ne s'est pas encore dotée des règles et outils permettant d'organiser un ajustement efficace entre l'offre et la demande d'aide et de soins. Les autorisations délivrées aux SAAD et aux SSIAD, comme aux SAD mixtes, ne garantissent en rien que les différents territoires ne comportent pas de « zones blanches » où des personnes ne bénéficient pas effectivement de ces services. Les travaux des juridictions financières montrent que de telles zones existent, le plus souvent faute de personnel, difficultés parfois accentuées par la nature du territoire (insulaire, montagneux, rural ou excentré).

Les besoins des personnes en perte d'autonomie à domicile comme leur sentiment d'inadéquation de certaines prestations sur le plan qualitatif sont par ailleurs méconnus, comme l'ont montré des sondages réalisés par la Cour, faute d'avoir été recueillis directement auprès des personnes concernées et de leurs aidants avant de concevoir la réforme. Or leur expérience pourrait être mieux valorisée, notamment pour contribuer à la démarche d'amélioration continue de la qualité des services et à la professionnalisation des intervenants de l'aide et des soins à domicile et ainsi promouvoir la bientraitance. Cinq grandes associations d'usagers et d'aidants[13] ont coopéré avec les juridictions financières pour recueillir l'appréciation de leurs adhérents sur la réponse à leurs besoins et attentes à domicile : les résultats montrent l'importance des améliorations nécessaires. À ce titre, le cahier des charges des services autonomie à domicile et des services d'aide et d'accompagnement à domicile devrait évoluer pour prévoir la participation des usagers et des aidants comme intervenants dans la formation des professionnels intervenant à domicile.

Enfin et sur le plan financier, la diversité des pratiques tarifaires départementales et des opérateurs nuit à la lisibilité et à la soutenabilité budgétaires de l'offre d'aide à domicile, comme à l'exercice par les usagers de leur libre choix entre le recours aux services prestataires ou à l'emploi direct d'un salarié à domicile, avec un reste à charge maîtrisé. Pour les juridictions financières, il convient de restituer aux opérateurs publics comme privés (à but non lucratif ou de statut commercial) la responsabilité pleine et entière de fixer leurs tarifs horaires d'aide à domicile en fonction de leurs coûts de revient, afin de leur permettre de se réorganiser, de recruter et de se développer.

[13] France Alzheimer et maladies apparentées, France Parkinson, Association des aidants et malades à corps de Lewy, France dégénérescence fronto-temporale, Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM).

Face au renchérissement inévitable de l'aide à domicile, il est indispensable de fixer des règles nationales encadrant le reste à charge, indépendamment de celles fixant par ailleurs le barème de l'APA ou de la PCH. L'objectif est que ce reste à charge soit nul ou minime pour les personnes disposant de revenus et de patrimoines faibles, avec une progressivité en fonction des capacités contributives - obligation qui doit peser sur tous les opérateurs autorisés de SAAD, qu'ils soient aujourd'hui habilités à l'aide sociale ou non. En effet, le reste à charge pour les usagers est aujourd'hui le résultat final assez imprévisible de la combinaison de plusieurs facteurs : les choix des départements notamment en matière de tarification, la localisation plus ou moins excentrée des domiciles, les compétences et la disponibilité des personnels intervenants, le statut et le coût de revient des gestionnaires des services selon le niveau – aléatoire - des subventions publiques reçues, la capacité des personnes concernées et de leurs aidants à mobiliser les aides possibles, et leur propre situation financière du fait du crédit d'impôt en faveur de l'emploi direct ou indirect d'un salarié à domicile.

Aujourd'hui, ce crédit d'impôt s'avère être le seul garant efficace et en dernier ressort de la maîtrise du reste à charge des personnes fragiles en France : il pourrait être adapté, à coûts constants, pour mieux soutenir les personnes ayant des plans d'aide importants. Par ailleurs, les difficultés de mise en place de l'avance immédiate du crédit d'impôt pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap devraient être résolues pour respecter l'échéance législative fixée au 1er septembre 2027[14]. Avancer les fonds est en effet une cause de non-recours à l'aide pour les usagers disposant de faibles revenus.

Faire du département le pilote à la fois de l'aide et des soins à domicile

L'impérieuse nécessité de surmonter dans les meilleures conditions le choc démographique qui s'engage appelle une approche pragmatique, recentrée sur les besoins des usagers et de leurs attentes aujourd'hui non satisfaites en quantité comme en qualité. Pour mener à bien la réforme, il est souhaitable de confier le pilotage du secteur à une seule autorité, délivrant les autorisations, allouant les financements et exerçant les contrôles sur les organismes.

La finesse requise dans l'analyse territoriale de l'aide et des soins à domicile et sa contextualisation nécessaire avec les autres composantes de l'offre - existence ou non d'établissements sociaux et médico-sociaux en proximité, emploi direct - ainsi que la connaissance des autres politiques publiques locales - formation, insertion, logement, urbanisme mobilité - penchent en faveur de l'octroi aux départements d'une délégation de compétence pour piloter l'aide et le soin à domicile, en concertation avec l'État

La délégation pourrait porter non seulement sur la gestion des autorisations, mais également sur le versement des crédits définis par la branche autonomie au titre des soins, qui demeureraient fléchés, et sur la mission d'inspection-contrôle. Une convention pourrait être conclue entre le département et l'ARS pour fixer en commun des objectifs en matière de répartition de l'offre de soins et d'aide à domicile en fonction des besoins du territoire (identification des zones insuffisamment couvertes, place des infirmiers libéraux, articulation avec les autres composantes de l'offre). Cette coopération pourrait s'inscrire dans le cadre du service public départemental de l'autonomie, dont la généralisation a été annoncée au printemps 2025. Un suivi régulier des règles et objectifs inscrits dans la convention devrait être réalisé, leur non-respect pouvant constituer un motif de retrait de la délégation.

[14] Article 7 de la loi 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Pour faciliter la mise en œuvre de la réforme et améliorer les services rendus aux usagers, plusieurs mesures pourraient également être prises.

Ainsi, la polyvalence des missions des services autonomie à domicile vis-à-vis des personnes âgées et des personnes en situation de handicap devrait devenir progressivement la règle. En effet et à la différence des SAAD, les SSIAD comportent encore une distinction juridique et financière entre handicap et grand âge, qui n'a plus de pertinence dans les SAD mixtes aide et soins, alors que les services d'aide sont ouverts à ces deux publics de longue date. L'abolition de cette distinction fait aussi l'objet d'un consensus très large des associations d'usagers et d'aidants, des opérateurs comme des autorités de tarification et de contrôle, comme l'ont constaté les juridictions financières.

Sur un plan plus technique, la mise en place rapide d'une comptabilité analytique commune à l'ensemble des services, quel que soit leur statut juridique, souhaitée par les départements comme par les ARS, faciliterait l'analyse de la situation financière des gestionnaires des services. À plus long terme, une démarche volontariste de réduction des écarts entre les normes de comptabilité générale applicables aux secteurs public, privé à but non lucratif et privé avec statut commercial doit être engagée, concernant les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cet objectif a été très largement préparé par les travaux du conseil de normalisation des comptes publics (CNOCP) publiés en octobre 2025.

⁂

L'analyse par la Cour de la situation actuelle de l'aide et des soins à domicile, et de la réforme des services autonomie à domicile, la conduit à dix recommandations, dont trois particulièrement structurantes et inséparables l'une de l'autre :

- la délégation de droit aux départements de la compétence pour l'aide et les soins à domicile ;
- le pilotage par les résultats obtenus par les services auprès des usagers, plutôt que le maintien de l'objectif-cible d'une entité juridique et d'un territoire uniques, ceci pour mieux atteindre les objectifs d'amélioration du service rendu aux usagers alors que le nombre de personnes en perte d'autonomie s'accroît rapidement ;
- un abandon de la tarification administrée de l'aide à domicile - ce qui est déjà le cas dans de très nombreux départements - pour lui substituer des règles nationales d'ordre public encadrant le reste à charge pour l'aide à domicile, afin de préserver l'accessibilité financière pour les personnes ayant de faibles revenus et patrimoines, tout en confiant la responsabilité de la fixation des tarifs aux gestionnaires des services d'aide et de soin à domicile.

Les sept autres recommandations ont une vocation plus opérationnelle, accompagnant la mise en œuvre de la réforme selon les nouvelles modalités proposées par les juridictions financières.

Recommandations

Afin de réussir la réforme des services autonomie à domicile

6. *Déléguer aux départements, dès 2027, la compétence de pilotage et de régulation du secteur de l'aide et des soins à domicile (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Départements de France).*
7. Conditionner dès 2027 l'octroi et le maintien des autorisations des services d'aide et de soins à domicile aux résultats obtenus concernant le nombre de personnes bénéficiant d'aide et de soins coordonnés, le nombre d'évènements indésirables et le nombre d'heures d'intervention réalisées, en contrepartie de la suppression de l'obligation pour ces services de parvenir à associer aide et soins au sein d'une seule entité juridique intervenant sur un territoire unique *(ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Départements de France)*.
8. Construire d'ici 2027 un tableau de bord partagé, départemental et national, des indicateurs de pilotage de la réforme du secteur de l'aide et des soins à domicile *(ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Départements de France)*.
9. Organiser progressivement, entre 2027 et 2032, la polyvalence des services de soins à domicile (SSIAD et SAD mixtes) au bénéfice des personnes âgées et des personnes en situation de handicap *(ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Départements de France).*
10. Donner en 2027 à tous les gestionnaires de services autorisés la responsabilité de fixer les tarifs horaires de leurs prestations d'aide à domicile, en tenant compte des capacités contributives des usagers et dans le respect de règles nationales encadrant le reste à charge des personnes disposant de faibles revenus *(ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère chargé de l'économie et des finances, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Départements de France).*

Afin d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services d'aide et de soins à domicile

1. Doter d'ici 2027 les départements des données leur permettant d'analyser l'offre à domicile et les restes à charge *(ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Départements de France).*
2. Recenser dès 2026 comme évènements indésirables les refus et ruptures de prise en charge par les services d'aide et de soins à domicile *(ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Haute Autorité de santé, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Départements de France).*

3. Modifier en 2026 le décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023 portant cahier des charges des SAD et des SAAD, afin d'intégrer une participation des usagers et de leurs aidants à la formation des intervenants à domicile *(ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Départements de France)*.

Afin de mieux connaître la situation financière des organismes gestionnaires de services et le coût de revient des prestations

4. Généraliser en 2027 le cadre budgétaire et financier en état prévisionnel et réalisé des recettes et des dépenses à l'ensemble des services autonomie d'aide et de soins *(ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Départements de France).*
5. Adopter dès 2027 des règles de comptabilité analytique communes applicables à l'ensemble des services d'aide et de soins à domicile *(ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).*

Introduction

La France va devoir faire face d'ici 2050 à un vieillissement marqué de sa population. En 2021, 18,1 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus vivent en France. En 2050, ce nombre, selon les projections de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)[15], atteindrait 22,9 millions. En 2021, 13 % des seniors ont 85 ans ou plus, proportion qui passerait à 19 % en 2050.

Dans ce contexte, la perte d'autonomie va concerner un nombre croissant de personnes âgées, notamment au début des années 2030 avec l'arrivée à 85 ans de la génération née après la seconde guerre mondiale. En 2021, deux millions de personnes avaient un besoin d'aide à l'autonomie, c'est-à-dire relevant des GIR 1 à 4[16]. Ils seront près de 2,8 millions en 2050, soit 738 000 personnes supplémentaires entre 2021 et 2050. La part de personnes avec un besoin d'aide à l'autonomie important (en GIR 1 ou 2, pour qui le maintien à domicile est plus difficile) augmenterait lui aussi, passant de 3,7 % en 2021, à 4,2 % en 2050 (soit 297 000 seniors supplémentaires avec un GIR 1 ou 2).

Dans le cadre du maintien à domicile, les personnes âgées en perte d'autonomie percevant l'APA et les personnes en situation de handicap percevant la PCH, qui relèvent des GIR 1 à 4, bénéficient d'une aide fournie par des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), au nombre de 9 000 environ, sur la base d'un nombre d'heures d'intervention notifié par le département, de 2 159 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et de 200 services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

Les SAAD fournissent des services permettant de continuer à vivre chez soi le plus longtemps possible. Les interventions concernent principalement l'aide au lever, à la toilette, à la prise des repas, au coucher, aux courses et à la préparation des repas, l'entretien du logement et du linge, l'accompagnement lors de sorties ou d'activités de loisirs permettant ainsi de maintenir sa vie sociale. Les SSIAD interviennent à domicile pour dispenser des soins aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, sur prescription médicale, hospitalière ou libérale (pour des soins d'hygiène et de confort -toilettes- et pour des soins infirmiers -pansements, distribution des médicaments, injections-). Les équipes des SSIAD sont essentiellement composées d'aides-soignants coordonnés par des infirmiers diplômés d'État. Certains SSIAD disposent d'une équipe spécialisée Alzheimer (ESA) qui accompagne les personnes atteintes de cette maladie à un stade léger et modéré. Les SPASAD[17] associent les deux missions d'aide et de soin, mais restent en nombre très limité (200 au niveau national).

---

[15] DREES, « Soutien à l'autonomie des personnes âgées : entre 150 000 et 200 000 emplois supplémentaires seraient nécessaires en 2050 », *Études et résultats* n° 1365, février 2026.

[16] La perte d'autonomie des personnes âgées est évaluée à l'aide d'une grille, dénommée AGGIR pour « autonomie gérontologique – groupe iso-ressources ». Le GIR 1 représente les personnes avec les pertes d'autonomie les plus fortes ; le GIR 6 représente un niveau d'autonomie préservé.

[17] Les SPASAD, qui assurent la coordination de l'aide et des soins par voie de convention, ont été créés par le décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 et codifiés à l'article D. 312-7 du code de l'action sociale et des familles.

Le gestionnaire de ces services peut être une association, un établissement public de santé ou social et médico-social, un centre communal d'action sociale (CCAS) ou une entreprise. Il est l'employeur des personnels intervenant au domicile des publics fragiles (personnes âgées en perte d'autonomie et personnes en situation de handicap). Mais les personnes aidées ou leurs aidants peuvent aussi choisir d'employer elles-mêmes directement un salarié à leur domicile pour l'aide à la vie quotidienne (avec un paiement pouvant notamment être réalisé par le biais de chèques emploi service universel), le cas échéant par l'intermédiaire d'un service mandataire. Elles peuvent aussi faire appel à des infirmiers libéraux pour bénéficier de soins à domicile.

La responsabilité de l'organisation et du financement du maintien à domicile des publics fragiles se partage entre la sécurité sociale (branche autonomie principalement) et les départements. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), gestionnaire de la branche autonomie, finance le forfait global de soins alloué aux SSIAD par les agences régionales de santé (ARS), pour un montant global de 2,2 Md€, et verse des concours aux départements qui prennent en charge une partie du coût de l'aide à domicile, notamment avec le versement de l'allocation de perte d'autonomie (APA) aux personnes âgées et la prestation de compensation du handicap (PCH) aux personnes en situation de handicap. En 2023 pour les personnes à domicile, l'APA a représenté 4,29 Md€ et la PCH 3,31 Md€.

Tableau n° 1 : services d'aide et de soins à domicile : qui finance quoi et comment ?

	Sécurité sociale	**Départements**	**Usagers**
SSIAD et composante soins des SAD mixtes	Financement par la branche autonomie (forfait soins versé par les ARS)	Non	Aucune participation
SAAD et composante aide des SAD mixtes	Partiellement par la branche autonomie, avec les différents concours aux départements, et par les fonds d'urgence	Partiellement en fonction du volume d'heures et des tarifs horaires qu'ils définissent, avec l'attribution de l'APA et de la PCH aux personnes accompagnées	Partiellement en fonction du volume d'heures, après déduction de l'APA pour les personnes âgées. Pas de reste à charge pour les personnes en situation de handicap

Source : Cour des comptes

L'État intervient également dans cette politique de maintien à domicile des publics fragiles par l'octroi d'un crédit d'impôt sur le revenu pour l'emploi direct ou indirect d'un salarié à domicile[18] (pour 1,1 Md€) et l'exonération pour les employeurs de cotisations sociales pour les professionnels intervenant au domicile de ces publics fragiles (pour 2 Md€).

[18] Le crédit d'impôt en faveur de l'emploi direct ou indirect d'un salarié à domicile sera indiqué dans la suite du rapport sous la seule dénomination « crédit d'impôt », étant le seul cas de figure cité ensuite.

L'évolution démographique va avoir d'importantes conséquences financières sur la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie à leur domicile. Il faudrait de ce fait augmenter le nombre de professionnels nécessaires à la prise en charge de la perte d'autonomie à domicile de 42 % d'ici à 2040 par rapport à 2020[19]. À politique publique de prise en charge inchangée, l'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée autonomie (APA) conduirait à une hausse de 30 % des dépenses totales d'APA entre 2020 et 2040. En intégrant les revalorisations salariales de professionnels assurant l'accompagnement des personnes aux besoins plus importants qu'aujourd'hui (cf. *supra)*, la dépense totale d'APA augmenterait de 4,8 Md€ d'ici à 2040, soit de 80 % par rapport à 2020 (en euros courants).

Les pouvoirs publics ont fait le choix depuis plusieurs années de ne pas créer de nouvelles places au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), pour privilégier l'accompagnement des personnes âgées à leur domicile ou dans le cadre d'habitats partagés, selon la volonté de la très grande majorité d'entre elles[20]. Cette politique entend recentrer l'accompagnement par les établissements sur les personnes âgées avec les pertes d'autonomie les plus prononcées (GIR 1 et 2) avec un état instable, et de maintenir l'accompagnement de celles avec une perte d'autonomie modérée (GIR 3 et 4) à leur domicile.

C'est dans ce contexte que plusieurs réformes ont été engagées ces dernières années pour concrétiser cette politique domiciliaire, dont la dernière relative à la fusion des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) prescrite par l'article 44 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022. Cette réforme n'affecte pas l'intervention des infirmiers libéraux ni l'emploi direct d'un salarié à domicile, qui constituent d'autres modalités de soins ou d'aide à domicile, vis-à-vis desquelles les usagers peuvent exercer leur libre choix.

La réforme actuelle portant création des services autonomie à domicile (SAD) poursuit l'objectif de restructurer l'offre des services d'aide et de soins à domicile pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, historiquement morcelée et peu lisible pour les usagers, sans coordination suffisante à leur endroit. L'enjeu est désormais de voir tous les professionnels de l'aide et du soin à domicile intervenir dans une même démarche coordonnée de prise en charge globale et de parcours cohérents.

Le principe du rapprochement des SAAD, SSIAD et SPASAD au sein de SAD fait très largement consensus auprès des usagers, aidants et professionnels des interventions à domicile.

La réforme conduit à fusionner des structures existantes, avec la constitution, obligatoire, d'une entité juridique unique pour un territoire identique, afin de porter les différentes activités assurées par les SAD mixtes, « aide et soins ». Au regard des délais impartis par les textes et de la difficulté de mise en œuvre de cette réforme par les acteurs de terrain dans leur diversité juridique (organismes de droit public et de droit privé), cette obligation a été assouplie par la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie : elle permet transitoirement aux SAAD et aux SSIAD de passer une convention

[19] Pauline Mendras, *Perte d'autonomie des personnes âgées : quels besoins et quels coûts pour accompagner le virage domiciliaire*, note IPP n° 96, novembre 2023.
[20] Selon le dernier baromètre IFOP d'octobre 2025, 88 % des Français souhaitent rester là où ils vivent déjà, dans leur environnement et avec leurs repères.

entre eux ou de créer un groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) pour une durée de cinq ans. La voie intermédiaire consistant à mettre en place un GCSMS permet aux partenaires de créer une entité juridique avec l'avantage, pour les personnels, de maintenir leurs statuts et leurs contrats. Cependant, la double condition de l'entité juridique et du territoire uniques demeure obligatoire à l'issue de cette période transitoire.

Le décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023 fixe le cahier des charges définissant les missions et obligations des SAD ainsi que leurs conditions techniques minimales de fonctionnement. Il précise également les publics pris en charge (notamment les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap) et les principes d'organisation et de fonctionnement de ces mêmes services.

La commission des affaires sociales du Sénat a souhaité disposer d'un bilan de la situation actuelle de l'aide à domicile avec les structures actuelles (SSIAD, SAAD, SPASAD) et de l'expérimentation de la réforme portant création des SAD. Elle attend également des propositions pour que la réforme actuelle puisse se mettre en place dans les meilleures conditions possibles. Son président a saisi pour cela la Cour des comptes par lettre du 2 avril 2025.

Le présent rapport porte donc principalement sur les structures (SSIAD, SAAD, SPASAD et SAD) permettant l'accompagnement des publics fragiles, étant entendus strictement comme les personnes âgées en perte d'autonomie (GIR 1 à 4) et les personnes en situation de handicap[21]. La demande de la commission des affaires sociales du Sénat adressée à la Cour (cf. annexe n° 1) porte principalement sur trois aspects.

Le premier consiste en l'établissement d'un bilan actuel en termes d'accessibilité à l'aide et aux soins à domicile, sur le plan géographique, qualitatif et financier (reste à charge pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap).

Le deuxième aspect vise l'analyse des situations financières actuelles respectives des SSIAD et SAAD publics, privés à but non lucratif et privés de statut commercial.

Enfin, le troisième volet de la saisine concerne les améliorations possibles de la réforme créant les SAD et les éventuelles évolutions organisationnelles nécessaires, notamment de la gouvernance de ce secteur.

Ces différents aspects de la réforme des services autonomie à domicile structurent le rapport de la Cour en trois parties.

[21] Compte tenu des questions posées par la commission des affaires sociales du Sénat, le rapport ne traite pas du rôle des aidants, qui est aussi essentiel dans le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie ou en situation de handicap.

Les chiffres-clés

Les dépenses publiques engagées pour l'aide et les soins à domicile pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap s'élèvent au moins à 16,1 Md€ (les subventions versées aux SAAD en difficulté financière n'étant pas connues).

Le reste à charge des usagers, après prise en compte des allocations de solidarité (APA, PCH, ACTP), des exonérations de cotisations sociales et du crédit d'impôt en faveur de l'emploi direct ou indirect d'un salarié à domicile, s'élève à 1,26 Md€.

Les structures et les personnels intervenants :

SSIAD : 2 159 structures, dont 63 % relèvent du secteur privé à but non lucratif et 35 % sont rattachées soit à des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux (fonction publique hospitalière), soit à des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS et CIAS relevant de la fonction publique territoriale). Ces structures offraient 127 073 places en 2024 pour les personnes âgées et 7 069 places pour les personnes en situation de handicap. L'effectif global des SSIAD et des SPASAD est d'environ 30 000 ETP, pour 2,2 Md€ de crédits relevant de la branche autonomie.

SAAD : 9 000 structures, dont 47 % relèvent de l'offre privée commerciale, 43 % relèvent de l'offre privée à but non lucratif et 10 % de l'offre publique pour un effectif global estimé à 104 200 ETP et 167,5 millions d'heures réalisées en 2025. Les recettes de ces structures proviennent du financement par les départements, soutenus par les concours de la CNSA, des allocations individuelles de solidarité (APA, PCH et ACTP) dont bénéficient les usagers pour acquitter les factures des SAAD, elles-mêmes minorées par des exonérations de charges sociales puis, une fois acquittées et l'année suivante, par l'intervention d'un crédit d'impôt sur le solde payé par l'usager (cf. *infra*).

Au 1er mars 2026, 201 SSIAD ont été constitués en SAD mixtes directement en entité juridique unique, 86 SSIAD ont été constitués en SAD mixtes par convention et un SSIAD a été constitué en SAD mixte par la création d'un GCSMS exploitant.

Emploi direct : 95 millions d'heures réalisées par deux millions de salariés, soit60 000 ETP, pour 1,67 million de particuliers employeurs personnes âgées ou en situation de handicap, pour un coût de 1,4 Md€.

Infirmiers libéraux : 100 000 professionnels pour un montant d'honoraires de 3,2 Md€ en bilans de soins infirmiers au bénéfice des personnes en perte d'autonomie.

Les allocations individuelles de solidarité, exonérations sociales et crédit d'impôt en faveur de l'emploi à domicile, aidant les usagers à financer le recours aux services prestataires et à l'emploi direct (en 2023) :

Allocation personnalisée autonomie (APA) : 4,29 Md€ pour 816 000 bénéficiaires à domicile, financés par les départements avec des concours de la CNSA.

Prestation de compensation du handicap (PCH) et allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) : 3,31 Md€ pour 451 010 bénéficiaires à domicile, financés par les départements avec des concours de la CNSA.

Exonérations pour les employeurs de cotisations sociales au titre des heures effectuées à domicile pour les personnes âgées ou en situation de handicap : 2 Md€.

Crédit d'impôt pour les services à la personne : 4,9 millions de foyers ont déclaré au moins un service à la personne en 2023 dont 730 000 bénéficiaires au titre des activités d'aide pour les personnes dites « fragiles », personnes âgées ou en situation de handicap, pour un montant de dépenses de 3,2 Md€ ouvrant droit à un crédit d'impôt de 1,1 Md€.

Chapitre I

Un accès hétérogène à un service à domicile de qualité, en fonction des territoires et des revenus

La première question posée par la commission des affaires sociales du Sénat à la Cour porte sur le degré d'accessibilité à l'aide et aux soins à domicile, sur les plans géographique, qualitatif et financier (reste à charge pour les personnes âgées ou en situation de handicap).

Les territoires où l'accès aux services est difficile, dits « zones blanches », ne relèvent pas tant de la géographie des autorisations délivrées aux organismes gestionnaires des services d'aide et de soins à domicile que de celle des tensions de recrutement. L'accès à des services de qualité peut être rendu également difficile par la méconnaissance par les intervenants des besoins des personnes accompagnées et l'existence de restes à charge variables qui peuvent représenter des montants importants dans certains cas pour des personnes disposant de faibles revenus.

I - De rares zones blanches sur le plan géographique, en théorie

La finesse du maillage des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et l'abondance des services autorisés d'aide à domicile (SAAD) limitent fortement le risque de zones blanches sur le plan géographique. Toutefois, la véritable accessibilité pour les usagers ne relève pas tant de l'existence d'un service autorisé sur un territoire, que de la réalité du nombre de salariés mobilisables à proximité dans le soin et l'aide à domicile. La rapidité du vieillissement démographique, impliquant une forte augmentation des personnes en perte d'autonomie à domicile qui commence à se faire sentir dès 2025, est le second facteur de nature à remettre en question la carte théorique de l'offre.

A - Une offre de soins et d'aide à domicile très diversifiée

Pour satisfaire leurs besoins d'aide et de soins à domicile, les personnes âgées en perte d'autonomie ou en situation de handicap et leurs aidants peuvent recourir à l'offre des SSIAD et des SAAD, mais aussi aux infirmiers libéraux pour les soins et à l'emploi direct d'un salarié à domicile pour l'aide. Cette diversité de solutions doit être prise compte pour examiner l'accessibilité des usagers à l'offre de services existant sur un territoire.

L'offre des SSIAD porte sur 127 073 places recensées en 2024 pour les personnes âgées, et 7 069 places pour les personnes en situation de handicap. Elle est majoritairement privée à but non lucratif (63 %), l'offre publique (35 %) étant rattachée soit à des établissements publics de santé ou sociaux et médico-sociaux (fonction publique hospitalière), soit à des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS et CIAS relevant de la fonction

publique territoriale). L'offre privée de statut commercial est donc quasiment absente des SSIAD. En revanche, l'offre privée commerciale[22] est majoritaire pour les SAAD (47,3 %), précédant l'offre privée à but non lucratif (43 %) et une offre publique très limitée (10 %).

Tableau n° 2 : nombre de SSIAD-SPASAD-SAD et de SAAD par statut juridique en 2025

Statut	SSIAD-SPASAD-SAD	SAAD
Public	764	917
Privé à but non lucratif	1 362	3 865
Privé commercial	33	4 293
Total	**2 159**	**9 075**

Note de lecture : pour une lecture par statut juridique, et compte-tenu de la réforme en cours, sont rassemblés les SSIAD, SPASAD non encore transformés en SAD (ou non encore pris en compte avec une actualisation du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) et les SAD mixtes déjà recensés (soit les codes 209 et 345 dans FINESS).
Sources : DREES, FINESS, traitement Cour des comptes, mars 2026

L'offre de SAAD est abondante, car aux autorisations délivrées par les départements de longue date, se sont ajoutées depuis la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 les nombreuses autorisations attribuées automatiquement aux structures précédemment agréées au titre de la législation des services à la personne[23].

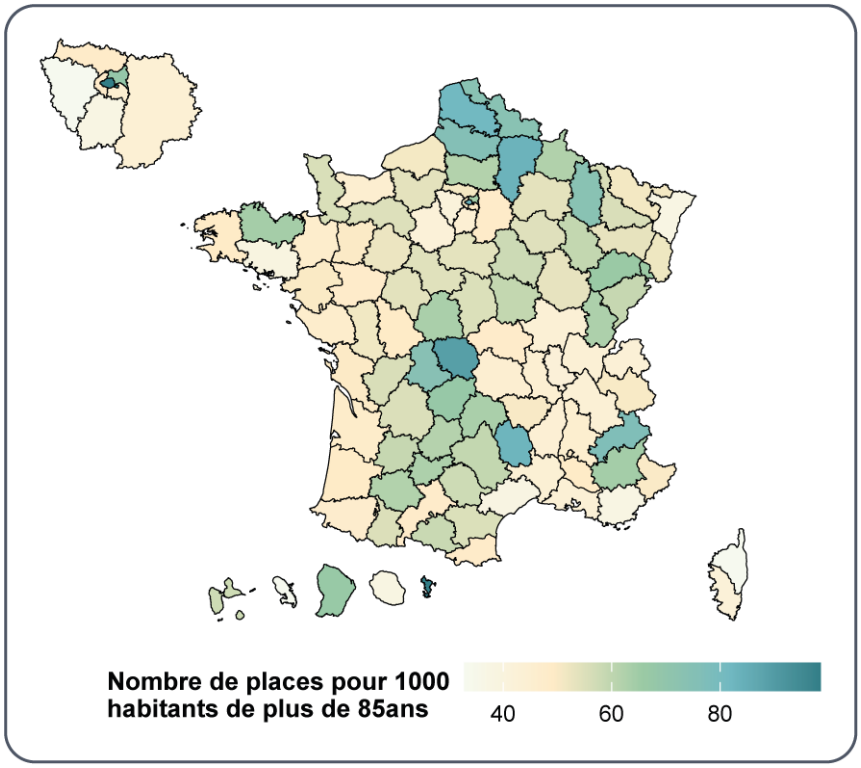
En 2025, 167,5 millions d'heures d'aide ont été réalisées au bénéfice des publics fragiles - que sont les personnes âgées relevant des GIR 1 à 4 et les personnes en situation de handicap - par des salariés des SAAD, représentant un effectif qui peut être estimé à 104 200 équivalents temps plein (ETP) mobilisés[24].

Les zones où l'offre est considérée comme étant insuffisante par les départements et les ARS correspondent presque systématiquement à des territoires de montagne (Haute-Savoie, Savoie, Hautes-Pyrénées) ou à des espaces ruraux isolés (Meuse, Indre-et-Loire, Sarthe) ou insulaires (La Réunion, Guadeloupe, Guyane).

La couverture géographique des territoires pour la délivrance des soins à domicile (SSIAD et SPASAD) est globalement assurée, mais elle n'est pas homogène pour autant, notamment au regard de la densité de la population âgée de plus de 85 ans, âge auquel la perte d'autonomie et le besoin de soins et d'accompagnement se manifestent de manière plus prononcée, que les personnes âgées en perte d'autonomie soient évaluées en GIR 1, 2, 3 ou 4.

[22] Elle l'est encore bien davantage dans les services à la personne (82 % en 2021), qui proposent par exemple de l'aide au ménage à tous types de publics et sans financement public (hormis par le biais du crédit d'impôt pour l'emploi direct ou indirect d'un salarié à domicile).
[23] Les services à la personne relèvent d'un simple régime d'agrément par les directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités, pour le bénéfice du crédit d'impôt et des exonérations sociales, tandis que les SAAD relèvent du régime d'autorisation par les départements régi par le code de l'action sociale et des familles.
[24] Source : ACOSS, déclaration sociale nominative, données 2025. Estimation effectuée sur la base de 1 607 heures annuelles par salarié. Une étude de l'institut des politiques publiques (IPP) avait évalué cet effectif à 90 460 en 2019 - Amélie Carrère, *L'accessibilité potentielle localisée à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées : approche territoriale*, rapport de l'IPP n° 45, septembre 2023.

Carte n° 1 : taux d'équipement en SSIAD et en SPASAD, pour 1 000 personnes âgées de plus de 85 ans en 2024



Source : DREES, traitement Cour des comptes, 2024

L'hétérogénéité est nettement plus prononcée dès lors que l'on rapporte le nombre de places de SSIAD autorisées au titre des personnes en situation de handicap à celui des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH). Le ratio s'élève à plus de six places pour 100 bénéficiaires dans les départements de la Corrèze, de la Haute-Saône et de la Meuse, et se révèle globalement plus favorable dans les régions Hauts-de-France et Grand Est que dans toutes les autres (cf. carte en annexe n° 7). Ce constat conduit à s'interroger sur l'intérêt de maintenir une distinction dans les autorisations et les allocations de ressources entre les places de SSIAD pour personnes âgées et celles pour personnes en situation de handicap (cf. *infra*).

Des listes d'attente sont observées dans les SSIAD, du fait de difficultés de recrutement, avec des reports d'activité sur les SAAD. L'étude de ce phénomène, peu fréquente parmi les ARS, permet d'apprécier les tensions territoriales. Ceci milite pour que les refus ou les ruptures de prise en charge dans les soins à domicile - ou les délais qui en sont synonymes - soient considérés comme des évènements indésirables[25], et ainsi recensés en continu et analysés.

[25] En application de l'article L. 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles, fait l'objet d'une information aux autorités administratives compétentes tout dysfonctionnement grave dans la gestion ou l'organisation des structures sociales et médico-sociales susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées.

L'exemple du SSIAD géré par le centre communal d'action sociale de Decazeville[26]

Le SSIAD géré par le CCAS de Decazeville intervient en principe sur les communes de Firmi, Aubin et Decazeville, mais il a resserré progressivement son périmètre d'intervention sur cette dernière. En dépit des difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel, la structure est ainsi parvenue à optimiser son taux d'occupation au prix d'une moindre couverture territoriale. La liste d'attente qui s'allonge de manière préoccupante pâtit d'une absence de gestion informatisée commune aux différentes structures du territoire.

L'analyse de la couverture géographique des SSIAD et des SAAD doit aussi prendre en compte les activités des infirmiers libéraux et la place occupée par l'emploi direct d'un salarié à domicile, expression du libre choix de l'usager en matière de soins ou d'aide, sous réserve qu'une offre soit disponible à proximité.

Les infirmiers libéraux participent aux soins prodigués aux publics fragiles, soit dans le cadre d'une coopération avec des SSIAD (notamment quand ceux-ci ne disposent pas d'effectifs infirmiers salariés en nombre suffisant), soit directement auprès des usagers. L'activité libérale au bénéfice des personnes en perte d'autonomie s'inscrit dans un cadre particulier de réalisation de bilans de soins infirmiers (BSI), catégorisés de A à C, C étant le niveau le plus intense[27]. Selon la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), cette activité représente moins de 10 % des honoraires perçus pour un quart des infirmiers libéraux, notamment dans les zones sous-dotées en infirmiers libéraux, mais elle atteint pour un autre quart des proportions supérieures à 50 % dans les zones surdotées. Les règles de mise en application du zonage des infirmiers libéraux défini par l'assurance maladie sont adaptées en cas de création ou d'extension d'un SSIAD dans une zone surdotée : en ce cas, les règles de conventionnement applicable aux infirmiers libéraux (article 3.4.3 de la convention nationale des infirmiers libéraux) sont suspendues[28].

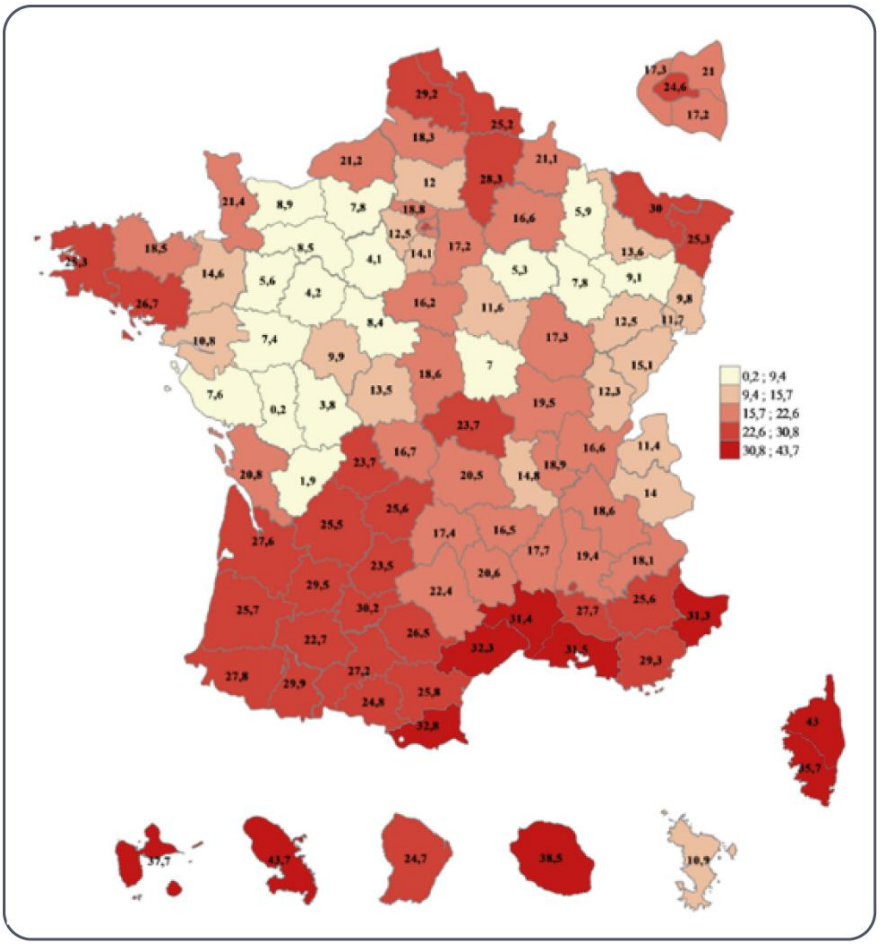
Du point de vue de la CNAM, les interventions des infirmiers libéraux dans le cadre d'un BSI, comparables à celles des SSIAD, relèvent des BSC. La part des BSC dans les BSI est très hétérogène selon les départements, entre moins de 1 % et 44 %, avec une moyenne de 26 %. Les fortes disparités peuvent s'expliquer par les différences d'âge de la population, l'existence de zones sous-dotées ou surdotées, et la composition de l'offre locale pour la prise en charge des personnes âgées ou en situation de handicap (SSIAD et EHPAD).

[26] Chambre régionale des comptes Occitanie, *Le SSIAD du CCAS de Decazeville*, rapport d'observations définitives, à paraître.

[27] Le bilan de soins infirmiers (BSI) permet à l'infirmier, à la suite d'une prescription de soins pour une perte d'autonomie à domicile, de faire une évaluation de l'état de santé du bénéficiaire afin d'organiser un plan de soins infirmiers personnalisé. La prise en charge est ensuite forfaitisée à la journée : 13 € pour une prise en charge légère (BSA), 18,20 € pour le forfait intermédiaire (BSB), 28,70 € pour le forfait de prise en charge lourde (BSC). Les personnes soignées dans le cadre des BSI sont très majoritairement en affection de longue durée (ALD), soit sans reste à charge au titre d'une franchise ou d'un ticket modérateur.

[28] Cette disposition peut toutefois être écartée lorsque la commission paritaire régionale (CPR) constate, à la majorité de ses membres, que le projet répond à un besoin auquel l'offre libérale existante n'est pas en mesure de répondre.

Carte n° 2 : part des bilans de soins de catégorie C (BSC) par département en 2024



Source : CNAM, groupe de travail-bilan de soins infirmiers, septembre 2025

À titre d'exemple, le SSIAD géré par le CCAS de Grasse[29] s'appuie largement sur des conventions conclues avec les infirmiers libéraux, intervenant complémentairement, dans un contexte de forte demande de soins à domicile. Les infirmiers salariés du SSIAD assurent la délivrance des soins infirmiers courants, notamment l'administration de médicaments et la réalisation de pansements, ainsi que l'évaluation et le suivi des patients. Les soins plus lourds, prescrits de manière quotidienne (tels que les pansements complexes, les injections ou les perfusions) sont, pour leur part, réalisés par les infirmiers libéraux conventionnés, lesquels adressent directement leurs factures au SSIAD[30].

Le libre choix des usagers, s'il peut s'exercer au bénéfice d'infirmiers libéraux pour les soins, peut s'appliquer aussi en matière d'aide, avec l'emploi direct d'un salarié à domicile : 1,7 million de personnes âgées ou en situation de handicap y ont recours.

[29] Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur, *Le SSIAD du CCAS de Grasse*, à paraître.

[30] Pour certains SSIAD, les prélèvements sanguins sont l'apanage des infirmiers libéraux, alors qu'ils peuvent comporter aussi des infirmiers salariés, et qu'ils disposent tout autant de l'opportunité de les déposer dans un laboratoire de biologie et d'analyses médicales à l'occasion de leurs tournées.

Tableau n° 3 : points de repères sur l'emploi direct auprès de personnes fragiles, âgées ou en situation de handicap, en 2025

	2025
Nombre de salariés en emploi direct en totalité ou à temps partiel	2 066 923
Nombre d'heures réalisées par an en emploi direct	94 099 441
Nombre total d'employeurs en emploi direct en tout ou partie	1 671 692
Masse salariale annuelle	1,37 Md€
Nombre d'heures mensuelles moyen par employeur en emploi direct	56,3
Coût mensuel moyen par employeur en emploi direct	819,53 €
Rémunération mensuelle moyenne par salarié	662,82 €

Source : Centre national CESU, 2025

Avec près de 95 millions d'heures réalisées en 2025 par deux millions de salariés, il est possible d'estimer le nombre en ETP intervenant à domicile à près de 60 000 personnes, pour des particuliers employeurs âgés ou en situation de handicap[31]. Ces derniers se font parfois accompagner par un service mandataire, qui les guide dans leurs responsabilités et démarches d'employeurs[32].

L'offre en emploi direct n'est pas totalement distincte de l'intervention comme salariés de SAAD ou de SAD. En effet, des usagers peuvent additionner une intervention réalisée par un SAAD avec des heures complémentaires en emploi direct, au-delà ou en deçà du plan d'aide. Par ailleurs, des intervenants refusent des postes à plein temps dans des SAAD ou des SAD et limitent leur collaboration à un mi-temps ou à un trois-quarts temps salarié, pour se constituer par ailleurs une clientèle personnelle, souvent à proximité de leur tournée au titre de leur position de collaborateur d'un SAAD, ou à proximité de leur domicile.

Les travaux de l'institut des politiques publiques (IPP)[33] et de la DREES[34] soulignent également que les enjeux d'accessibilité doivent intégrer les autres possibilités d'aide et de soins, notamment celle d'être admis dans un établissement social ou médico-social, de bénéficier de l'intervention d'un infirmier libéral ou de recourir à l'emploi direct d'un salarié à domicile. L'étude précitée de l'IPP montre ainsi que les zones ayant une offre de prise en charge globale élevée, l'ont à la fois à domicile et en établissement, à proximité des grandes

[31] Une étude de l'IPP avait chiffré cet effectif à 53 680 en 2019 : Amélie Carrère, *L'accessibilité potentielle localisée à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées : approche territoriale*, rapport de l'IPP n° 45, septembre 2023.

[32] L'accompagnement par un service dit « mandataire » pour les démarches administratives ne retire rien aux responsabilités personnelles du particulier employeur, notamment pour d'éventuelles séparations et indemnités de licenciement à verser. Plusieurs départements ont indiqué à la Cour que la communication publicitaire de plusieurs entreprises prête à confusion sur ce point. Les frais de gestion du mandataire doivent également être analysés par les usagers, pouvant peser jusqu'à 10 € pour une heure tarifée à 30 €.

[33] Amélie Carrère, *L'accessibilité potentielle localisée à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées : approche territoriale*, rapport de l'IPP n° 45, septembre 2023.

[34] DREES, Pauline Culioli (IPP), Florian Jacquetin (IPP), Alexis Louvel, *Les besoins en personnel accompagnant des personnes âgées en perte d'autonomie. Estimation des besoins individuels d'aidants rémunérés et soignants des bénéficiaires de l'APA en fonction du niveau de perte d'autonomie, à domicile et en établissement*, Les dossiers de la DREES, n° 123, octobre 2024.

agglomérations et de manière générale en Île-de-France, sur la côte méditerranéenne, la vallée du Rhône, en Bretagne, et dans les départements du Haut-Rhin et du Bas-Rhin. À l'inverse, l'offre est faible à la fois à domicile et en établissement dans la « *diagonale des faibles densités* »[35], c'est-à-dire la diagonale allant des départements de la Meuse aux Landes. Dans le secteur du handicap, la Cour a déjà souligné qu'un manque de places en maison d'accueil spécialisé et en foyer d'accueil médicalisé se traduit par des plans d'aide très importants au titre de la PCH, parfois supérieurs à 24 heures par jour[36], nettement plus coûteux pour les finances publiques qu'un séjour en établissement.

B - De forts contrastes territoriaux en termes de ressources humaines pour l'aide et les soins à domicile

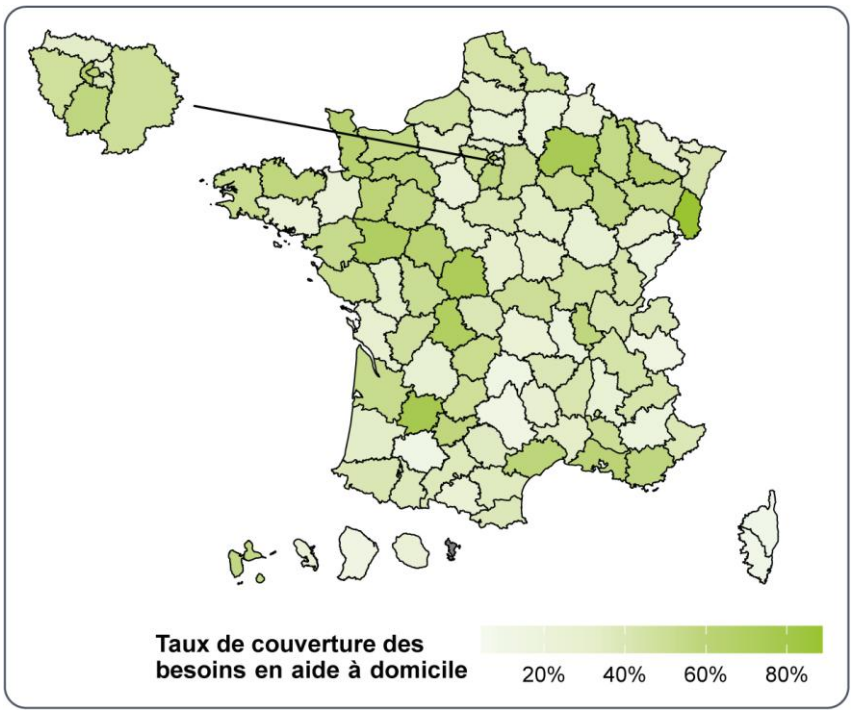
Pour apprécier la capacité effective d'accès aux services d'aide et de soins à domicile, il ne suffit pas d'examiner le nombre d'autorisations délivrées aux structures : l'existence éventuelle de « zones blanches » s'explique souvent par le faible nombre de salariés mobilisables sur un territoire.

En ce qui concerne l'aide à domicile, la Cour s'est fondée sur le nombre d'heures travaillées auprès des publics fragiles en 2025, que la déclaration sociale nominative permet d'identifier pour chacun des SAAD et par commune, grâce aux exonérations de charges patronales qui sont spécifiques à ces publics.

Sur cette base, il a été possible d'élaborer une carte qui rapporte le nombre d'heures d'aide à domicile réalisées par les SAAD pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, à l'effectif de bénéficiaires de l'APA et de la PCH, pondéré en fonction de leurs niveaux de recours respectifs à l'aide : à ce titre, il a été considéré qu'un bénéficiaire de l'APA requiert en moyenne 0,3 ETP[37] et un bénéficiaire de la PCH, 0,4 ETP[38]. L'analyse montre que la plupart des départements se trouvent dans des situations proches avec une moyenne d'un seul ETP réalisé pour un besoin d'aide de deux ETP.

[35] Amélie Carrère, op. cit.
[36] Cour des comptes, *La prestation de compensation du handicap - Un coût croissant, une cohérence à renforcer*, communication à la commission des finances de l'Assemblée nationale, décembre 2025. Un nombre d'heures supérieur à 24h00 par jour signifie la nécessité de plusieurs intervenants simultanément.
[37] DREES, Pauline Culioli (IPP), Florian Jacquetin (IPP), Alexis Louvel, « Les besoins en personnel accompagnant des personnes âgées en perte d'autonomie », *Les dossiers de la DREES* n° 123, octobre 2024.
[38] Cf. annexe n° 5 sur la méthodologie des traitements réalisés par la Cour.

Carte n° 3 : taux de couverture des besoins d'aide à domicile : nombre d'heures d'aide à domicile réalisées, rapporté aux équivalents temps plein nécessaires pour les bénéficiaires de l'APA et de la PCH



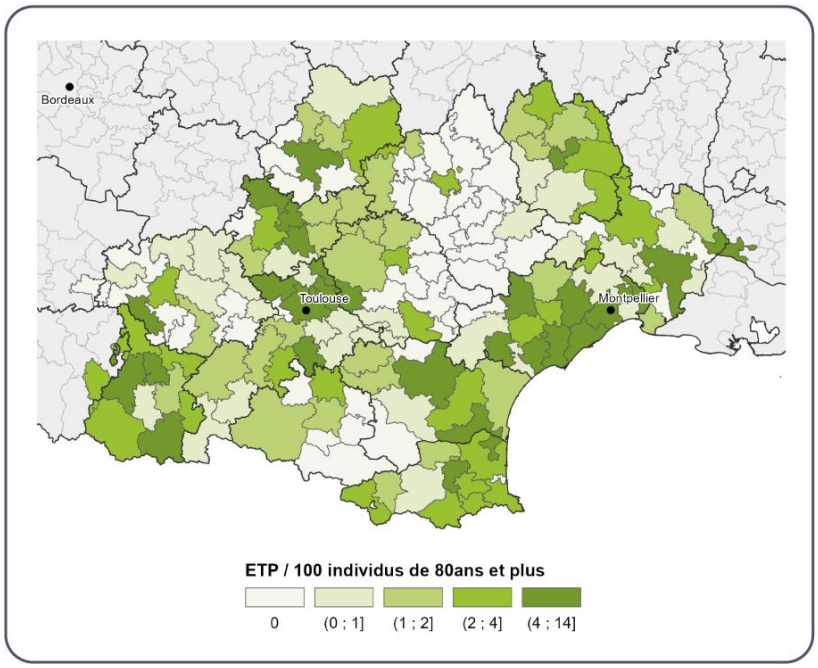
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative – nombre d'heures d'aide à domicile de publics fragiles réalisées par les SAAD ; DREES - Enquête Aide sociale, bénéficiaires au 31 décembre 2024*, traitement Cour des comptes (cf. annexe n°5)*

La carte montre toutefois des contrastes significatifs. Pour certains départements, les besoins sont moins bien couverts que la moyenne. C'est le cas notamment de la Seine-Saint-Denis (un ETP réalisé pour un besoin de 3,5 ETP). À l'inverse, certains départements présentent des besoins mieux couverts que la moyenne, tel que le Haut-Rhin (0,86 ETP réalisé pour un ETP nécessaire).

Par ailleurs, une situation moyenne à l'échelle d'un département peut recouvrir de fortes différences internes. La carte ci-dessous permet d'apprécier ces différences, pour les départements d'Occitanie[39], en rapprochant au niveau des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans et les heures travaillées déclarées par les SAAD pour les publics fragiles.

[39] L'annexe n° 6 fournit les cartes de toutes les régions, sur l'exemple de celle figurant ci-dessous. Elle fournit également les cartes de 15 départements.

Carte n° 4 : représentation par EPCI des ETP d'aide à domicile rapportés au nombre de personnes de 80 ans et plus, pour la région Occitanie



Note : la déclaration sociale nominative permet de rattacher les heures travaillées auprès des publics fragiles au SIRET du SAAD employeur, mais non au domicile du salarié. Cela peut aboutir, pour les EPCI de petite taille, à une valeur égale à zéro en heures travaillées car il ne comporte pas de SAAD sur son territoire, alors qu'une agence d'un SAAD peut se situer dans un EPCI voisin..
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes (cf. annexe n° 5)

Les grandes difficultés des zones rurales ou excentrées apparaissent nettement. L'emploi direct intervient alors en complément, même si les textes en vigueur, ainsi que les équipes d'évaluation de l'APA des départements, ne recommandent pas l'adoption d'un statut d'employeur pour les publics les plus fragiles.

Le manque de personnel crée une tension élevée pour l'accès à l'aide à domicile. Selon France Travail[40], sur 61 330 projets de recrutement d'aides à domicile et d'auxiliaires de vie au plan national, 80,4 % sont jugés difficiles en moyenne, pourcentage approchant les 90 % pour la Bretagne, Provence-Alpes-Côte d'Azur et la Guyane. La situation est légèrement plus favorable pour les aides-soignants, avec 60 140 projets de recrutement, dont 64,4 % sont jugés difficiles en moyenne nationale, avec des situations plus aiguës en Pays de la Loire et en Corse, proches de 80 %[41]. La Défenseure des droits, mais aussi certains départements, ont souligné que les tensions pour le renouvellement des titres de séjour affectent tout particulièrement les intervenants de l'aide et du soin.

[40] Site internet de France Travail sur les aides à domicile et auxiliaires de vie. France-Travail site internet du 5 avril 2026.
[41] Site internet de France Travail sur les aides-soignants. Consultation du 5 avril 2026. France Travail site internet du 5 avril 2026.

S'agissant des soins à domicile, l'existence d'un SSIAD sur un territoire ne garantit pas pour les personnes requérantes la satisfaction de leur demande dans des délais brefs de nature à rendre plus fluides les parcours de soins des patients les plus vulnérables. Le manque de personnels infirmiers dans les SSIAD et les fortes inégalités territoriales dans la répartition des infirmiers libéraux (Infirmiers diplômés d'État libéraux - IDEL) peuvent contribuer à des délais contrastés dans l'accès aux soins des usagers.

La régulation géographique conjointe des SSIAD et des IDEL demeure aujourd'hui largement aveugle quant à ses effets réels pour les usagers les plus requérants, notamment en sortie d'hospitalisation : les ARS comme les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) disposent des accès aux données de santé nécessaires pour mener des travaux similaires, à l'échelle plus fine des départements. Les CPAM comme les ARS devraient également analyser les impossibilités ou refus de prise en charge *(*cf. *infra)* pour piloter plus concrètement le zonage.

Compte tenu de la complémentarité à mieux définir entre les soins à domicile effectués soit par des infirmiers libéraux (IDEL) - dans le cadre de BSC -, soit par des SSIAD, pour des personnes vulnérables[42], la Cour a comparé les délais en sortie d'hospitalisation à temps plein de court séjour hospitalier ou d'hospitalisation à domicile (HAD) ou de soins médicaux de réadaptation (SMR).

Tableau n° 4 : délais comparés d'intervention des infirmiers libéraux et des SSIAD en sortie d'hospitalisation en 2024 (en jours)

	Sorties de court séjour	Sorties d'HAD	Sorties de SMR
Délais médians des IDEL	1	1	1
Délais médians des SSIAD	61	37	11
Délais moyens des IDEL	16	23	13
Délais moyens des SSIAD	130	102	86

Source : système national des données de santé, traitement Cour des comptes (cf. annexe n° 5)

En complément, l'analyse plus précise des sorties d'hospitalisation en soins médicaux de réadaptation de patients âgés vers le domicile pour ceux qui présentent des scores de dépendance égaux à 16 et plus[43]- ce qui est très élevé - montre que 13 % d'entre eux sont admis en SSIAD dans l'année, dans un délai moyen de 68 jours, et 27 % bénéficient d'un BSC dans un délai moyen de 13 jours. Ces données nationales montrent une bien plus grande agilité des infirmiers libéraux en sortie d'hospitalisation, mais recouvrent une forte hétérogénéité territoriale dont témoignent les écarts entre les délais médians et moyens (cf. *supra* carte n° 2 et annexe méthodologique n° 5). Elles montrent l'existence de listes d'attente importantes, notamment pour les SSIAD, et font apparaître des risques de dénis de service, notamment faute de personnel, voire de prises en charge refusées au titre de leur forte intensité prévisible, avec des scores de dépendance très élevés, physique et cognitive *(*cf. *infra).*

[42] Personnes âgées de plus de 80 ans avec des séjours supérieurs à 10 jours en court séjour ; personnes âgées de plus de 80 ans avec un score à l'échelle de Karnofsky inférieur à 40 en HAD ; personnes âgées de plus de 80 ans avec des séjours supérieurs à 30 jours en SMR, avec des scores de la grille AVQ (actes de la vie quotidienne) supérieurs à neuf pour la dépendance physique et à six pour la dépendance cognitive. Il a été fixé une borne de six mois pour l'examen des suites données à une sortie d'hospitalisation (cf. les éléments détaillés en annexe n° 5).
[43] Au titre de la grille d'évaluation des actes de la vie quotidienne (AVQ).

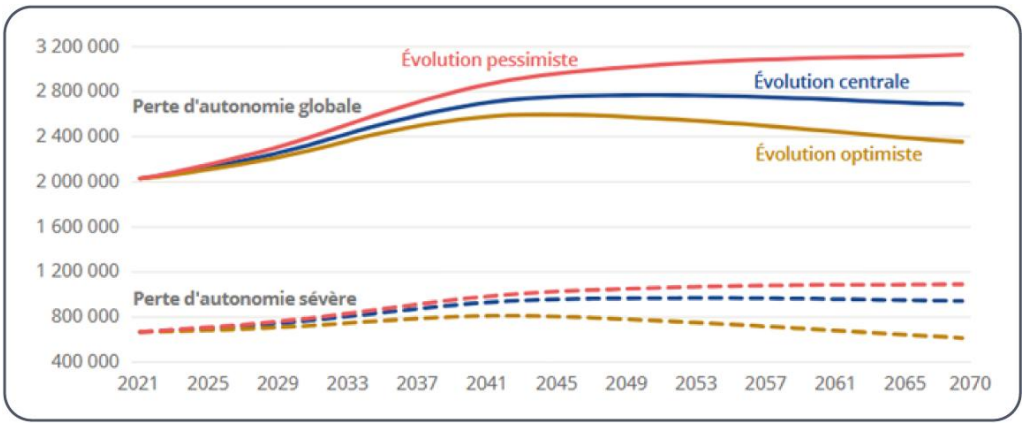
Au regard de ces constats, il serait nécessaire qu'une étude conjointe soit menée par la CNAM, la CNSA, la DGCS et la DREES sur les modalités d'une meilleure complémentarité des infirmiers libéraux et des services autonomie à domicile, au regard de l'évolution de leurs missions respectives.

Plus globalement, les départements devraient bénéficier des informations dont disposent les organismes nationaux producteurs de statistiques utiles à la connaissance de l'offre d'aide et de soins à domicile : l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) pour la déclaration sociale nominative (DSN) et notamment le volume d'heures travaillées par commune auprès des publics fragiles, mais aussi la Caisse nationale d'assurance-maladie concernant l'activité des infirmiers libéraux de même que les dépenses prises en charge par le régime pour les personnes admises en SSIAD, au-delà du forfait global de soins. La direction générale des finances publiques pourrait apporter ses informations concernant l'impact du crédit d'impôt en faveur de l'emploi à domicile pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pourrait être le pilote de cette organisation du partage des informations, en lien avec *Départements de France*.

C - Un choc démographique qui va rapidement déborder l'offre actuelle de services

En dépit de l'amélioration de l'espérance de vie sans incapacité, les projections démographiques montrent une évolution déjà très rapide des besoins au titre de la perte d'autonomie de 2025 à 2030[44]. L'évolution des effectifs concernés se ferait en deux temps : entre 2021 et 2031, l'augmentation concernerait surtout la tranche des 75-84 ans, avec une augmentation de 49 %, dont 42 % pour ceux en perte d'autonomie.

Graphique n° 1 : croissance du nombre de personnes en perte d'autonomie de 2025 à 2070, selon les différentes hypothèses



Note de lecture : la première génération du baby-boom – née après la seconde guerre mondiale – a en effet atteint l'âge de 75 ans à partir de 2021. De 2031 à 2052, la croissance du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie se poursuivrait, mais ralentirait (+ 0,8 % par an, contre 1,4 % sur la période 2021-2031). Elle affecterait surtout les personnes de 85 ans ou plus.
Source : INSEE, « 700 000 seniors en perte d'autonomie supplémentaires d'ici 2050 », INSEE Première *n° 2078*

[44] DREES et INSEE, « 700 000 seniors en perte d'autonomie supplémentaires d'ici 2050 », *INSEE Première* n° 2078, 2025.

Dans un contexte où l'offre d'hébergement pour personnes âgées en EHPAD n'augmente plus depuis quelques années, faute d'appels à projet, la France dispose désormais de très peu de temps - quatre années d'ici 2030 - pour conforter l'offre de soins et d'aide à domicile. Les premières marches à franchir sont d'emblée les plus hautes, de 2025 à 2035.

Les contrastes géographiques et sociologiques sont importants : la proportion des personnes âgées en perte d'autonomie est plus élevée aujourd'hui dans les départements ruraux. Elle se situe entre 13,5 % et 14,3 % des personnes âgées de plus de 60 ans dans les départements de l'Ardèche, Haute-Loire, Creuse, Cantal et Lozère. L'exposition aux risques et à la pauvreté explique aussi des taux de perte d'autonomie précoce, qui dépassent 12,5 % dans les départements du Nord, du Pas-de-Calais et de la Somme : la population dispose de revenus plus faibles, avec une surreprésentation d'anciens ouvriers et employés[45]. Des croissances très soutenues et rapides sont prévues en outre-mer et, pour la métropole, dans les Hauts-de-France, l'est de la région Grand Est, la région Centre-Val de Loire. Dans un second temps, l'Île-de-France et le sud de la France, les zones littorales ainsi que l'arc rhônalpin seront les plus exposés.

Sous réserve de l'appréciation nécessaire de l'offre dans sa globalité avec ses forts contrastes territoriaux, la Cour a calculé que, pour maintenir le taux d'équipement en SSIAD et en SPASAD en 2035 à la même hauteur qu'en 2025, il conviendrait de créer 45 000 nouvelles places pour porter l'effectif national de 127 073 en 2024[46] à 172 000 d'ici dix ans. À ce stade, un programme de création de 25 000 places a été engagé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de 2025 à 2030. Un effort équivalent devrait donc être envisagé de 2031 à 2035, pour tenir compte de l'impact des départs à la retraite d'infirmiers libéraux, mais aussi d'une complémentarité améliorée à organiser avec les SSIAD dans leurs rôles respectifs.

II - Des difficultés d'accès à des prestations de qualité adaptées aux besoins des personnes âgées ou en situation de handicap

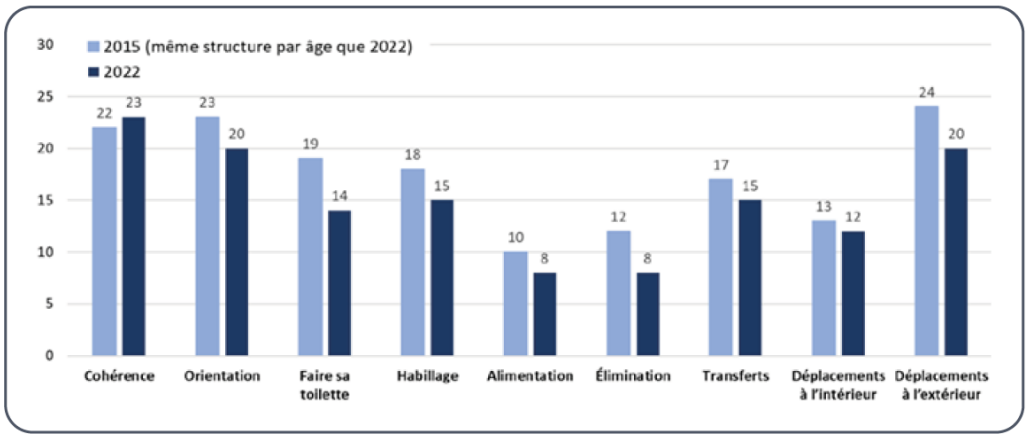
Les échanges que la Cour a eus avec les associations d'usagers et leurs aidants ont révélé que celles-ci n'ont pas été interrogées sur les besoins et les attentes des publics fragiles pour préparer la réforme des soins et de l'aide à domicile. Des manques apparaissent dans la réalisation des prestations, notamment sur le plan qualitatif, dans un contexte de faiblesse des effectifs consacrés par les autorités de tarification et de contrôle au secteur du domicile pour en prendre la pleine mesure.

A - Une trop faible connaissance des besoins et attentes exprimés par les personnes à domicile

La DREES a identifié 6,8 millions de personnes avec au moins une limitation fonctionnelle sévère et 3,4 millions avec des restrictions d'activité tous les jours, les personnes souffrant de limitations sévères et quotidiennes formant un sous-ensemble de 2,5 millions de personnes[47]. Les comparaisons entre 2015 et 2022 sur l'évolution de la perte d'autonomie, effectuées par la DREES, permettent d'identifier globalement les principales difficultés à domicile des personnes âgées.

[45] *INSEE Première*, op. cit..
[46] DREES, *SSIAD et SPASAD autonomes ou rattachés à un établissement*, Panorama statistique 2024.
[47] DREES, *Enquête Vie quotidienne et santé*, 2021.

Graphique n° 2 : part des personnes âgées de 75 ans et plus qui rencontrent des difficultés (en %)



Source : Conseil de la CNSA du 16 décembre 2025. Source et traitement DREES.
Note de lecture : le mot « transferts » désigne les besoins de passage du lit au fauteuil roulant ou à une chaise ou aux toilettes, ou inversement, avec la nécessité d'une manutention par un ou plusieurs intervenants.

Devant la méconnaissance des besoins et des attentes tels qu'ils peuvent être exprimés directement par les personnes concernées et leurs aidants, la Cour a conduit plusieurs enquêtes qualitatives en coopération avec plusieurs grandes associations d'usagers et d'aidants sur leurs besoins et attentes à domicile : France Alzheimer[48] et maladies apparentées, France Parkinson[49], l'association des aidants et malades à corps de Lewy[50], France dégénérescence fronto-temporale[51] (France DFT) et l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques[52] (UNAFAM).

Tableau n° 5 : résultats des enquêtes de la Cour auprès des membres de cinq associations d'usagers et d'aidants[53]

	Domestique (repas, ménage, courses)	Actes personnels de la vie quotidienne (toilette, élimination)	Soins (injections, pansements, prise de médicaments)	Accès aux soins et accompagnement	Accompagnement et stimulation (loisirs, déplacements extérieurs)
France Alzheimer	78 %	56 %	63 %	66 %	82 %
France Parkinson	69 %	43 %	27 %	50 %	64 %
Aidants et malades à corps de Lewy	81 %	71 %	64 %	75 %	83 %
UNAFAM	75 %	17 %	32 %	62 %	66 %
France DFT	77 %	68 %	42 %	68 %	84 %

Note de lecture : 78 % des répondants adhérents de l'association France Alzheimer indiquent avoir besoin d'aide pour la préparation des repas, le ménage ou les courses.
Source : résultats des enquêtes élaborées et interprétées en coopération avec les associations d'usagers et d'aidants France Alzheimer (818 réponses), France Parkinson (696), Aidants et malades à corps de Lewy (353), UNAFAM (548), France dégénérescence fronto-temporale (77), mars-avril 2026

[48] Maladie d'Alzheimer et apparentées concernant 1 400 000 personnes estimées.
[49] Maladie à corps de Lewy concernant 150 000 personnes estimées.
[50] Maladie de Parkinson concernant 150 000 personnes estimées.
[51] Maladie rare concernant 15 000 personnes estimées, souffrant de dégénérescence fronto-temporale (DFT).
[52] Maladies mentales et troubles psychiques concernant 3 000 000 personnes estimées.
[53] À l'exception des personnes souffrant de la maladie de Parkinson, nombreuses à répondre elles-mêmes (42 %), les réponses sont à 95 % le fait majoritairement des aidants.

Sans prétendre à une représentativité quantitative, ces enquêtes montrent d'un point de vue qualitatif la profonde imbrication des besoins et des attentes des personnes concernées en matière à la fois d'aide et de soins à domicile, confirmant ainsi le bien-fondé de l'orientation de la réforme pour la constitution de SAD mixtes. Elles montrent aussi l'importance de la fonction d'accompagnement et de stimulation sociale, au-delà des seuls besoins fondamentaux (repas, toilettes, élimination, etc.). En résumé, le domicile n'est viable et sécurisant qu'à la condition qu'il soit possible d'en sortir ou d'y faire entrer un tiers, notamment le soignant et l'intervenant des services d'aide, en appui des aidants. La Fondation des petits frères des pauvres souligne régulièrement combien la mort sociale et psychique, en l'absence d'échanges langagiers notamment, précède une mort physique tout aussi solitaire[54].

B - Des prestations insuffisantes en termes qualitatifs et quantitatifs, répondant imparfaitement aux besoins

Il n'y a pas de connaissance organisée des listes d'attente, tant pour les SSIAD que les SAAD ou encore les infirmiers libéraux. De telles listes représentent pourtant des dénis de service auxquels les personnes âgées ou en situation de handicap sont souvent exposées lorsque les délais d'admission sont importants. Pour les SSIAD, le délai d'attente ou le refus d'admission peuvent aussi s'expliquer par l'absence d'un médecin pour prescrire l'admission. Pour répondre à cette difficulté, les équipes médico-sociales instruisant l'APA et la PCH pourraient, comme le proposent certains départements, décider également d'orientations vers les SSIAD et SAD, en complément des prescriptions par les médecins.

Tableau n° 6 : les inadéquations entre le besoin d'aide et de soins à domicile et les services rendus

	Absence du service ou de professionnels disponibles	Services non adaptés (méconnaissance de la maladie et des handicaps)	Ruptures de service*	Absence de coordination entre intervenants (aide et soins)	Coût et reste à charge trop élevé
France Alzheimer	24 %	34 %	22 %	30 %	54 %
France Parkinson	25 %	28 %	16 %	28 %	47 %
Aidants et malades à corps de Lewy	25 %	45 %	18 %	32 %	59 %
UNAFAM	26 %	31 %	12 %	38 %	14 %
France DFT	20 %	57 %	29 %	43 %	51 %

** absences non remplacées, week-ends et urgences non assurés. Source : résultats des enquêtes élaborées et interprétées en coopération avec les associations d'usagers et d'aidants France Alzheimer (818 réponses), France Parkinson (696), Aidants et malades à corps de Lewy (353), UNAFAM (548), France dégénérescence fronto-temporale (77), mars-avril 2026*

Sur le plan qualitatif, les enquêtes de la Cour ont permis de mettre en évidence une inadaptation des services aux attentes des usagers. La méconnaissance par les intervenants du retentissement des maladies et des handicaps dans le quotidien des personnes aidées, et les postures professionnelles et organisations inadaptées sont signalées de manière nette. Les résultats montrent aussi une forte attente de visites à domicile des médecins, ce qui est un

[54] Fondation petits frères des pauvres, *Mort solitaire : le symptôme ultime de l'isolement social*, 26 janvier 2026.

souhait bien difficile à satisfaire, sauf à développer beaucoup plus largement l'usage du télésoin[55]. Sur un autre plan, les admissions aux urgences et les hospitalisations évitables des personnes fragiles témoignent des dénis de service auxquels elles sont confrontées : les urgences sont en effet les seules structures aujourd'hui qui n'ont pas le droit de récuser les demandes pressantes, comme de nombreuses publications de la Cour l'ont déjà montré[56].

Selon France Travail, 80 % des projets de recrutements d'aides à domicile et d'auxiliaires de vie sont jugés difficiles en moyenne par les gestionnaires de services d'aide (notamment en Bretagne, en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Guyane), contre 64 % pour le recrutement d'aides-soignants (pour lesquels la situation la plus tendue se rencontre en Pays de la Loire et en Corse)[57].

Ces tensions sur le recrutement affectent la répartition théorique des rôles entre infirmiers, aides-soignants, accompagnants éducatifs et sociaux et leurs collègues non qualifiés. En théorie, la prescription médicale peut notifier la réalisation exclusive de certaines activités par des personnels infirmiers, tandis que les actes dits de la vie courante, dont la prise de traitements, peuvent être réalisés par les aides-soignants et les accompagnants éducatifs et sociaux[58]. Concrètement, le principe de nécessité se traduit par une très large sinon systématique indifférenciation des intervenants, réalisation des injections et pansements complexes mise à part (exclusivité infirmière).

Pour les besoins de cette enquête, la Cour a réuni les principales parties prenantes au titre des associations d'usagers et des aidants du handicap et du grand âge, ainsi que des organisations représentant les différents intervenants de l'aide et du soin à domicile. Les constats ont été unanimes sur les difficultés d'adaptation des services aux attentes des usagers, au-delà des seules difficultés de recrutement : indisponibilités récurrentes, accentuées par les horaires atypiques en soirée ou tôt le matin, les week-ends et jours fériés ; *turn-over* des intervenants engendrant une faible continuité, insécurisante pour les usagers ; manque de connaissance des maladies invalidantes et des handicaps. Des associations d'usagers et d'aidants signalent aussi des problématiques de savoir-vivre, de simple politesse, avec des intervenants peu attentifs et confortés par la rareté des alternatives disponibles à leur venue. Mais des organisations d'employeurs et les évènements indésirables signalés aux ARS font aussi état des incivilités voire agressions dont les intervenants peuvent être victimes ou témoins dans leurs interventions (violences intra-familiales).

Une implication beaucoup plus large des associations d'usagers et de leurs aidants dans la promotion de la bientraitance et dans la dynamique d'amélioration de la qualité, fondée sur leur expérience concrète, serait nécessaire pour réduire le décalage entre la réalité actuelle des interventions à domicile et les besoins et attentes des personnes accompagnées. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a indiqué son intérêt pour la valorisation de l'expertise d'usage dans le secteur de l'aide et des soins à domicile, ainsi que *Départements de*

[55] Organisation dans laquelle un infirmier organise, avec l'accord du patient et en sa présence, une téléconsultation avec un médecin.

[56] Cour des comptes, *L'accueil et le traitement des urgences*, novembre 2024 ; Cour des comptes, « Les hospitalisations inadéquates : des parcours de soins à réorganiser, des économies importantes à mobiliser », *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre VIII, mai 2026.

[57] Selon la Défenseure des droits et plusieurs départements, les tensions pour le renouvellement des titres de séjour affectent tout particulièrement les intervenants de l'aide et du soin.

[58] Cette dénomination des accompagnants éducatifs et sociaux regroupe aujourd'hui les professionnels connus jusque-là sous les noms d'aide médico-psychologique (AMP) et d'auxiliaire de vie sociale (AVS).

France. Départements de France et la direction générale des entreprises (DGE) soulignent l'importance à ce sujet d'une démarche pragmatique, compte tenu des difficultés de recrutement, d'une part, et de la nécessité de ne pas alourdir les conditions administratives et financières de l'aide à domicile par de nouvelles formations obligatoires, d'autre part. Par ailleurs, la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle (DGEFP) ont souligné le nombre important de certifications professionnelles déjà existantes.

Ces difficultés d'organisation de formations s'inscrivent en effet dans les contraintes élevées du mode de financement à l'heure de l'aide[59], avec beaucoup d'interventions brèves pour les usagers, menées isolément, et rarement associées à des temps collectifs permettant de soutenir les professionnels dans l'analyse et l'amélioration de leurs pratiques. Les SAAD sont soumis au quotidien à de très fortes contraintes de productivité, pour réduire au maximum le décalage entre le nombre d'heures facturées, en présence des usagers, et le nombre d'heures rémunérées de leurs salariés, et donc le temps inter-vacation « improductif », sans marges de manœuvre. Pour certains SAAD, l'existence de plans d'aide fixant des temps d'intervention de 30 minutes ou de 45 minutes se traduit par une proportion élevée d'interventions courtes : 25 % à 35 % des interventions sont d'une durée inférieure à une heure dans certains départements. Or, la DREES a calculé que le temps de travail réel des aides à domicile - avec les déplacements - doit être réévalué de 38 % au-delà du seul temps en présence de l'usager[60].

L'implication plus large des usagers et de leurs aidants dans la formation des intervenants au titre de l'aide et des soins à domicile, déjà diplômés ou non, pourrait s'inscrire dans les dispositions du cahier des charges applicable aux services autonomie à domicile (SAD) et aux services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)[61], pour promouvoir la bientraitance, et la démarche continue d'amélioration de la qualité des prestations. Cette évolution n'entre pas en concurrence avec les parcours de formation classiques. Les aidants de première ligne, vivant 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 avec les personnes aidées, disposent d'une expérience sans équivalent de la nature des besoins, du retentissement de la maladie, du handicap ou de la perte d'autonomie dans la vie quotidienne des bénéficiaires des services, ainsi que de postures professionnelles adaptées pour leur bientraitance. Les professionnels devraient désormais en bénéficier beaucoup plus largement. Il serait très utile que les usagers et leurs aidants puissent ainsi participer à la formation des professionnels du domicile comme intervenants, et pas seulement pour délivrer des avis sur des programmes de formation, comme l'a indiqué la DGCS à la Cour. Les organismes gestionnaires disposent de nombreuses occasions pour rencontrer les

[59] Un seul département s'était porté candidat à l'expérimentation d'autres modalités de financement des SAAD, prévue par la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie.

[60] DREES, Pauline Culioli (IPP), Florian Jacquetin (IPP), Alexis Louvel, « Les besoins en personnel accompagnant des personnes âgées en perte d'autonomie. Estimation des besoins individuels d'aidants rémunérés et soignants des bénéficiaires de l'APA en fonction du niveau de perte d'autonomie, à domicile et en établissement », *Les dossiers de la DREES*, n° 123, octobre 2024.

[61] Paragraphe 5.2.1 de l'annexe 3-0 pour les SAD du décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023 portant leur cahier des charges ; paragraphe 5.2.3 de l'annexe 3-0-1 pour les SAAD du même décret. Il serait possible après la première phrase de ces deux paragraphes d'insérer la phrase suivante : « *Ces actions comportent une participation, en qualité d'intervenants, d'usagers ou d'aidants des personnes accompagnées à domicile, avec l'appui de leurs associations représentatives.* »

associations représentatives des usagers et des aidants et organiser avec elles une coopération, dans le cadre des instances territoriales de concertation[62].

Sur le plan de l'évaluation qualitative et en coopération avec la Haute Autorité de santé (HAS), la Cour a étudié les résultats obtenus par 603 SAAD, 142 SSIAD et 19 SPASAD[63], depuis la mise en œuvre du référentiel national d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux en mars 2022. Si le référentiel est compris et appliqué dans de bonnes conditions par la majorité des SAAD, SSIAD et SPASAD, deux points sont à souligner :

- les meilleurs résultats sont obtenus globalement par les SPASAD, soit les structures installées de longue date dans un fonctionnement intégré de l'aide et du soin ;
- les résultats du premier décile des SAAD (les résultats des 10 % les moins bons) montrent qu'une proportion significative des SAAD est en grande difficulté dès lors qu'il s'agit de repérage et de signalement des évènements indésirables, d'éducation ou d'accompagnement à la santé ou du plan de gestion de crise et de continuité de l'activité.

De ce point de vue, la réforme des SAD montre à nouveau sa pertinence sur le fond pour faire progresser une culture professionnelle plus intégrée - aide et soin -, en réponse aux attentes exprimées par les usagers de cohérence, de coordination, mais aussi de sécurité.

Une connaissance et une analyse en continu des listes d'attente sont indispensables pour maîtriser l'importance du décalage quantitatif et qualitatif entre les demandes et l'offre disponible : à cet égard, le déploiement de l'outil *ViaTrajectoire*[64] dans les secteurs de l'aide et du soin à domicile, avec la première version d'un module « domicile » en juin 2026[65], offre une perspective bienvenue. Au-delà de l'emploi de cet outil par les demandeurs d'intervention à domicile et par les services qui peuvent y répondre, les données de *ViaTrajectoire* pourront aussi être mobilisées par les ARS et les départements pour mieux connaître les difficultés d'ajustement de la demande et de l'offre d'intervention à domicile, ainsi que pour leur repérer et réguler des refus non justifiables, ou les délais de réponse importants qui en sont synonymes.

Au regard de la présentation de la première version de son module domicile, le 10 mars 2026, le défi pour le groupement de coopération sanitaire (GCS) SARA - concepteur de *ViaTrajectoire* - sera de savoir capter certaines dimensions qualitatives décisives des demandes : existence ou non d'un haut risque vital, spécificité de certains handicaps sévères, particularités des troubles cognitifs et psychiques, existence potentielle de demandes urgentes comme les changements de poches de stomies ou les aspirations endotrachéales, besoins d'horaires atypiques le soir et le week-end, risques d'épuisement des aidants. Pour ce faire, il pourrait aussi s'appuyer sur l'expertise des associations des associations d'usagers et d'aidants.

[62] Les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) ; les conférences territoriales de l'autonomie (CTA) ; les conseils territoriaux de santé (CTS) ; les conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA).
[63] Soit l'ensemble des évaluations clôturées, depuis le début du dispositif jusqu'au 24 octobre 2025, en tenant compte d'un moratoire intervenu pour tenir compte de la charge de travail induite par la réforme des SAD.
[64] *ViaTrajectoire* est une plate-forme électronique du ministère de la santé permettant notamment une mise en relation d'établissements et de services hospitaliers et médico-sociaux demandeurs de solutions d'orientation et de sortie et d'établissements et services en mesure de les admettre, au regard de leurs lits et places disponibles.
[65] GCS SARA, *Le nouveau module domicile dans* ViaTrajectoire, journée numérique du médico-social, 10 mars 2026.

C - Un secteur trop peu contrôlé par les autorités publiques

Les ARS et les départements ont fait preuve par le passé d'une certaine passivité dans la gestion des renouvellements d'autorisation de SSIAD comme de SAAD. Leur activité d'inspection et de contrôle, respectivement concernant les services d'aide et les services de soins à domicile, est très faible. La priorité accordée par les ARS et les départements au contrôle des EHPAD, à la suite du scandale Orpea[66], explique pour une part ce faible investissement des autorités de contrôle et de tarification sur le contrôle des services. La modestie de leurs effectifs affectés à ce secteur et les problèmes d'organisation qui en résultent, de part et d'autre, constituent une explication complémentaire. De ce point de vue, la clarification des responsabilités respectives entre ARS et départements est devenue urgente, afin que chacune des deux composantes puisse redéfinir son organisation et l'affectations d'effectifs en conséquence *(*cf. *infra).*

La direction générale de la concurrence et de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) a mené pour sa part une enquête entre mai 2023 et avril 2024 sur 360 SAAD et a constaté un nombre important de manquements : pratiques commerciales trompeuses concernant la présentation des prix ou la qualification des intervenants, surfacturations diverses, information précontractuelle défaillante, absence de devis ou présence de clauses abusives. 73 % des structures présentaient au moins une anomalie. Si nombre de ces anomalies étaient minimes, plusieurs procès-verbaux pénaux ont été établis pour des surfacturations d'heures de prestation et ont donné lieu à des signalements à l'institution judiciaire pour escroquerie aux aides publiques[67]. Certains de ces procès-verbaux ont notamment concerné la surfacturation d'heures alors que le bénéficiaire était décédé ou encore des interventions fictives s'étalant sur un certain nombre d'années, ou même la facturation de services non réalisés auprès des bénéficiaires.

Les difficultés de gestion de l'APA et de l'aide à domicile : les contrôles par les chambres régionales des comptes des départements du Maine-et-Loire[68] et du Pas-de-Calais[69]

Le département du Maine-et-Loire connaît un taux de recours à l'APA à domicile nettement inférieur à ceux constatés au plan régional et national, qui ne s'explique que pour partie par une densité importante en EHPAD et par un nombre proportionnellement plus important de bénéficiaires de l'APA en établissement. Le taux de réalisation des plans d'aide se situe dans la moyenne nationale en 2024 (72,7 %), mais dès lors qu'un SAAD est retenu par le bénéficiaire, le taux moyen s'élève à 86 %. Le nombre d'inspections-contrôles réalisé par le département est très limité, avec un dispositif d'horodatage qui comporte des risques de fraudes : 72 % des données renseignées en 2024 montrent une coïncidence à la minute près entre la durée prévue des interventions et la durée réalisée. Or les usagers ne savent pas quel volume d'heures a été facturé au département à leur sujet, soit une perte de chances pour la mission de contrôle.

[66] Le groupe Orpea s'est transformé en groupe Emeis en 2024.
[67] Au titre des suites de l'enquête de la DGCCRF, ont été délivrés 141 avertissements, 191 injonctions, 10 procès-verbaux administratifs et 13 procès-verbaux pénaux.
[68] Chambre régionale des comptes Pays de la Loire, contrôle organique du département du Maine-et-Loire, *cahier n° 2 sur le pilotage des dépenses, exercice 2019 et suivants*, rapport d'observations définitives, à paraître.
[69] Chambre régionale des comptes Hauts-de-France, *L'allocation personnalisée d'autonomie à domicile dans le Pas-de-Calais*, évaluation de politique publique, 31 mars 2026.

Au sein du département du Pas-de-Calais, les pratiques d'évaluation des besoins des personnes âgées pour l'attribution de l'APA mises en œuvre divergent, ce qui crée une inégalité entre les personnes âgées en perte d'autonomie : à profils similaires, les niveaux de dépendance définis avec la grille nationale AGGIR et les plans d'aide diffèrent selon les évaluateurs et les territoires. Au surplus, les modalités d'évaluation retenues par le département sont doublement non-conformes à la loi : d'une part, dans deux cas sur trois, l'obligation de réaliser une visite à domicile n'est pas respectée, ce qui obère la capacité à apprécier *in concreto* la situation de la personne âgée ; d'autre part, les réexamens des situations de dépendance sont menés à des intervalles trop irréguliers, puisque 20 % d'entre eux dépassent la durée de cinq ans que s'est fixée le département, alors même que les autres acteurs du secteur, caisses de retraite ou opérateurs, visent, eux, une réévaluation annuelle. Ce faisant, le niveau de dépendance et les besoins des allocataires ne sont pas actualisés, ce qui les prive d'un accompagnement adapté. Par ailleurs et en raison de contraintes budgétaires, le département a mis en place en 2025 deux mesures pour réduire les dépenses d'APA à domicile, en baissant le volume d'aide-ménagère pour 11 000 allocataires, et en procédant à la réévaluation à la baisse du niveau de perte d'autonomie (niveau dans la grille AGGIR) de quelques 2 500 bénéficiaires. Des personnes qui avaient droit à l'APA à domicile s'en trouvent ainsi exclues (déclassement du GIR 4 en GIR 5). Or, au regard des obligations légales en la matière, on ne peut procéder au retrait ou à l'abrogation de la décision d'APA sans réévaluation des situations individuelles des personnes concernées.

III - Un reste à charge variable pour les usagers de services à domicile

Le reste à charge est l'une des principales préoccupations des usagers et de leurs aidants. Il s'inscrit dans un contexte fortement évolutif et complexe. Évolutif car nombre de départements ont désormais décidé de ne plus définir le tarif de l'heure d'aide à domicile et de ne plus couvrir les dépenses autorisées des SAAD habilités à l'aide sociale et tarifés, ce qui est de nature à accroître le reste à charge des usagers. Complexe car le périmètre de calcul du reste à charge est perçu de manière variable par les usagers[70]. Il associe aussi une solvabilisation connue en amont du recours au service d'aide, avec la notification au bénéficiaire d'un plafond de financement par le département d'un nombre d'heures au titre de l'APA ou de la PCH, mais aussi complétée, après l'engagement de la dépense par le bénéficiaire, par l'intervention significative du crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile.

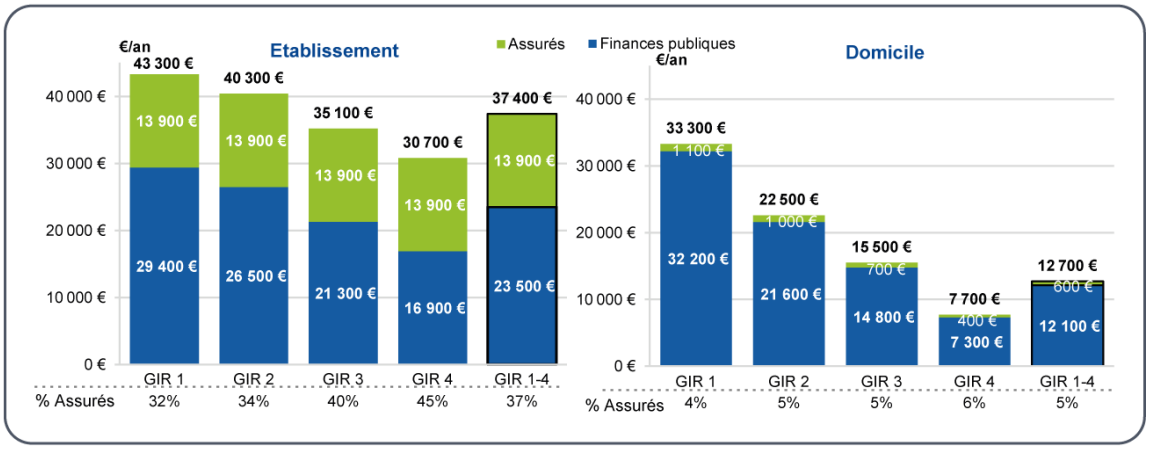
A - Un soutien financier public massif qui limite le reste à charge

Les interventions des SSIAD (soins) sont entièrement prises en charge par la branche autonomie de la sécurité sociale, sans participation des bénéficiaires, de même que la branche maladie prend en charge les interventions des infirmiers libéraux en BSI.

Pour les SAAD, les données nationales montrent que le coût de l'aide au titre de la perte d'autonomie des personnes âgées est fortement pris en charge par les finances publiques.

[70] « Restes à charge invisibles des dépenses liées à la santé chez les personnes malades chroniques, en situation de handicap ou en perte d'autonomie : observations et implications auprès de 3 100 usagers du système de santé recrutés par le biais d'un canal associatif », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 9, 7 avril 2026.

Graphique n° 3 : comparaison du coût annuel moyen par personne et par GIR en 2020, selon une admission en établissement ou un accompagnement à domicile

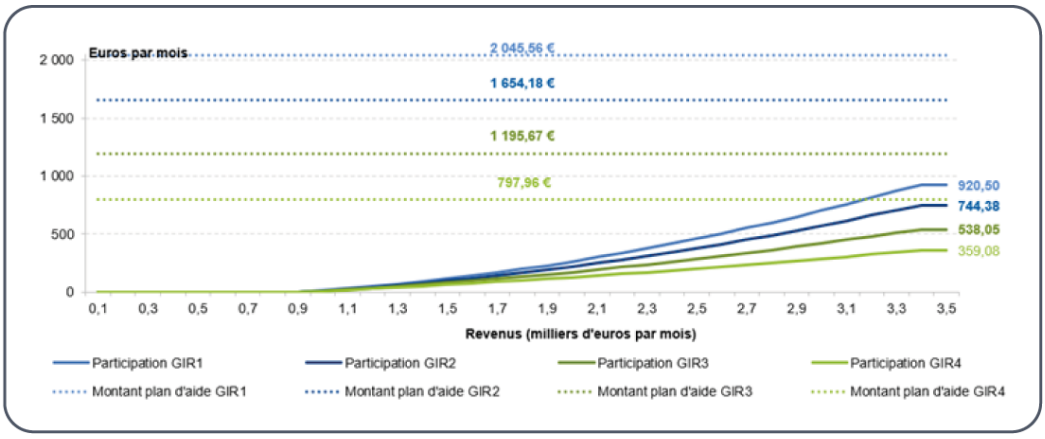


Note de lecture : le coût d'accompagnement d'un bénéficiaire de l'APA évalué en GIR 1 est, en moyenne par an, de 43 300 € en établissement et 33 300 € à domicile, dont respectivement 32 % et 4 % à la charge des assurés. En EHPAD, sont incluses les dépenses au titre des sections tarifaires soin, dépendance et hébergement, hors dépenses de gîte et de couvert, estimées à 90 % du minimum vieillesse (soit 813 € par mois en 2020) ; à domicile, le coût d'accompagnement pour les finances publiques inclut aussi l'allocation personnalisée d'autonomie, le crédit d'impôt, et une partie des dépenses de soins de ville (infirmiers, kinésithérapeutes, etc.).
Sources : direction de la sécurité sociale, à partir de données CNAM, INSEE, CNAF, CNSA, DREES et DSS, Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale - Autonomie - Annexe au PLACSS pour 2025

La comparaison du reste à charge pour une personne âgée entre un accompagnement à domicile et une admission en EHPAD montre que le taux d'effort des usagers est beaucoup plus important en EHPAD.

Les règles actuelles de prise en compte des revenus des bénéficiaires de l'APA jouent leur rôle de répartition très progressive du taux d'effort individuel, qui est nul pour les très faibles revenus et augmente progressivement ensuite.

Graphique n° 4 : montant mensuel restant à la charge d'une personne âgée à domicile en fonction de son revenu et par GIR, en 2024, pour un plan d'aide attribué au plafond, et après intervention du crédit d'impôt



Note de lecture : le plafond du plan d'aide en GIR 1 est de 2 046 € (courbe bleu clair en pointillés), le reste à charge du bénéficiaire est nul pour les plus faibles revenus, et atteint au plus 921 € après crédit d'impôt pour les personnes dont le taux de participation est de 90 % (c'est-à-dire dont les revenus dépassent 3 439,31 € par mois).
Source : direction de la sécurité sociale, Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale - Autonomie - Annexe au PLACSS pour 2025

Pour les personnes en situation de handicap, les règles relatives à la PCH prévoient la possibilité d'une participation financière au titre du patrimoine et non des revenus (cf. annexe n° 9), mais elle n'est pas mise en œuvre par les départements.

Le crédit d'impôt joue également un rôle très important de limitation du reste à charge des personnes âgées ou en situation de handicap. Bénéficiant aujourd'hui à 4,9 millions de foyers qui ont déclaré au moins un service à la personne en 2023, le crédit d'impôt ne concerne que 730 000 bénéficiaires spécifiquement au titre des activités d'aide pour les personnes âgées ou en situation de handicap. Pour ces seuls publics, le montant de dépenses déclaré est de 3,2 Md€, ce qui ouvre droit à un montant de crédit d'impôt de 1,1 Md€, compte tenu des plafonds de dépenses prises en compte. Ce constat permet de conclure à un reste à charge national des personnes âgées ou en situation de handicap après crédit d'impôt de 1,26 Md€, au titre des prestations légales.

Tableau n° 7 : crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile au bénéfice des personnes âgées (PA) et des personnes en situation de handicap (PH) en 2023

	Nombre de foyers (en milliers)	Montant de dépenses déclaré	Montant du crédit d'impôt	Reste à charge
Assistance et aide aux PA et PH	635,6	2,83 Md€	934 M€	1,08 Md€
Conduite de véhicules	5	11,54 M€	3,9 M€	5,7 M€
Accompagnement des PA et des PH	87,7	359,4 M€	115 M€	168 M €
Total	**731**	**3,2 Md€**	**1,1 Md€**	**1,26 Md€**

Note de lecture : le calcul du reste à charge (1,26 Md€) intègre les dépenses totales déclarées (3,2 Md€) par les foyers concernés (731 000), diminué des aides perçues (840 M€ au titre de l'APA, la PCH, le CESU préfinancé) et du crédit d'impôt (1,1 Md€).. Éléments méthodologiques détaillés en annexe n° 5.
Source : DGFIP et INSEE, fichier POTE[71], traitement Cour des comptes, cf. annexe n° 5

Comme le crédit d'impôt couvre environ la moitié des dépenses restant à la charge des personnes âgées ou en situation de handicap après prise en compte des allocations individuelles de solidarité (APA, PCH), son montant est non seulement un indicateur de l'engagement des finances publiques, mais aussi du reste à charge effectif des usagers après e crédit d'impôt.

Une première limite du crédit d'impôt est la contrainte pour les bénéficiaires de l'APA et de la PCH de devoir assumer une sortie d'argent alors même que le bénéfice du crédit d'impôt sera plus tardif, ce qui engendre un risque de non recours. Cette difficulté ne se présente pas en revanche pour les autres employeurs à domicile qui bénéficient immédiatement de l'avance immédiate du crédit d'impôt. L'extension de la contemporanéité du crédit d'impôt aux bénéficiaires de l'APA et de la PCH est programmée pour le 1er septembre 2027[72].

Dans sa réponse aux observations provisoires de la Cour, l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) indique que des difficultés techniques demeurent et pourraient conduire à un nouveau report de la mise en place de l'avance immédiate du crédit d'impôt : de son point de vue, les systèmes d'information actuellement en place entre la CNSA, les départements et les organismes concernés ne permettent pas d'envisager sa mise en œuvre.

[71] Le fichier POTE est établi par l'INSEE, sur la base des données fiscales de la DGFIP. Il permet d'analyser les déclarations fiscales et, pour cette enquête, la nature des motifs de mobilisation du crédit d'impôt.
[72] Article 7 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Ce projet a été dépriorisé dans l'attente d'une confirmation des évolutions des systèmes d'information, l'avance immédiate pour la garde d'enfants étant la priorité sur la période.

L'avance immédiate du crédit d'impôt est cependant un dispositif important pour prévenir le non-recours à l'aide à domicile pour les personnes disposant de faibles revenus ; elle aurait aussi le mérite de rendre plus équitables les conditions actuelles d'accès au crédit d'impôt entre les usagers, fragiles ou non.

Une autre limite du crédit d'impôt est le dépassement de son plafond du fait de l'importance des aides requises à domicile : en effet, 6 % des bénéficiaires de services d'aide, âgés ou en situation de handicap, déclarent des montants supérieurs[73] à leur plafond fiscal, contre seulement 2 % parmi les autres bénéficiaires de services à la personne. Cet écart montre que la dépense d'aide à domicile est bien plus contrainte et incompressible que les autres dépenses éligibles au crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile.

Tableau n° 8 : dépassements des plafonds du crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile en 2023

	Nombre de foyers au-dessus de leur plafond	Dépassement de plus de 1 000 €	Dépassement de plus de 5 000 €	Dépassement de plus de 10 000 €	Dépassement de plus de 30 000 €
Hors personnes âgées ou en situation de handicap	61 682	51 825	28 070	15 131	2 723
Personnes âgées ou en situation de handicap	44 060	39 345	26 000	16 740	5 000

Sources : DGFIP et INSEE, fichier POTE, traitement Cour des comptes
Note de lecture : le crédit d'impôt s'applique sur la base des dépenses déclarées mais dans la limite de plafonds. 5 000 personnes ont connu en 2023 un dépassement du plafond à hauteur de 30 000 €

Parmi les bénéficiaires âgés ou en situation de handicap franchissant leur plafond de crédit d'impôt, 38 % le dépassent de plus de 10 000 € et 11 % de plus de 30 000 €, montants particulièrement élevés. Le paramétrage du crédit d'impôt pourrait être amélioré pour mieux prendre en compte la situation des personnes fragiles avec des besoins d'aide importants, sans toutefois permettre une généralisation de plan d'aides exagérément coûteux par rapport au coût des séjours en établissement[74]. Cela justifie d'étudier des adaptations pour que le crédit d'impôt joue son rôle de garant en dernier ressort d'un montant maîtrisé du reste à charge, mesures qui peuvent être compensées par une réduction de celui dont bénéficient les personnes non fragiles et pour des prestations moins essentielles, afin de se réaliser globalement à coûts constants.

[73] Montant déclaré après déduction des aides perçues pour l'APA, la PCH et le chèque emploi service universel (CESU).
[74] Ces situations ne peuvent être imputées aux usagers et à leurs proches : il revient aux départements qui identifient ces situations lors de leurs évaluations de prioriser les orientations définies par les maisons départementales des personnes handicapées.

B - Un renoncement croissant à l'encadrement des tarifs au risque de réduire l'accès des plus démunis aux services d'aide à domicile

Le secteur de l'aide à domicile a été historiquement construit sur la base d'une offre de services autorisés et habilités à l'aide sociale, d'une part, et de services autorisés mais non habilités, d'autre part. Si l'autorisation est délivrée ou renouvelée par le département pour l'ensemble des services prestataires (SAAD) - il détient à ce titre une compétence d'inspection-contrôle pour l'ensemble des structures -, des différences fortes apparaissent entre services d'aide habilités et non habilités. Le département fixe les tarifs des premiers pour leurs interventions au titre de l'APA et de la PCH, en contrepartie d'une couverture complète des coûts de production du service, du moins en théorie. Pour les seconds, le département ne tarifie pas et n'est engagé budgétairement en aucune manière sur d'éventuels déficits d'exploitation, qui seraient liés à un excès de dépenses ou à un manque de recettes, voire aux deux.

Depuis quelques années, apparaît un triple phénomène, lié à la fois aux difficultés financières des départements, mais aussi aux fortes tensions budgétaires des SAAD :

- une absence de couverture par les départements des dépenses de services habilités et tarifés, ce qui est pourtant la contrepartie de leurs prérogatives de tarification ;
- une nette supériorité du coût de revient horaire des prestataires habilités, par rapport au niveau de l'heure facturée ;
- un mouvement important de déshabilitation des services ou de tarification partielle ou de non-tarification des services habilités (30 départements ont répondu en ce sens à la Cour sur 63, tandis que 10 autres, qui tarifient encore, ont indiqué leur intention d'abandonner cette pratique).

Cette crise du cadre historique de régulation induit des risques de reste à charge plus élevés pour les usagers, et donc de non-recours en tout ou partie à l'aide qui leur est nécessaire. Ce sont des risques auxquels sont exposées les populations les plus pauvres et ayant des plans d'aide importants avec des prises en charge complexes. Cela concerne un effectif limité, mais appelle pour autant la conception de mécanismes protecteurs adaptés.

L'enquête menée par la Cour auprès des départements sur le reste à charge au titre de l'APA établit une moyenne mensuelle de 188 € (médiane à 166 €) pour 36 départements comparables au regard des données reçues. La fourchette la plus représentative (entre le premier et le troisième quartile) se situe entre environ 100 et 280 €. Le taux d'effectivité des plans d'aide de l'APA - rapport entre les heures d'aide effectivement financées et les heures notifiées - constitue aussi un indicateur de la tension entre le souhaitable et le possible, dans l'accès à l'offre comme dans la capacité à prendre en compte les besoins des usagers. L'enquête de la Cour, avec 39 départements comparables, affiche un taux moyen d'effectivité de 73,2 % (et une médiane de 74,1 %) pour 2023[75].

[75] Dans le même sens, une enquête conduite auprès des adhérents de l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) constate qu'en 2022, 74 % en moyenne des demandes adressées au service ont été prises en charge intégralement, 11 % ont été prises en charge partiellement, 10 % ont été refusées et 5 % ont été reportées. Source : IGAS, *Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire,* février 2024.

Les pouvoirs publics et les prestataires sont confrontés à un dilemme délicat : privilégier une modération du reste à charge pour maintenir l'accessibilité des usagers aux services, selon les tarifs fixés par le département ou le prestataire, au risque de fragiliser davantage la santé financière des prestataires ou permettre un niveau suffisant de recettes couvrant le coût de revient des prestataires, au risque de décourager certains usagers si le tarif est trop élevé.

Pour sa part, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), qui est chargée de l'action sociale en direction des personnes âgées évaluées en GIR 5 et 6, a décidé d'éviter ce risque de défaut d'offre en abandonnant sa politique de tarif plafond national, pour ne plus retenir qu'un « tarif de référence », indiquant son niveau de soutien financier. En effet, une enquête avec son réseau des caisses d'assurance retraite et de sécurité au travail (CARSAT) a mis en évidence la difficulté de plus en plus forte pour trouver des prestataires pouvant fonctionner avec son seul tarif plafond. En contrepartie, la CNAV a demandé à être destinataire des tarifs pratiqués, pour assurer l'information de ses affiliés sur le reste à charge. Entre 85 % et 95 % des services ont répondu, et le constat a pu être établi de « *l'absence d'inflation excessive* » dans la politique tarifaire des services d'aide, à la suite de ce changement[76].

Au-delà des constats de la CNAV et des CARSAT, l'existence de deux financeurs et gestionnaires - l'un pour les GIR de 1 à 4 (départements), l'autre pour les GIR 5 et 6 (CNAV) - produit une césure entre les GIR 4 et 5 et des effets de bord, non connus et non maîtrisés à ce stade, voire de fraude. Ceux-ci pourraient prendre tendanciellement plus d'importance, compte tenu du fort vieillissement de la population à venir, et par conséquent de l'augmentation des montants financiers en jeu.

[76] CNAV, point de situation sur l'expérimentation de la tarification des SAD, 16 décembre 2025.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'aide et les soins à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap sont assurés par des services, les SAAD et les SSIAD, les bénéficiaires pouvant aussi opter pour les infirmiers libéraux et l'emploi direct de professionnels pour réaliser les prestations.

Les SSIAD et les SAAD sont autorisés par les ARS pour les premiers et par les départements pour les seconds, chacune de ces autorités assurant le financement des structures dont elle a la charge, en totalité pour les SSIAD, en majeure partie pour les SAAD, par le biais du versement d'allocations individuelles de solidarité notamment (APA et PCH).

La carte des autorisations des services d'aide et de soins à domicile couvre globalement tout le territoire national et permet théoriquement d'assurer les prestations utiles pour les publics qui en ont besoin. Dans la réalité, l'offre proposée se heurte au manque de personnels, plus ou moins marqué selon les territoires. Certains départements souffrent d'un écart sensible entre le potentiel humain et les besoins en heures pour assurer l'aide à domicile, se traduisant par des refus de prise en charge de certains usagers ou de plans d'aide partiellement réalisés. Les usagers se trouvent alors, quand ils le peuvent, conduits à faire appel à des aidants familiaux ou à des professionnels recrutés directement. Cette difficulté se double dans certains départements d'une insuffisance d'infirmiers libéraux pour assurer dans de bonnes conditions les soins à domicile.

Sur le plan financier, les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap voient leur reste à charge principalement couvert par plusieurs dispositifs, contrairement aux résidents des EHPAD. Ainsi, les soins en SSIAD ou donnés par des infirmiers libéraux sont pris en charge en totalité par la sécurité sociale, et l'APA et la PCH comme le crédit d'impôt permettent de couvrir une très grande partie du coût de l'aide à domicile. L'ensemble de ces soutiens publics conduisent les personnes aidées à domicile à participer faiblement au financement des heures d'aide reçue, comparativement au coût que représenterait pour elles un EHPAD, quel que soit leur revenu.

Le dispositif actuel a été remis en question, pour faire face à une augmentation importante dans les prochaines années du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie. L'objectif était de créer des services d'aide à domicile (SAD) regroupant les SSIAD et SAAD, pour offrir des services en complémentarité et de meilleure qualité.

La Cour formule les recommandations suivantes afin de mieux connaître l'offre et piloter son évolution, tant sur le plan quantitatif que qualitatif :

1. *doter d'ici 2027 les départements des données leur permettant d'analyser l'offre à domicile et les restes à charge (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Départements de France) ;*
2. *recenser dès 2026 comme évènements indésirables les refus et les ruptures de prise en charge par les services d'aide et de soins à domicile (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Haute Autorité de santé, Départements de France) ;*

3. *modifier le décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023 portant cahier des charges des SAD et des SAAD en 2026, afin d'intégrer une participation des usagers et de leurs aidants à la formation des intervenants à domicile (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées de France, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Départements de France).*

Chapitre II

Des services de soins infirmiers (SSIAD) historiquement sécurisés sur le plan financier, des services d'aide (SAAD) structurellement fragiles

La deuxième question posée par la commission des affaires sociales du Sénat porte sur les situations financières respectives des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) publics, privés non lucratifs et privés de statut commercial.

La tarification des SSIAD et des SAAD répond historiquement à des logiques différentes : une allocation des ressources par dotation globale pour les SSIAD et une facturation à l'heure pour les SAAD. Malgré une réforme récente de la tarification des SSIAD et des mesures conjoncturelles successives à destination des SAAD, la réforme des services autonomie à domicile (SAD) ne répond pas à la problématique du modèle économique du secteur du domicile, qui demeure fragile. Le cadre budgétaire et comptable, différent selon les structures, ne facilite pas leur rapprochement.

I - Des SSIAD en bonne santé financière

Le modèle traditionnel de tarification des SSIAD connaît actuellement une évolution majeure, en application de l'article 68 de la LFSS 2023, avec la mise en place progressive d'un forfait global de soins destiné à mieux adapter cette tarification à l'activité des services et aux besoins des usagers.

A - Une bonne santé financière des SSIAD reposant sur le modèle de tarification en dotation globale

Le modèle historique de tarification des SSIAD (et des SPASAD pour leur partie soins) a reposé sur le principe d'une allocation de ressources par dotations globales, versées en totalité même si les services n'assuraient pas une activité à la hauteur des prestations attendues. En effet, le calcul de ces dotations reposait uniquement sur la capacité des SSIAD, à savoir le nombre de leurs places autorisées, quel que soit le volume d'activités réalisé et le nombre des usagers effectivement pris en charge. Ce système a permis pendant de longues années à ces services de

bénéficier d'une assise financière sécurisante mais ne favorisait pas une juste adéquation entre les moyens alloués et le niveau des services rendus. Le constat a donc été largement partagé par les autorités et les opérateurs que ce modèle de tarification avait pu entraîner une forme d'incitation à la sous-activité, avec des taux d'occupation modérés voire faibles.

Cette assise financière globalement favorable aux SSIAD peut être illustrée à partir des résultats comptables. Sur l'ensemble des services recensés au cours de l'année 2019, près des deux tiers ont clôturé leurs comptes avec un résultat excédentaire.

Tableau n° 9 : situation financière des SSIAD, selon leur catégorie juridique, entre 2019 et 2024

Statut / Catégorie juridique	Résultat comptable	Total 2019	Pourcentage 2019	Total 2024	Pourcentage 2024
Public territorial	Excédentaire	82	59 %	99	61 %
	Déficitaire	58	41 %	63	39 %
Total public territorial		140		162	
Public hospitalier et médico-social	Excédentaire	228	66 %	258	57 %
	Déficitaire	117	34 %	194	43 %
Total public hospitalier et médico-social		345		452	
Privé à but non lucratif	Excédentaire	562	67 %	616	69 %
	Déficitaire	277	33 %	283	31 %
Total privé à but non lucratif		839		899	
Privé commercial	Excédentaire	11	39 %	22	73 %
	Déficitaire	17	61 %	8	27 %
Total privé commercial		28		30	
Total général		1352		1543	
	Excédentaire	**883**	**65 %**	**995**	**64 %**
	Déficitaire	**469**	**35 %**	**548**	**36 %**

Source : Infocentre Diamant

Cette situation financièrement favorable est particulièrement marquée pour les SSIAD relevant de la fonction publique hospitalière et du secteur privé à but non lucratif et, de manière un peu moins prononcée, pour les services relevant de la fonction publique territoriale. À l'inverse, les SSIAD relevant du secteur privé commercial étaient en 2019 majoritairement déficitaires, même si cette donnée doit être relativisée au regard du faible nombre de services gérés par ce secteur.

En 2024, toutes les catégories juridiques sont, pour chaque secteur pris globalement, désormais excédentaires. La proportion de SSIAD dont les résultats sont excédentaires est quasi-stable, celle de ceux relevant de la fonction publique territoriale et du secteur privé à but non lucratif augmentant légèrement. Enfin, les SSIAD relevant du secteur privé commercial sont pour les trois quarts majoritairement excédentaires, fruit des premiers effets de la convergence tarifaire mise en place depuis 2023 (cf. *infra*).

Cette situation financière favorable dans son ensemble masque des disparités. La dotation globale ne permettait pas de différencier les modalités d'intervention des services, selon qu'intervenaient des aides-soignantes ou des infirmiers, ni selon les modalités d'organisation (interventions le soir, le week-end, etc.). En effet, les mêmes dotations étaient allouées de manière indifférenciée malgré la diversité des modalités d'intervention, de la nature ou de la complexité des prises en charge, notamment en fonction du niveau de perte d'autonomie des usagers. Ainsi, l'accompagnement des personnes avec de fortes pertes d'autonomie était financé à un niveau comparable à celui des personnes ayant une autonomie plus importante, pouvant ainsi ne pas favoriser la prise en charge des cas les plus complexes, voire aboutir à des refus de prise en charge de ces derniers.

C'est la même indifférenciation qui caractérisait ce modèle de tarification selon les zones d'intervention, sans aucune distinction entre elles, qu'elles soient rurales, montagneuses ou au contraire urbaines, et donc sans prise en compte des spécificités territoriales et de leurs conséquences en termes de densité de population et donc de coûts de déplacement. Concrètement, les zones les plus défavorisées en termes d'accessibilité, rurales et montagneuses, ne recevaient pas de compensations financières spécifiques malgré des coûts de déplacement supérieurs.

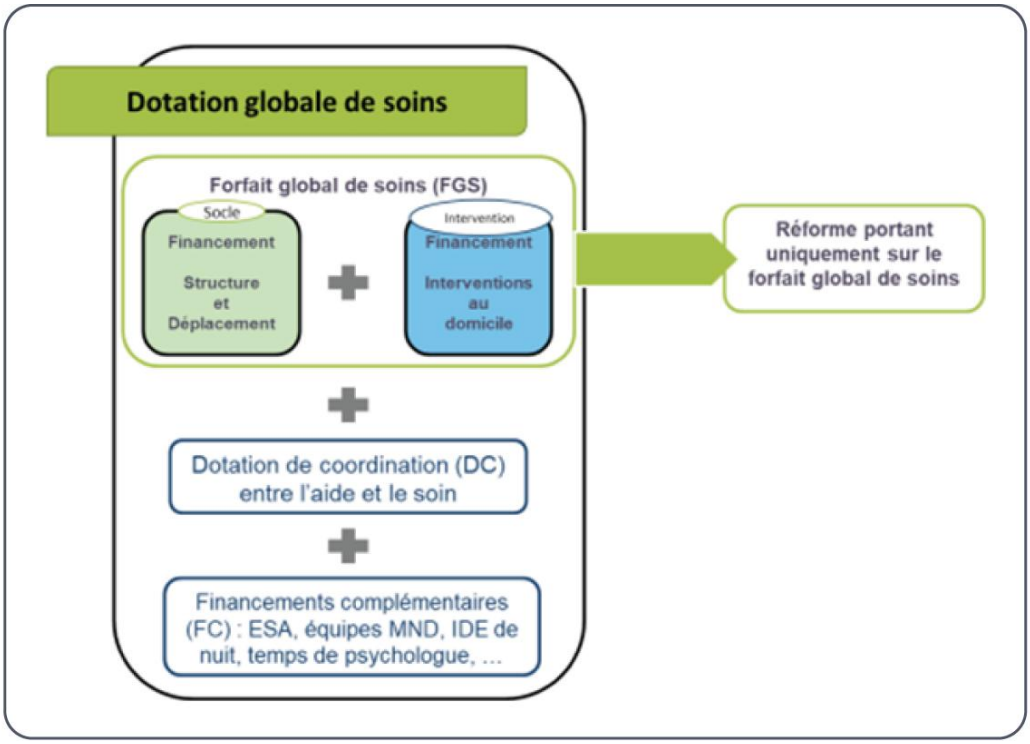
Au-delà des limites précitées de ce modèle de tarification, de nombreuses disparités apparaissent au plan national en termes de coût moyen par place entre les SSIAD. En 2020, selon les données de la CNSA, les coûts moyens par place dans les SSIAD et les SPASAD s'élevaient respectivement à 13 523 € et 13 168 €, mais 10 % de ces services avaient un coût par place inférieur à 10 417 € et 10 % avaient un coût par place supérieur à 16 103 €[77].

B - La montée en charge de la nouvelle tarification des SSIAD mieux corrélée à leur activité réelle

Les nombreuses limites du financement des SSIAD par dotation globale ont conduit à la mise en place de la réforme de la tarification issue de l'article 68 de la LFSS pour 2023, pour une mise en œuvre progressive cette même année, avec l'objectif central d'allouer les ressources financières en fonction de l'activité réelle des services et des besoins des bénéficiaires.

[77] Ces coûts supérieurs à la moyenne nationale sont notamment issus d'expérimentations lancées par certaines ARS de SSIAD dits « renforcés » afin de prendre en compte la lourdeur de la prise en charge des cas les plus complexes et selon des modalités particulières d'interventions (soirs et week-ends).

Schéma n° 1 : le nouveau mécanisme de financement des SSIAD



ESA : équipe spécialisée Alzheimer ; MND : maladies neuro-dégénératives ; *IDE : infirmier diplômé d'État*
Source : CNSA

Le modèle d'allocation de la ressource reste celui de la dotation globale, mais le « forfait global de soins » comprend désormais deux composantes : une « part socle » destinée à assurer le financement des coûts de structure et de déplacement et une part « interventions » permettant le financement des prestations assurées, en tenant compte de leurs caractéristiques auprès des personnes accompagnées. La part « socle » repose toujours essentiellement sur l'ancien modèle de tarification, c'est-à-dire fonction du nombre de places autorisées. Elle prévoit néanmoins la mise en place d'un nouveau forfait « structure » fixé désormais chaque année par arrêté ministériel[78]. En revanche, c'est la part « interventions » qui évolue fortement pour surmonter les défauts de l'ancien modèle de financement. Ainsi, afin de tenir compte de l'enjeu principal de la réforme, à savoir une meilleure adéquation des moyens budgétaires des services aux profils des personnes accompagnées et des soins réalisés, un classement selon les profils des bénéficiaires a été instauré. Pour mieux caractériser l'activité des services, leurs coûts de prise en charge sont modulés en fonction de la nature des interventions et du niveau de perte d'autonomie des personnes accompagnées[79].

[78] L'arrêté du 28 mai 2025 fixe ainsi le forfait annuel de structure et de déplacement à 8 751,09 €, en évolution de 1,7 % par rapport à 2024.
[79] C'est-à-dire le niveau de perte d'autonomie (grille AGGIR pour les personnes âgées déjà utilisée en EHPAD et équivalent pour les personnes en situation de handicap), les interventions les week-ends et jours fériés et l'intervention d'un infirmier.

Ce nouveau modèle instaure neuf profils, un montant de financement hebdomadaire pour chaque profil - appelé « forfait intervention » - étant déterminé chaque année par arrêté ministériel[80]. Schématiquement, pour chaque usager, un forfait est ainsi calculé en multipliant un montant de financement hebdomadaire[81] par le nombre de semaines effectives de prise en charge : c'est le nombre de « semaines-usager ». La part « intervention » du forfait global de soins représente ainsi la somme des forfaits usagers de tous les bénéficiaires du service.

L'autre nouveauté de ce modèle de financement repose sur la création d'une nouvelle dotation dite de « coordination », directement liée à la mise en place simultanée de la réforme des SAD ; cette dotation est en effet allouée à l'ensemble des SSIAD en cours de transformation en SAD mixtes afin d'assurer le financement des moyens humains et des actions permettant la bonne organisation et la cohérence des interventions sur les deux champs (réunions d'équipe, outils de suivi, formation à la coordination, temps dédié à la planification). En 2024 par exemple, 5 M€ ont ainsi été versés aux ARS pour le financement de cette dotation de coordination[82].

Dans le contexte de la réforme, celle-ci suscite beaucoup d'interrogations de la part des représentants des fédérations, tous secteurs confondus, comme des ARS et des départements. D'une part, pour la majorité d'entre eux, les retours de terrain montrent une forte disparité régionale dans le montant de cette dotation versée par les ARS. Certains territoires ont pu en bénéficier, tandis que d'autres n'ont toujours rien perçu. Dans la majorité des cas, les crédits ont été mobilisés en priorité pour accompagner la mise en place du SAD mixte, même lorsque les autorisations ne sont pas encore intégralement délivrées. D'autre part, lorsqu'ils sont versés, ces montants sont considérés comme insuffisants. En effet, le volume de ces crédits ne permet pas de répondre de manière satisfaisante à l'attente forte des opérateurs sur le financement de ce temps « invisible » de coordination alors même qu'il doit permettre la mise en place d'un fonctionnement intégré.

Enfin, l'allocation de ressources des services peut être complétée par des financements complémentaires - qui préexistaient à la réforme -, comme par exemple le financement des équipes spécialisées Alzheimer (ESA) intervenant spécifiquement au domicile des personnes atteintes de troubles modérés de la maladie.

La mise en œuvre de cette réforme s'est effectuée dès l'exercice budgétaire 2023 avec pour cible l'année 2027, date à laquelle le forfait global de soins sera entièrement calculé selon les nouvelles modalités de financement. Une période de convergence a ainsi été mise en place pendant cinq années pour le calcul du forfait global de soins, afin que chaque service évolue progressivement vers son forfait global de soins « cible » ou « projeté ». Les deux premières années de mise en œuvre de cette convergence tarifaire permettent d'ores et déjà, au niveau national, de tirer l'enseignement principal selon lequel une grande majorité de services - 71,6 % - sont gagnants et se situent en convergence positive (28,4 % des services se situant à l'inverse en convergence négative en 2024). Proportionnellement, le secteur privé lucratif dispose de plus de SSIAD en convergence positive (cf. *supra*). Les deux premières années de

[80] Le même arrêté du 28 mai 2025 fixe ces montants forfaitaires hebdomadaires de 49,76 € pour les personnes les moins dépendantes classées en GIR 5-6 et jusqu'à 272,40 € pour les bénéficiaires les plus dépendants classés en GIR 1-2 pour un accompagnement également le week-end et avec l'intervention d'une IDE. Ces forfaits hebdomadaires d'intervention ont évolué de 1,17 % par rapport à 2024.

[81] C'est-à-dire le forfait intervention applicable à cette personne.

[82] 23 M€ avaient été alloués en 2023 pour le financement de la dotation de coordination, allouée en fonction du nombre de places autorisées de l'année N-1 et d'un ratio calculé des activités entre l'aide et les soins, donc de l'organisation du service à un moment déterminé.

mise en œuvre de cette réforme ont également permis de vérifier que 40 % du forfait global de soins « projeté » par place est expliqué par les principaux facteurs suivants : le taux d'occupation (19 %), le GIR (11 %) et enfin le nombre de passage par semaine (6 %)[83]. Ces premières tendances - notamment liées à l'évolution de la file active des SSIAD - tendent à montrer que la réforme commence à produire les effets attendus : désormais, le niveau des forfaits correspond bien à des niveaux d'activité réels et à des prises en charge plus complexes, avec la réserve que les contrôles de sincérité des déclarations d'activité n'ont pas encore pu être lancés, faute de ressources à la CNSA et en ARS.

La réforme de la tarification a bénéficié d'un soutien financier important dès la première année de sa mise en place en 2023 pour un accompagnement global de 229 M€[84] au total d'ici 2027. Ces crédits supplémentaires, selon le principe de la convergence tarifaire, augmentent les dotations versées aux SSIAD et aux SPASAD pour leur permettre d'accompagner des personnes ayant des besoins en soins importants et une perte d'autonomie élevée.

Tableau n° 10 : financement[85] des SSIAD en 2023

	Forfaits globaux de soins	Financements complémentaires pérennes	Financements complémentaires non pérennes
Enveloppes	2 Md€	173 M€	48 M€

Sources : CNSA et DGCS

Les SSIAD en convergence positive prennent en charge des bénéficiaires plus dépendants qui requièrent davantage de passages le week-end, avec parfois plus de passages d'IDE. La convergence négative est, en revanche et logiquement, synonyme d'un accompagnement de bénéficiaires plus autonomes, avec moins de passages le week-end. Il se confirme donc que ce nouveau modèle de tarification favorise les SSIAD prenant en charge des personnes avec des pertes d'autonomie plus prononcées et nécessitant plus de soins.

II - Des SAAD en situation précaire malgré un soutien financier public important

L'analyse de la situation économique et financière des SAAD en révèle la fragilité chronique. D'une part, quel que soit le statut juridique de la structure, les coûts de revient sont structurellement supérieurs aux tarifs applicables. D'autre part, les conditions salariales y sont plus précaires que dans tous les autres secteurs de l'aide à domicile. Enfin, les marges de manœuvre sont contraintes et ne permettent pas le développement économique attendu pour faire face au choc démographique.

[83] Les 4 % restants sont représentés par les prises en charge pour diabète, le taux de passage des infirmiers salariés en semaine et le taux de passage le week-end.
[84] Sources : CNSA et agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).
[85] Les forfaits globaux de soins résultent de l'équation tarifaire mise en place par la réforme de 2023 et comprennent également d'éventuelles majorations fixées au niveau national. Les financements complémentaires pérennes (équipes spécialisées Alzheimer, certaines revalorisations salariales, etc.) sont contractualisés avec les ARS.

A - Des charges pour l'essentiel salariales que peinent à couvrir des tarifs encadrés et les multiples dispositifs de compensation

Un SAAD est un organisme dont le modèle économique repose sur la facturation à l'heure de ses prestations. Ce tarif unitaire est censé couvrir non seulement ses charges d'intervention, variables selon le volume d'activité, mais aussi ses charges fixes. Un SAAD est essentiellement financé par le département dans lequel il intervient et, pour partie, par les bénéficiaires au domicile desquels il délivre une prestation.

Comment un SAAD est-il financé ?

Les recettes d'un SAAD proviennent principalement de trois sources : le département, le bénéficiaire et, pour certaines structures, l'intercommunalité ou le centre communal d'action sociale dont elles dépendent. Selon le choix du département d'adopter ou non une politique d'habilitation à l'aide sociale et de tarification, deux schémas de financement sont à distinguer.

- Dans un département qui habilite et adopte une politique de tarification, le prix de l'heure facturée au bénéficiaire est un tarif arrêté par le département et opposable au SAAD. L'essentiel de sa prestation est financé par le département au titre de l'APA et de la PCH, le bénéficiaire pouvant être appelé à verser une participation financière. En sus du tarif administré, le SAAD peut percevoir une compensation budgétaire au titre de « l'avenant 43 » (revalorisation salariale de 15 % en moyenne prévue par la convention collective nationale de la branche de l'aide à domicile concernant les associations, dite « CCN branche aide à domicile » depuis octobre 2021) et, le cas échéant, une dotation complémentaire qualité (DCQ) après appel à candidature et signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Devant les difficultés financières des SAAD, certains départements les ont autorisés à augmenter le reste à charge des usagers[86].
- Dans un département qui a renoncé à l'habilitation ou à la tarification administrée, le prix de l'heure facturée est librement déterminé par le SAAD. Le coût de sa prestation est partiellement pris en charge par le département, lequel applique au nombre d'heures défini par le plan d'aide notifié à l'usager un tarif de référence, non opposable au SAAD et qui ne peut être inférieur au plancher national (appelé « tarif socle » révisé annuellement : 23,50 € de l'heure en 2024, 24,58 € de l'heure en 2025, 25 € en 2026). L'écart entre le tarif appliqué et le tarif de référence du département est facturé au bénéficiaire (reste à charge « légal » qui s'ajoute à la participation du bénéficiaire selon le barème national). La dotation complémentaire qualité et la couverture de revalorisations salariales (notamment l'avenant 43 de la convention collective de la branche de l'aide à domicile) peuvent également être versées par le département selon la politique conduite.

La participation financière du bénéficiaire (ou « ticket modérateur ») est fixée par un barème national (cf. annexe n° 9).

Les charges d'un SAAD sont essentiellement salariales (qui représentent 75 à 85 % de son chiffre d'affaires).

Une étude nationale de coûts a été engagée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), mais ses résultats ne seront pas connus avant le deuxième semestre 2027. Deux études conduites par les principales fédérations associatives du secteur,

[86] Augmentation de manière directe avec des compléments tarifaires (reste à charge dit « extra-légal »), ou indirecte avec facturation de « frais administratifs » ou « frais de dossier », quoiqu'interdits par la réglementation depuis 2023 (article D. 311-0-4-1 du code de l'action sociale et des familles), voire autrement par la fixation de durées minimales d'intervention (de trois quarts d'heure ou une heure).

l'association d'aide à domicile en milieu rural (ADMR) et l'union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA), documentent la principale caractéristique économique du secteur : le sous-financement structurel des SAAD[87].

Sur les 62 fédérations tarifées de l'enquête ADMR, 57 ont renseigné à la fois les valeurs de coût de revient et de tarif pour 2024. Le tarif départemental moyen de l'APA est égal à 25,18 € de l'heure et le coût de revient moyen à 32,01 € de l'heure, soit un écart moyen de 6,83 € de l'heure : le tarif moyen administré ne couvre donc que 78,8 % du coût de revient. Cet écart n'a été que partiellement réduit par l'empilement de mécanismes compensatoires (relèvement du tarif socle, revalorisation salariale prévue par l'avenant 43 de la convention collective nationale de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile, dotation complémentaire qualité, voire crédits d'urgence). Hors dotation complémentaire qualité et hors subventions d'exploitation éventuelles, la valeur moyenne du déficit déclaré par les fédérations ADMR tarifées est égale à 2,90 € de l'heure, qui correspond au déficit de 6,83 € de l'heure compensé par les revalorisations salariales prévues à l'avenant 43 et à d'autres avenants complémentaires, à hauteur de 3,93 € de l'heure en valeur moyenne sur cet échantillon de 57 fédérations ADMR[88].

La dispersion tarifaire départementale porte un autre enseignement : le tarif administré varie de 23,50 € de l'heure à 32,15 € de l'heure, soit un écart relatif de 37 % pour des prestations censément identiques et des services soumis à la même convention collective.

Entre 2023 et 2024, le coût de revient moyen a progressé de 7,38 % (de 29,81 à 32,01 € de l'heure) tandis que le tarif départemental moyen ne progressait que de 4,1 % : l'effet de « ciseau » s'est élargi de 3,3 points, illustrant le retard et l'insuffisance chroniques de la compensation par financement public de l'évolution réelle des coûts.

Le reste à charge pour le bénéficiaire est en croissance. Pour les services non tarifés, il est passé de 6,67 à 8,47 € de l'heure entre 2023 et 2024 et, pour les services tarifés, de 4,21 à 5,07 € de l'heure. Cette évolution montre la nature de ce modèle économique, qui ne peut survivre sans une participation financière croissante de l'usager malgré les efforts successifs de relèvement de la part des financements publics.

Le référentiel ARGOS 2023 de l'UNA établit un coût complet moyen de 33,73 € de l'heure, en hausse de 40 % par rapport à 2019 (24,16 € de l'heure). Le coût du personnel intervenant représente 22,72 € de l'heure en 2023. Cumulé avec le personnel non intervenant (5,21 € de l'heure) et les charges salariales imputées aux temps de déplacement entre les interventions (1,19 € de l'heure), il établit la masse salariale totale à 29,12 € de l'heure, soit 86,3 % du coût complet.

Les déplacements entre les domiciles des usagers sont effectués le plus souvent avec un véhicule personnel : le secteur est structurellement exposé aux variations du prix des carburants, dont la hausse de 2021-2022 a fragilisé les comptes des structures et dont la nouvelle remontée fin avril 2026 fait de nouveau peser un risque sur leur équilibre économique. Les intervenants sont directement touchés par ces variations et ne sont que partiellement couverts par les

[87] Enquête ADMR pour l'année 2024 portant sur 62 fédérations tarifées sur 88 répondantes ; référentiel ARGOS UNA portant sur 180 structures, série temporelle 2019-2023 et indicateurs bilanciels.

[88] Ce déficit est calculé « hors dotation complémentaire qualité » mais tenu compte de l'avenant 43 : ce dernier est universel et systématique, alors que la dotation complémentaire qualité (que quatre fédérations chiffrent à zéro en 2024) est discrétionnaire et relève des prérogatives du président du conseil départemental.

indemnités kilométriques[89]. La hausse des charges entre 2022 et 2023 (8,8 %) tient principalement à la revalorisation du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC), de 5,44 %, et à la rétroactivité, sur cinq mois, de l'avenant 54[90] à la convention collective de la branche de l'aide à domicile (agréé en mai 2023 avec une prise d'effet au 1er août 2022).

Le maintien à flot des structures associatives repose de plus en plus sur des financements non pérennes et inégalement distribués selon les territoires et les organismes gestionnaires. L'état bilanciel confirme cette fragilité : 17 % des structures ayant renseigné leurs indicateurs présentent des fonds propres négatifs et la liquidité immédiate moyenne est tombée à 1,12[91].

Tableau n° 11 : les déficits structurels dans l'enquête ADMR 2024 et dans le référentiel ARGOS UNA 2023

En € / heure	Enquête ADMR 2024 (valeurs moyennes)	Référentiel ARGOS UNA 2023 (valeurs moyennes)
Tarif APA	25,18	24,77
Coût de revient ou coût complet	32,01	33,73
Écart brut entre le tarif et le coût	**-6,83**	**-8,96**

Sources : enquête ADMR 2024, Référentiel ARGOS UNA 2023 ; valeurs sur 57 fédérations ADMR et 180 personnes morales gestionnaires de l'UNA

Le référentiel ARGOS consacre un focus aux SAAD gérés par des collectivités publiques (CCAS, CIAS). Leur coût complet s'établit à 34,25 € de l'heure, leur baisse d'activité est plus marquée (5,7 % entre 2022 et 2023) et le déficit brut par rapport au tarif moyen issu des prestations (25,79 € de l'heure) atteint 8,46 € de l'heure. Ce différentiel par rapport aux structures associatives privées, en dépit d'avantages sociaux et fiscaux importants (non assujettissement à la taxe sur les salaires et à la taxe sur la valeur ajoutée des SAAD gérés par les CCAS et CIAS) et des subventions d'équilibre versées par les collectivités, s'explique pour partie par la prise en charge des salaires pendant les absences d'agents titulaires (qui concerne aussi la fonction publique hospitalière) et par des modalités de revalorisation salariale distinctes de celles du secteur privé à but non lucratif[92]. L'analyse des comptes des SAAD publics gérés par des CCAS effectuée par les juridictions financières montre qu'en 2024, le cumul des subventions d'exploitation représentait 15,2 % de leurs produits. 45,1 % des services étaient déficitaires, 30,1 % présentaient un fonds de roulement négatif et 77 % avaient un fonds de roulement inférieur à 60 jours de charges courantes.

[89] À titre d'exemple, les deux derniers ajustements conventionnels dans la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile ont fait passer l'indemnité kilométrique de 0,35 € par kilomètre (gelée depuis 2008) à 0,38 € par kilomètre en 2022 par avenant agréé et étendu par arrêtés du 19 août 2022 et du 31 mars 2023, puis à 0,40 € par kilomètre par l'avenant 76/2026 du 24 mars 2026, agréé par arrêté du 28 mai 2026.

[90] L'avenant 54/2022 du 5 octobre 2022 de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile fait passer la valeur du point de 5,62 € à 5,77 € et l'avenant 75/2026 du 24 mars 2026 agréé par arrêté du 28 mai 2026 a consisté en une revalorisation des coefficients de la grille de 11 points.

[91] Ce chiffre signifie que les structures disposent juste au-dessus d'1 € de disponibilités pour 1 € de dettes à court terme. Dans un secteur où les charges salariales représentent plus des trois quarts du chiffre d'affaires et sont quasiment proportionnelles au volume d'activité, ce ratio ne laisse aucune marge de manœuvre face à un aléa de trésorerie.

[92] À cette segmentation selon les statuts se superpose une segmentation selon les territoires d'intervention : les structures à but lucratif tendent à privilégier les zones urbaines denses et les publics solvables, les autres structures assurent l'essentiel de la présence dans les zones rurales, parfois en compensant les déficits territoriaux par une activité dans des zones plus solvables (étude de l'ADEDOM, octobre 2025).

L'exemple de la Martinique

En Martinique, cette grande fragilité du modèle économique des SAAD met en péril l'effectivité du service public. L'île sera la collectivité la plus âgée de France en 2050 (les plus de 60 ans y représenteront plus de 30 % de la population et 43 % dans 20 ans). L'activité du « SAAD Alliance » (90 salariés, 100 000 heures d'intervention par an)[93] est indispensable au maintien à domicile de nombreuses personnes âgées dans le sud et le centre de l'île. Ce service souffre d'un passif antérieur à l'année 2021 de près de 0,5 M€ que la gestion ne parvient pas à compenser, faute d'avoir maîtrisé ses charges. Ces difficultés ont entraîné son placement sous redressement judiciaire par le tribunal de Fort-de-France à compter de l'année 2024.

La fragilité de ce modèle économique n'est toutefois pas l'apanage des structures privées à but non lucratif ni des structures publiques[94]. L'examen des données de l'association pour la gestion du régime de garantie des créances des salariés (AGS)[95], qui intervient en cas de défaillance des employeurs pour régler les sommes dues à leurs salariés, montre que le nombre d'affaires ouvertes dans le secteur de l'aide à domicile a plus que doublé entre 2014 et 2021, passant de 55 à 128, avant de revenir à 89 sur les neuf premiers mois de 2025. Rapporté aux défaillances tous secteurs confondus, le poids du secteur[96] dans les affaires ouvertes par l'AGS est en hausse continue entre 2020 et 2024 où il s'établit à 0,50 %[97]. Le nombre de salariés bénéficiaires de la garantie de l'AGS dans le secteur de l'aide à domicile a crû lui aussi fortement entre 2022 et 2024 : 1 913 salariés concernés en 2022, 5 120 en 2023, 8 902 en 2024. Le pic de 2024 représente 3,61 % des bénéficiaires tous secteurs confondus. La progression du ratio dépasse celle du nombre de dossiers, traduisant un accroissement de la taille moyenne des structures touchées par des procédures collectives.

B - Des conditions salariales précaires pour les salariés des SAAD

La fragilité du modèle économique des SAAD va de pair avec des conditions de travail et salariales tendues, ce qui se vérifie dans les données de la déclaration sociale nominative (DSN) pour 2025 issues de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Les personnels placés au contact des publics fragiles, parmi l'ensemble des personnels travaillant dans le service à domicile, sont surexposés à la précarité.

Sur les 823 723 contrats actifs de salariés dans l'année relevant de l'ensemble des services à domicile, 244 177 comportent une rémunération de personnels au contact de publics fragiles dont la distribution apparaît dans la base de données statistiques de la DSN sur des critères de modalités du temps de travail, de nature du contrat, de tranche d'âge et de nombre d'employeurs.

[93] Chambre régionale des comptes Guadeloupe, Guyane et Martinique, *Le service à domicile « Alliance »*, à paraître.
[94] D'après les données de la Banque de France portant sur les entreprises du secteur privé à but lucratif, le taux de défaillance dans le secteur de l'aide à domicile (4 %) est près du double du taux de défaillance moyen, tous secteurs confondus, dans l'économie française (2 %).
[95] L'AGS intervient à titre subsidiaire dans les procédures collectives pour garantir le paiement des créances salariales lorsque l'employeur est défaillant, lors des redressements judiciaires ou après une liquidation.
[96] Secteur correspondant au code NAF 8810A. Il comprend les entreprises privées à but lucratif et les associations exerçant l'activité de l'aide à domicile.
[97] Source : AGS, situation au 30 septembre 2025, NAF 8810A.

Tableau n° 12 : caractéristiques de l'emploi dans l'aide à domicile au contact des publics fragiles en 2024

Indicateur	Nombre de contrats	Salaire moyen par tête (pondéré)* (€/mois)	Part au contact des publics fragiles**
Modalité de temps de travail			
Temps plein	355 457	2 192	12 %
Temps partiel	435 168	1 301	41 %
Nature du contrat			
*CDI de droit privé (présence annuelle moyenne : 8,1 mois) ****	395 360	1 772	30 %
*CDD de droit privé (présence annuelle moyenne : 1,6 mois) ****	336 012	970	16 %
Fonction publique	76 815	2 087	1 %
Tranche d'âge			
Moins de 30 ans	217 702	1 369	25 %
30 à 49 ans	335 228	1 764	22 %
50 ans et plus	266 533	1 790	26 %
Multi-employeurs parmi les seuls salariés au contact de publics fragiles			
Un employeur unique (du secteur)	101 328		86,7 %
Deux employeurs (du secteur)	13 029		11,1 %
Trois employeurs et plus (du secteur)	2 514		2,2 %

** Le salaire moyen par tête rapporte les masses salariales brutes versées par l'ensemble des employeurs au nombre de salariés en personnes physiques. Dans les données de l'ACOSS, cet indicateur est adapté à une logique « par mois travaillé » plutôt que « par tête » : il est rapporté au temps de présence effective.*
*** Mesure la fraction de la rémunération totale versée, selon un indicateur donné, au titre de l'activité au contact de publics fragiles. Par exemple, 25 % de la rémunération totale des moins de 30 ans (du secteur de l'aide à domicile) est versée à des salariés travaillant au contact de publics fragiles.*
**** Cette durée moyenne de 8,1 mois pour les CDI est à comprendre comme suit : un CDI commencé avant 2024 et toujours actif toute l'année 2024 contribue pour 12 mois, un CDI commencé en août 2024 contribue pour cinq mois, un CDI interrompu en mars 2024 contribue pour trois mois.*
Source : ACOSS, statistiques DSN 2025

Le principal enseignement de ces données est l'exposition structurelle des personnels travaillant au contact des publics fragiles à trois critères de précarité de l'emploi.

En premier lieu, les salariés à temps partiel représentent 52,8 % des contrats du secteur mais 41 % de leur rémunération provient de l'activité au contact des publics fragiles, contre 12 % pour les temps pleins. Les CDD représentent 40,8 % des contrats mais leur durée annuelle moyenne est de 1,6 mois, contre 8,1 mois pour les CDI, qui concentrent à eux seuls 94,5 % de la rémunération des personnels au contact des publics fragiles[98].

[98] ACOSS, statistiques DSN 2025.

En deuxième lieu, les « aides à domicile, aides ménagères, travailleuses familiales », qui correspondent aux premiers échelons des nomenclatures professionnelles, représentent 47,8 % des contrats et 49 % de la rémunération des personnels au contact des publics fragiles, soit la part la plus élevée de tous les segments de professions et catégories socioprofessionnelles du secteur de l'aide à domicile.

En troisième lieu, le salaire moyen par tête des salariés à temps partiel (1 301 € par mois) est inférieur de 891 € à celui des salariés à temps plein (2 192 €). Celui des CDD (970 € par mois) est inférieur de 802 € à celui des CDI (1 772 €). Celui des moins de 30 ans (1 369 €) est inférieur de 410 € à celui des 50 ans et plus (1 779 €). Dans chacune de ces ventilations, les plus bas salaires correspondent à la plus forte part de la rémunération affectée aux personnels travaillant au contact de publics fragiles.

Enfin, les femmes représentent 92,5 % des contrats associés à des interventions auprès de personnes âgées ou en situation de handicap dans le périmètre étudié de l'aide à domicile, soit six points de plus que leur part dans l'ensemble des contrats du secteur (86,4 %).

Ces critères sont, de plus, cumulatifs : un intervenant du secteur de l'aide à domicile pris dans sa globalité est beaucoup plus souvent une femme à temps partiel, en CDD, relevant de la catégorie socioprofessionnelle des employés et moins bien rémunéré, s'il travaille au contact de publics fragiles.

La comparaison entre les structures de l'aide et les structures médico-sociales spécialisées intervenant aussi à domicile[99] est instructive : le salaire moyen par tête est égal à 1 556 € dans un cas contre 2 194 € dans l'autre, le taux de temps partiel atteint 64 % contre 28 %, la part des salariés en emplois multiples est de 10 % contre 5 %. Ces données reflètent la nature des activités : interventions courtes et morcelées exercées par une main-d'œuvre peu qualifiée dans un cas, accompagnement continu par des professions intermédiaires socio-éducatives et paramédicales à temps plein, dans l'autre.

Cinq conventions collectives nationales[100] et deux statuts de droit public (fonction publique hospitalière et fonction publique territoriale) s'appliquent aux personnels du secteur de l'aide à domicile au contact de publics fragiles, ce qui ne facilite pas les rapprochements en vue de constituer un SAD. Ces sept cadres conventionnels adoptent des bases de calcul différentes dès le premier échelon, seule la convention collective nationale des particuliers employeurs porte la durée hebdomadaire de travail à 40 heures, les régimes de primes relèvent de logiques hétérogènes et la reconnaissance du diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (DAES) ouvre un palier « diplômé » selon une architecture propre à chaque grille. Dans six de ces sept cadres, le minimum conventionnel ou indiciaire est inférieur au SMIC en 2026 et ce tassement atteint le grade de DAES dans l'un d'entre eux (la CCN dite « 51 » prévoit un coefficient de 376 au grade d'aide-soignant titulaire du diplôme d'État d'aide-soignant ce qui correspond à un salaire de 1 722,08 €, inférieur de 145 € au SMIC compte tenu de la

[99] Dans les données de l'ACOSS, les structures d'aide sont les services d'aide autorisés (SAA) qui correspondent aux SAAD, les services autonomie aide et soins (SAAS) qui correspondent aux SAD mixtes et les services d'aide-ménagère à domicile (SAMD) qui sont une catégorie de SAAD : ces structures représentent 274 900 contrats pondérés par les mois de présence ; les structures sociales et médico-sociales spécialisées sont les SAMSAH, les SESSAD et les SAVS : elles représentent 66 600 contrats pondérés par les mois de présence.

[100] Celle de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD) ; celle de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 (CCN 66), celle des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951 (51 FEHAP), celle des entreprises de services à la personne (SAP) du 20 septembre 2012 et celle des particuliers employeurs.

revalorisation au 1er juin 2026). Il en résulte une harmonisation forcée par le SMIC, révélatrice des efforts considérables qui restent à fournir pour améliorer l'attractivité du secteur et permettre plus aisément des fusions d'entités juridiques soumises à des conventions collectives très différentes.

C - Un modèle économique fragile avec des marges faibles pour un secteur encore peu concentré

Le secteur de l'aide et des soins à domicile se caractérise par un modèle économique fondé sur un volume important de prestations standardisées à très faible taux de marge unitaire. Ce secteur a plusieurs caractéristiques structurelles : une intensité élevée en main-d'œuvre de personnels majoritairement peu qualifiés, dont la rémunération constitue la majeure partie des charges d'exploitation ; une faible intensité capitalistique[101] ; des tarifs encadrés voire fixés par l'administration plutôt qu'établis sur la base du coût de revient réel, avec une révision tarifaire qui intervient avec retard par rapport aux hausses de coûts ; une réponse sectorielle qui, lorsqu'elle est possible, passe par le regroupement de structures.

Mais, contrairement à d'autres secteurs comparables (comme la restauration collective et l'hygiène-propreté), le secteur de l'aide à domicile n'a pas la possibilité d'ajuster le tarif unitaire aux coûts de revient réels, ni de réaliser aisément des mutualisations de charges fixes par des regroupements de structures. Ces deux leviers sont structurellement difficilement mobilisables par les SAAD autorisés : le tarif est fixé par un arrêté départemental annuel ou contractuellement avec l'usager[102], et parfois complété par les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), sans lien avéré avec les coûts de revient réels par ailleurs mal connus. Par ailleurs, les périmètres géographiques des autorisations et leurs conditions de délivrance contraignent les regroupements.

Le déficit structurel des SAAD n'est donc pas le résultat d'une mauvaise gestion sectorielle (même si elle reste la cause de certaines défaillances), mais plutôt la conséquence logique d'un marché largement administré dont les évolutions règlementaires sont décalées par rapport aux situations économiques réelles. Tel est également le cas de l'ingénierie administrative requise par la réforme actuelle des services autonomie à domicile, mobilisant un coût et un temps disproportionnés face aux enjeux véritables d'amélioration des services rendus aux usagers, d'autant que l'obligation de faire coïncider les territoires d'intervention pour l'aide et les soins a eu pour effet de morceler plus encore les autorisations délivrées aux organismes gestionnaires de services d'aide à domicile.

Les données issues du fichier FARE (données individuelles comptables), établi par l'INSEE, complètent l'analyse de la situation économique de ces structures.

[101] Cela correspond à un besoin très limité en immobilisations corporelles pour démarrer ou exploiter l'activité, qui conduit à des fonds propres structurellement réduits, rendant les structures très vulnérables aux aléas de trésorerie.
[102] Tarif contractuel soumis ensuite à un taux d'évolution annuel maximal défini par un arrêté du ministère chargé de l'économie et des finances.

Tableau n° 13 : principaux indicateurs économiques des SAAD du secteur privé commercial 2019-2023[103]

Indicateur FARE 2023	2019 (2 474 entreprises)	2023 (2 651 entreprises)
Effectifs valeur médiane	15 [2 ; 44]	19 [4 ; 52]
CA valeur médiane (en milliers d'euros)	561 [100 ; 1530]	707 [162 ; 1971]
Frais de personnel (en % du CA, valeur médiane)	77 % [89 %, 56 %]	78 % [92 %, 54 %]
Taux de rentabilité commerciale (EBE en % du CA)	3 % [- 9 % ; 12 %]	3 % [- 12 %, 12 %]
Taux de rentabilité opérationnelle (résultat d'exploitation en % du CA)	2 % [- 8 % ; 12 %]	2 % [- 13 % ; 12 %]
Part d'entreprises à rentabilité économique négative	28 %	32 %

CA : chiffre d'affaires ; EBE : excédent brut d'exploitation.
Sources : FINESS janvier 2024, INSEE, FARE (données ESANE - Élaboration des statistiques annuelles d'entreprises) et LIFI, traitements Cour des comptes

La combinaison d'une marge nette médiane de 2 % et d'une structure de coûts dominée à 78 % (en valeur médiane) par des frais de personnel aboutit à un fonds de roulement structurellement très faible. Selon l'INSEE[104], une insuffisance de liquidités augmente la probabilité de défaillance des très petites entreprises de 80 % ; la présence de fonds propres négatifs la multiplie par trois. Dans un secteur où les charges salariales sont quasi-intégralement proportionnelles au volume d'activité, le moindre retard de perception des recettes (retard de paiement du département, non-remplacement d'un salarié en arrêt de travail, perte d'un bénéficiaire important, etc.) peut suffire à rendre la trésorerie négative.

L'excédent brut d'exploitation rapporté au chiffre d'affaires reste entre 2 % et 4 % quelle que soit la taille de l'entreprise ; la valeur médiane est stable à 3 % sur la période 2019-2024. La taille n'améliore donc pas la rentabilité unitaire, elle ne protège pas de la défaillance mais elle en diminue le risque en modifiant le seuil de rentabilité[105]. La rentabilité économique apparente des SAAD constitués en groupe est mécaniquement amplifiée par la faiblesse des actifs nets et donne une image flatteuse de la santé financière qui ne correspond pas à la réalité opérationnelle. La marge nette, de 2 %, en est un indicateur plus représentatif[106].

Cependant, l'émergence de groupes régionaux et nationaux d'aide et de soins à domicile tempère l'image d'un secteur totalement atomisé. 55 % des SAAD et SSIAD du secteur privé commercial sont organisés en groupes au sens des critères observés dans la base de données

[103] FARE couvre 95 % du secteur privé commercial mais seulement 4 % du secteur public et à but non lucratif. L'analyse, portant sur 2 651 entreprises, inclut les entreprises du secteur public et du secteur privé à but non lucratif que contient FARE (mais qui représentent seulement 5 % de l'échantillon). FARE ne capte en effet structurellement pas les secteurs public et associatif, qui représentent 53 % des SAAD. Cf. annexe n° 5 .
[104] INSEE, *Les entreprises de France*, édition 2021.
[105] L'écart entre rentabilité économique médiane (19 % : résultat de l'exercice rapporté aux actifs nets) et marge nette médiane (2 % : résultat de l'exercice rapporté au chiffre d'affaires) est la conséquence directe de la très faible intensité capitalistique des entreprises de services à la personne. Exemple : un résultat net de 15 000 € sur un actif net de 80 000 € donne une rentabilité économique de 19 %, mais seulement 2 % de marge nette sur un chiffre d'affaires de 700 000 €.
[106] Les entités d'hébergement avec actifs immobiliers (EHPAD, foyers d'accueil médicalisés, maisons d'accueil spécialisées) affichent au sein des mêmes groupes une marge nette médiane de 4 % et une rentabilité économique médiane de 13 %, écart bien plus faible reflétant une intensité capitalistique plus élevée.

Liaisons financières (LIFI)[107]. Ces groupes représentent 80 % du chiffre d'affaires total du secteur privé commercial. La concentration est donc avant tout une concentration du chiffre d'affaires, pas seulement du nombre d'établissements[108].

Dans le secteur public et à but non lucratif, la concentration est marginale : 4 % des SAAD et des SSIAD de ce secteur sont organisés en groupes au sens de l'outil LIFI. Le tissu associatif reste très majoritairement constitué de structures indépendantes et souvent de petite taille.

95 % des entreprises gérant au moins un SAAD ou un SSIAD sont implantées dans une seule région, et 91 % dans un seul département : les groupes s'apparentent à des empilements juridiques d'entités locales, et ne relèvent pas d'organisations intégrées, géographiquement parlant. Prise globalement, cette structure de groupes est dominée par les petits acteurs, mais est concentrée dans le haut de la distribution : c'est la marque d'un secteur en cours de consolidation et non d'un secteur déjà dominé par quelques grands acteurs intégrés.

Ce timide mouvement de consolidation par l'émergence de structures de groupes ne dément toutefois pas une fragilité du secteur que révèle un taux de défaillance bien supérieur à celui du reste de l'économie.

Au-delà de la mise en œuvre progressive de cette réforme de la tarification des SSIAD, avec l'introduction d'un critère d'activité dans l'allocation de leurs ressources, certains gestionnaires craignent que l'équilibre économique de leurs services soit encore davantage malmené par la réforme des SAD, amenant un rapprochement avec la situation très déficitaire des SAAD, dans un secteur de l'aide à domicile structurellement fragile.

III - Un cadre budgétaire et comptable différent selon les structures

L'existence de cadres budgétaires et comptables différents selon le statut des organismes gestionnaires de services d'aide et de soins à domicile rend difficile une appréciation correcte de la situation financière du secteur et des coûts de revient des prestations.

A - Un cadre budgétaire à unifier à brève échéance

Depuis l'adoption de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé, l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles intègre désormais les services qui relèvent de la compétence tarifaire exclusive du département, dont les SAAD, dans le champ d'application de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). Cette application nécessite trois conditions cumulatives : signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), demande d'application de l'EPRD par le service et acceptation par l'autorité de tarification et de contrôle. Ce dispositif a pour conséquence que certains services appliquent encore à ce stade le cadre du budget prévisionnel et le compte administratif. Dès lors, le cadre budgétaire n'est pas unifié à l'ensemble des services à domicile, ce qui n'en permet pas l'analyse financière, notamment lorsque cette activité est menée par un opérateur gérant d'autres activités.

[107] Le système d'information LIFI (Liaisons Financières) établi par l'INSEE avec des données de la direction générale des finances publiques décrit les liaisons financières (détentions capitalistiques) entre sociétés. Il permet d'identifier et de caractériser les groupes de sociétés opérant en France et de déterminer leur contour sur le territoire national.
[108] Source : *LIFI-FARE 2023*, traitements Cour des comptes.

Les SAD mixtes sous forme d'entité juridique unique relèvent du cadre budgétaire de l'EPRD / état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD), applicable après la signature d'un CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles ou de manière obligatoire à compter du 1er janvier 2027. Cette date d'application a été décalée d'un an, à la demande des fédérations d'opérateurs, afin qu'ils puissent intégrer les nouvelles obligations comptables. Le service fournit ainsi un compte de résultat, un tableau de financement et un bilan financier uniques. En complément, une annexe financière ou un tableau de présentation tarifaire, présentant les charges et les produits relatifs aux soins et à l'accompagnement de manière séparée, doit obligatoirement être jointe. Un modèle de cadre normalisé de saisie des charges et produits par financeur a été élaboré spécifiquement pour les SAD mixtes et s'impose aux gestionnaires. Par conséquent, l'utilisation persistante par certains services du cadre du budget prévisionnel et du compte administratif ne permettra pas aux autorités publiques de disposer de cette annexe financière introduisant une analyse par activité, ni d'apprécier leur situation financière de manière distincte. Cependant, certaines difficultés subsistent. La constitution d'une entité juridique unique demeurant prévue sur le moyen terme à ce stade, la récupération de données exhaustives ne sera pas possible à court terme. Le déploiement de l'EPRD impliquant un résultat unique, les résultats plus largement excédentaires de la section « soins » risquent de servir à compenser à terme les résultats plus souvent déficitaires de la section « aide ».

Dans le même temps, dans le cadre des mécanismes de financement des nouveaux SAD mixtes, plusieurs modalités continueront à coexister, avec, d'une part, une dotation globale de soins pour l'activité plus globale des SSIAD, comprenant un forfait global de soins comportant une part socle et une part modulée par l'activité et la prise en charge de cas complexes (cf. *supra*), et, d'autre part, une tarification horaire pour les services d'aide, assurée par les départements.

Dans le cadre actuel de la réforme, les SAD mixtes conserveraient deux autorités de tarification et de contrôle, distinctes pour les activités de soins (les ARS) et d'aide (les départements). Cependant, une expérimentation portant sur la révision des modalités de financement des services d'aide, permettant un financement en dotation globale, a bien été proposée en application de l'article 21 de la loi « bien vieillir » du 8 avril 2024. Celle-ci n'a pu être menée à son terme du fait du manque de candidatures de départements expérimentateurs. Certains ont pu être découragés par l'absence de financements complémentaires identifiés au niveau national et donc de prise en compte d'un potentiel surcoût dans la tarification supporté par le département à l'échelle locale.

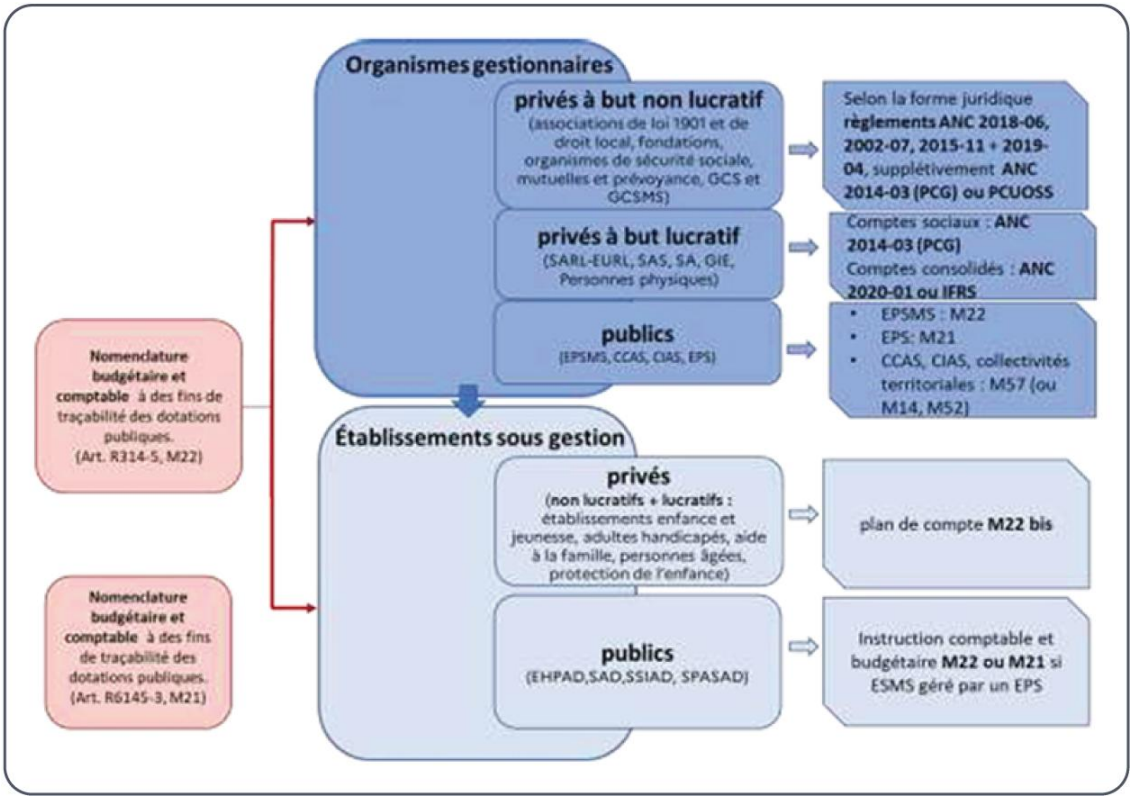
En réponse aux observations provisoires, la DGCS a indiqué que la généralisation de l'EPRD était aujourd'hui conditionnée à la signature d'un CPOM ou à la mise en œuvre d'une réforme tarifaire du secteur. Pour la Cour, la réforme du mode de tarification des services proposée *infra* pourrait s'accompagner d'une telle généralisation du recours à l'EPRD. Il est rappelé que l'élaboration d'une prévision de recettes n'est pas subordonnée à une tarification administrée. Par ailleurs, l'unification du cadre budgétaire de l'ensemble des services, quelle que soit leur nature juridique, permettrait une réelle plus-value en matière de contrôle réalisé par les départements et différents corps de contrôle.

B - Des normes comptables à faire converger pour faciliter les contrôles

Enfin, en fonction de leur nature juridique, les SAAD et SSIAD peuvent se trouver soumis à des nomenclatures comptables distinctes, notamment l'instruction M21 pour les services rattachés à un établissement public de santé ou à un établissement public social et médico-social, l'instruction M22 pour les services rattachés à un organisme du bloc communal (commune, EPCI, CCAS ou CIAS), les règlements de l'autorité des normes comptables (ANC)

applicables aux services gérés par des personnes morales de droit privé sans but lucratif[109] soit le plan comptable appelé « M22 bis », et enfin le plan comptable général (PCG) pour les services gérés par des personnes morales de statut privé commercial. Les travaux du conseil de normalisation des comptes publics (CNOCP)[110] ont permis de mettre en évidence des écarts entre les différents plans de comptes et instructions appliqués par les ESMS, ainsi que des écarts avec les règlements plus généraux de l'ANC[111]. Parmi les écarts relevés les plus importants[112], la règlementation permettant d'assurer la traçabilité des fonds publics n'est pas homogène dans le secteur privé, entre les établissements à but lucratif et ceux à but non lucratif.

Schéma n° 2 : schéma d'application des textes et référentiels comptables des ESMS



GCS : groupements de coopération sanitaire ; GCSMS : groupements de coopération sociale et médico-sociale ; GIE : groupement d'intérêt économique ; EPSMS : établissements publics sociaux et médico-sociaux ; EPS : établissements publics de santé ; PCUOSS : plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS).
Source : CNOCP, Dispositions comptables des établissements et services sociaux et médico-sociaux, *octobre 2025*

[109] Notamment les règlements ANC n° 2018-06 du 5 décembre 2018 relatif aux comptes annuels des personnes morales de droit privé à but non lucratif et n° 2019-04 du 8 novembre 2019 relatif aux activités sociales et médico-sociales gérées par des personnes morales de droit privé à but non lucratif. Voir en ce sens l'avis n° 2025-01 du 27 janvier 2025 sur le référentiel comptable applicable aux gestionnaires d'ESMS majoritairement financés par des ressources publiques du conseil de normalisation des comptes publics (CNOCP).
[110] CNOCP, *Synthèse des travaux sur les dispositions comptables des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, octobre 2025.
[111] Règles générales du règlement ANC n° 2014-03 relatif au plan comptable général.
[112] Les écarts relevés portent notamment sur les fonds propres, les immobilisations, les stocks, le résultat exceptionnel et les charges d'impôts sur les bénéfices.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux, dont les services à domicile, quelle que soit leur nature juridique, sont soumis au contrôle des ARS et des départements selon leur activité. Les personnels de ces autorités de tarification doivent maîtriser les différentes normes applicables, alors que, dans ce secteur, il est difficile de disposer d'agents spécialisés et formés à ces enjeux. Le manque de maîtrise des cadres comptables par les autorités de tarification peut ainsi les conduire à porter des appréciations erronées sur la situation financière ou le coût de revient d'un service, ce qui peut conduire à l'attribution à tort d'une subvention d'équilibre à un SAAD.

Face à ce constat, l'autorité des normes comptables (ANC) souligne la spécificité du droit des sociétés qui, de son point de vue, s'oppose à une uniformisation globale des textes applicables, mais elle se propose de travailler au rapprochement des normes si la volonté d'alignement était confirmée. Elle suggère également de concourir à une harmonisation et une digitalisation du contenu des états à adresser aux autorités de tarification et de contrôle qui pourraient permettre de mieux répondre aux besoins de suivi et de contrôle sans nécessiter une transformation des normes comptables concernant les personnes morales de statuts publics et privés. Pour sa part, le conseil de normalisation des comptes publics (CNOCP) se prononce en faveur d'une harmonisation comptable qui doit être menée dans une optique de simplification et de transparence des données publiées, pour en faciliter le suivi et la surveillance. Il souligne toutefois la complexité de cette démarche, du fait de la diversité du secteur, et la nécessité de dispositions législatives et réglementaires, appelant des délais. Dans le même sens d'un échelonnement nécessaire des travaux, *Départements de France* a indiqué, en réponse aux observations provisoires, que les disparités entre départements et entre modes de financement seront un point de difficulté. Pour sa part, la direction générale de la cohésion sociale rappelle les spécificités du secteur social et médico-social, et les limites d'une démarche de réduction des écarts entre normes comptables.

Ainsi la définition rapide d'une comptabilité analytique adaptée au secteur de l'aide et des soins à domicile qui bénéficie de fonds publics importants, homogène entre statuts juridiques, est nécessaire pour mieux analyser la situation financière des opérateurs et prévenir leurs risques de défaillances voire les dérives de gestion. Ce travail pourrait aboutir dès 2027 avec la construction également de tableaux de passage entre comptabilités générale et analytique, en lien notamment avec les autorités comptables compétentes, mais aussi avec l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH).

Dans leurs échanges avec la Cour, la quasi-totalité des ARS et des départements appelle au-delà à une réduction des écarts des normes de comptabilité générale applicables aux structures relevant de différents statuts, plusieurs insistant sur le fait que cette convergence ne doit pas s'orienter vers, de leur point de vue, le « *moins disant comptable* » qu'est le plan comptable général (PCG) pour ces activités spécifiques du champ social et médico-social. Les autorités compétentes devraient travailler ensemble à plus long terme à un rapprochement visant à limiter les écarts entre les différents règlements et instructions comptables.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les SSIAD et les SAAD sont financés les premiers par les ARS, les seconds par les départements, selon des modalités différentes.

Le financement des SSIAD était assuré, jusqu'à la réforme de la tarification de 2023, par une dotation globale, quel que soit le volume d'activité et le type de public accueilli. Ainsi, les SSIAD, dans l'ensemble excédentaires financièrement, pouvaient se trouver dans des situations diverses : un service déployant une forte activité pour des usagers nécessitant une attention particulière en termes de soins était le plus souvent déficitaire ; inversement, un service en sous-activité avec peu d'usagers complexes était en excédent. La récente réforme de la tarification a eu pour objectif de remédier à cette situation, ce que permettent les nouvelles modalités comprenant une dotation globale pour les charges fixes et une dotation modulée à l'activité. Même si ce modèle tarifaire se met en place progressivement, la Cour considère le nouveau dispositif comme ayant fait disparaître les lacunes du système précédent.

Le financement des SAAD repose en revanche sur une base plus fragile. Les SAAD habilités et tarifés voient les heures d'aide à domicile financées sur la base d'un tarif départemental, souvent éloigné du coût de revient de la prestation. Cet écart conduit ces services à se retrouver dans des situations financières fragiles, sur la base d'un modèle économique dans lequel les marges de manœuvre sont limitées, la masse salariale constituant la part prépondérante des coûts. Les usagers peuvent aussi être amenés à prendre en charge une partie de cet écart, ce qui peut entraîner un non recours aux prestations pour ceux disposant de faibles revenus.

Le modèle économique des SAAD constitue un point de fragilité du système actuel au moment où doivent être rapprochées des structures dont les situations financières peuvent être très divergentes (excédent dans les SSIAD, déficit dans les SAAD). Cette difficulté est accrue par les différences de normes budgétaires et comptables entre services selon leur statut juridique, ce qui rend la constitution de SAD en entité juridique unique difficile.

La Cour formule les recommandations suivantes afin de faciliter l'analyse de la situation budgétaire et financière de l'ensemble des opérateurs, quel que soit leur statut, par les autorités de tarification :

4. *généraliser en 2027 le cadre budgétaire et financier en état prévisionnel et réalisé des recettes et des dépenses à l'ensemble des services autonomie d'aide et de soins (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Départements de France) ;*
5. *adopter dès 2027 des règles de comptabilité analytique communes applicables à l'ensemble des services d'aide et de soins à domicile (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).*

Chapitre III

Adopter une démarche pragmatique pour surmonter les obstacles révélés par la réforme des services autonomie à domicile (SAD)

La troisième question posée par la commission des affaires sociales du Sénat porte sur les améliorations possibles de la réforme et les éventuelles évolutions organisationnelles nécessaires, notamment de la gouvernance de ce secteur.

Pour répondre à cette question, la Cour a abordé quatre dimensions : le pilotage de la réforme par les autorités compétentes, ARS et départements ; la mise en œuvre de la réforme avec la constitution des services autonomie à domicile (SAD) et de l'offre territoriale ; la définition du cahier des charges des SAD afin de mettre à disposition une offre de services de qualité ; la définition d'un modèle économique viable pour les futurs SAD et ses conséquences sur le reste à charge des usagers.

La Cour conclut à l'issue de ses travaux que l'amélioration de la coordination entre l'aide et les soins est indispensable pour permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie ou en situation de handicap d'être maintenues à domicile dans des conditions satisfaisantes. Afin d'atteindre cet objectif à un horizon rapproché, compte tenu de l'accélération du choc démographique entre 2025 et 2030, elle propose de revoir les modalités de constitution des services autonomie à domicile et de mettre en place un modèle économique favorisant le développement de l'offre.

I - Un pilotage et une répartition des compétences entre ARS et départements à revoir

Deux acteurs publics se partagent les compétences et le financement de l'aide et des soins à domicile. Les ARS sont chargées des soins à domicile et les départements de l'aide à domicile. Cette répartition des rôles rend difficile le pilotage de la mise en place des SAD dont l'objectif est de rapprocher les deux missions au service des usagers. Un pilote unique disposerait de davantage de leviers pour accélérer la recomposition de l'offre.

De plus, l'amélioration du pilotage de la réforme pour garantir une amélioration effective de la coordination entre aide et soin nécessite de mettre en place des indicateurs afin de s'assurer que la couverture des besoins est assurée sur le plan territorial.

A - Confier le pilotage et la régulation de l'ensemble du secteur de l'aide et des soins à domicile aux départements

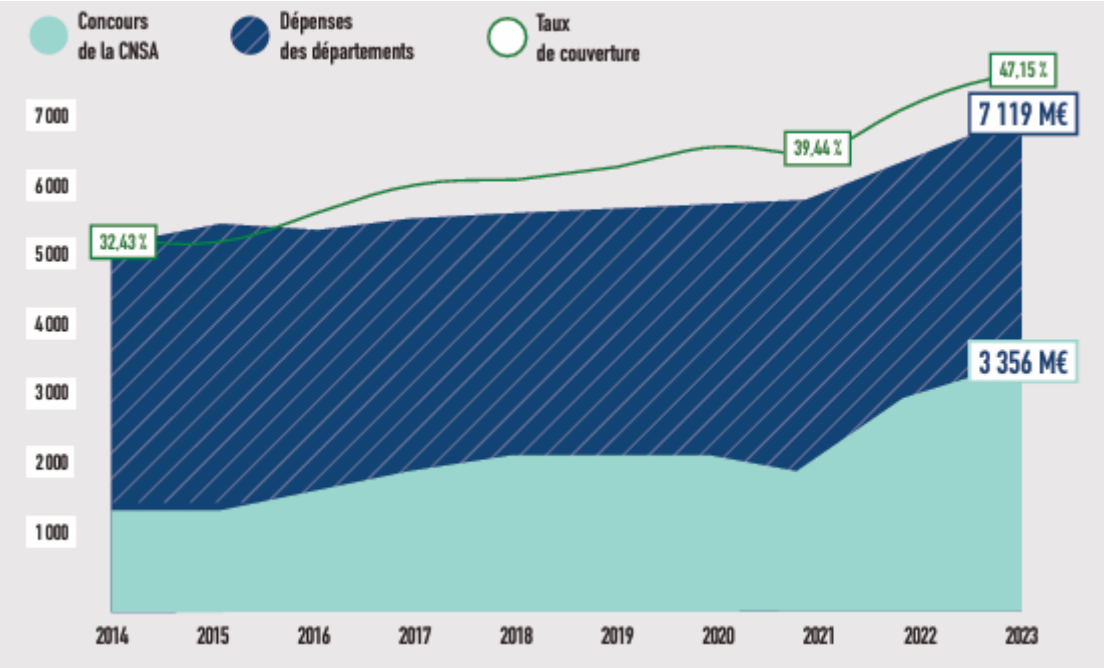
Les ARS, qui sont compétentes pour autoriser les organismes gestionnaires de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), leur versent, pour le compte de la branche autonomie, un forfait global de soins. Elles disposent d'une compétence d'inspection et de contrôle sur ce champ.

De leur côté, les départements attribuent et versent l'APA aux personnes âgées en perte d'autonomie et la PCH aux personnes en situation de handicap, qui les aident à financer l'aide à domicile dont elles ont besoin, qu'elles recourent à l'emploi direct d'un salarié à domicile ou qu'elles fassent appel à des organismes gestionnaires de services d'aide à domicile autorisés par les départements. Les départements perçoivent des concours de la CNSA pour le financement de l'APA et de la PCH.

Les concours de la CNSA aux départements

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 a fusionné cinq des 12 concours existants en deux concours principaux (aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap), avec une augmentation globale de 200 M€. Les taux de couverture constatés des dépenses des départements par les concours de la CNSA s'élevaient en 2023 à plus de 47 % pour les personnes âgées et à environ 35 % pour les personnes en situation de handicap. Les départements financent l'écart par leurs ressources propres.

Graphique n° 7 : taux de couverture des dépenses des départements pour les personnes âgées



Source : CNSA, Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, *2025*

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les SAD, pour la partie aide, peuvent aussi percevoir différents financements directement de la part des départements : prise en charge directe d'une partie du coût des prestations, versement de la dotation complémentaire qualité (sur appel à candidatures et sous réserve de la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou CPOM), couverture de revalorisations salariales. Les départements et d'autres collectivités territoriales peuvent aussi contribuer à l'équilibre financier de services gérés par des CCAS notamment. Les départements sont compétents pour contrôler les services d'aide à domicile.

La réforme prévoyant la création des SAD n'a pas prévu de changer cette répartition des compétences, conservant, comme lors de la création des SPASAD précédemment, le principe d'une double autorité des présidents de conseil départemental et des directeurs d'ARS.

Une réorganisation de l'exercice des compétences[113] pourrait être envisagée, en permettant aux départements de devenir la seule autorité à délivrer les autorisations d'intervention à domicile[114].

La place des départements mériterait d'être confortée compte tenu de leur compétence globale en matière d'action sociale et de leur connaissance précise de l'offre et des interlocuteurs locaux dans le secteur du maintien à domicile. Leur confier la capacité à piloter et à restructurer les autorisations en matière d'aide et de soins à domicile leur permettrait de mieux répondre aux besoins diversifiés des territoires en fonction de leurs caractéristiques géographiques et du nombre de personnes fragiles à accompagner. Leur connaissance du recours à l'emploi direct de salariés à domicile et des conditions de son financement par l'APA et la PCH complète leur vision d'ensemble, précieuse pour agir en faveur de solutions complémentaires.

Il serait possible de déléguer, de droit, à tous les départements, la compétence en matière de gestion et de régulation de l'offre de soins à domicile, aujourd'hui assurée par les ARS. Cette délégation porterait sur la délivrance de l'autorisation aux organismes gestionnaires de services, la délimitation des périmètres territoriaux d'intervention, le suivi et le contrôle de l'activité réalisée, la conclusion de CPOM et la cohérence globale des financements publics alloués. Cette délégation pourrait comprendre aussi le financement de l'activité de soins, qui demeurerait adossé au modèle de tarification actuel paramétré par la CNSA, les crédits de la branche autonomie étant alors délégués aux départements sous forme de crédits fléchés dans le cadre de la convention de délégation à établir ; les départements assumeraient alors le contrôle des services délivrant des soins à domicile.

[113] Sur ce sujet, les inspections générales de l'administration (IGA), des finances (IGF) et des affaires sociales (IGAS) ont reçu une lettre de mission en date du 5 décembre 2025 de la part des ministres de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées ; de l'aménagement du territoire et de la décentralisation ; de l'action et des comptes publics, leur demandant notamment d' « *analyser les implications d'un transfert ou d'une délégation de compétences aux conseils départementaux des SSIAD (dont notamment les impacts budgétaires, les conditions de maintien du lien avec le système de soins, la gouvernance, les effets potentiels sur les SAAD).* »

[114] Cette délégation constituerait le pendant pour le bloc domiciliaire de l'expérimentation en cours de la fusion des sections soins et dépendance sous l'autorité de l'ARS pour les EHPAD.

Les possibilités d'intervention élargie des départements dans le champ médico-social à domicile

Dans sa décision « *prestation spécifique dépendance* » du 21 juillet 1997 (DC 96-387), le Conseil constitutionnel juge que la loi peut confier une compétence au département même si celle-ci relève de la solidarité nationale. Il précise que le Préambule de la Constitution de 1958, qui proclame le droit à la protection de la santé et le droit de disposer de la collectivité, notamment en raison de son âge et de son état physique, des moyens convenables d'existence, n'interdit pas à l'État d'en décentraliser la gestion et plus exactement « *ne fait pas par lui-même obstacle à l'institution par le législateur d'un mécanisme de solidarité mis en œuvre par le département* ». Il décide qu'il « *revient au Gouvernement de mettre en œuvre les règles ainsi posées par le législateur, en particulier par la fixation des éléments qui concernent les conditions d'attribution notamment ceux relatifs à l'âge du bénéficiaire, par la définition précise de la nature des prestations dont il s'agit et la détermination des modes de fixation de ces prestations en tenant compte, le cas échéant, conformément à la loi, d'autres ressources par l'application de règles de cumul* » : cette mise en œuvre est intervenue par un décret du Premier ministre.

Cette mise en œuvre par les départements ne peut cependant porter atteinte au principe d'égalité dans le domaine des libertés publiques (DC 01-454). Le droit à la protection de la santé constituant un objectif à valeur constitutionnelle inscrit dans l'article 11 du préambule de la Constitution de 1946, il appartient à ce titre au législateur de prévenir les ruptures d'égalité dans l'attribution d'une prestation qui répond à une exigence de solidarité nationale.

Dans sa décision « droit au logement » du 29 mai 1990 (DC 90-274), le Conseil constitutionnel conclut qu' « *il revient au législateur de définir les compétences respectives de l'État et des collectivités territoriales en ce qui concerne les actions à mener pour promouvoir le logement des personnes défavorisées, qui répond à une exigence d'intérêt national ; qu'à cet effet, il est possible de prévoir l'établissement pour chaque département, d'un plan départemental* » et donc qu'il est possible pour l'État d'orienter l'action locale moyennant l'apport d'un financement.

Alternative au transfert de compétence, la délégation de compétence sur le fondement de l'article L. 1111-8-1 du code général des collectivités territoriales nécessite l'acceptation de la collectivité qui agira au nom et pour le compte de l'État sur le fondement d'une convention de délégation. Par ce biais, la convention fixe des objectifs à atteindre et l'État s'assure de leur atteinte. Des modalités de financement peuvent être prévues sans que le principe constitutionnel de compensation stricte valable pour les transferts de compétences soit applicable. Dans ce cadre, les collectivités ne sont pas habilitées à déroger aux règles définies par l'État pour le domaine délégué.

Enfin, une catégorie hybride est aussi apparue entre transfert et délégation – la délégation de compétence de droit – laquelle permet, dans un contexte consensuel, d'engager le processus pour l'ensemble des départements, sans risquer le morcellement des volontariats.

Source : d'après l'analyse de Mme Géraldine Chavrier, professeure agrégée de droit public à l'université Paris 1 Panthéon-Sorbonne

Dans le cadre d'une délégation de compétence de droit, modalité que la Cour considère comme étant la plus adaptée, les départements et les ARS pourraient convenir préalablement, par voie de convention, d'objectifs partagés concernant la répartition de l'offre de soins et d'aide à domicile en fonction des besoins du territoire. Il s'agirait par exemple d'identifier les zones insuffisamment desservies, de définir la place des infirmiers libéraux dans les réponses à apporter, en particulier dans le partage des demandes d'intervention en soirée ou en fin de semaine, ainsi que préciser l'articulation avec les autres composantes de l'offre[115]. Cette coopération pourrait s'inscrire

[115] Cf. annexe n° 3.

dans le cadre du service public départemental de l'autonomie, dont la généralisation a été annoncée au printemps 2025. Un suivi régulier des règles et objectifs inscrits dans la convention devrait être réalisé, leur non-atteinte pouvant constituer un motif de retrait de la délégation.

Départements de France est en accord avec la proposition de délégation de compétence de droit sur le secteur de l'aide et des soins à domicile tout en appelant à la vigilance sur les moyens suffisants accordés en contrepartie. *Départements de France* souhaite *« une hausse des concours APA et PCH à 50 %, actuellement compensés à 30 % pour la PCH et 44 % pour l'APA »,* et souligne que *« l'avenant 75 sur la revalorisation des salaires de la branche d'aide à domicile a été agréé par l'État malgré son avis défavorable, et en dépit des engagements pris à ce sujet ».*

Dans le même sens, *Départements de France* souligne qu'il s'agirait du pendant domiciliaire de l'expérimentation de la fusion des sections soins et dépendance en EHPAD, sous l'autorité des ARS. Les réponses des départements dans le cadre du questionnaire adressé par la Cour présentaient également la demande d'une unification des autorités de régulation.

La DGCS a indiqué en réponse aux observations provisoires de la Cour que le recours à la délégation de droit serait préférable à un transfert de compétences aux départements en la matière. La CNSA a souligné l'importance d'offrir aux personnes des parcours coordonnés et de qualité, et qu'à ce titre il convient d'envisager que les mécanismes de régulation de l'offre soient unifiés.

B - Organiser les modalités de suivi statistique de l'activité du secteur afin d'en améliorer le pilotage

Le secteur de l'aide et des soins à domicile souffre d'une relative méconnaissance statistique et de difficultés de partage des données, compte tenu notamment de sa dimension partenariale et du grand nombre d'intervenants.

À titre d'exemple, les données individuelles transmises annuellement par les départements à la DREES concernant l'APA dans le cadre de l'enquête « remontées individuelles » sont systématiquement incomplètes. Ainsi, pour la dernière enquête analysée, soit pour décembre 2022, les données de 30 départements n'ont été transmises ni en ce concerne les heures d'APA notifiées aux bénéficiaires, ni en ce qui concerne celles effectivement financées.

Cette situation rend très difficile la constitution de statistiques agrégées portant sur le taux de réalisation des plans d'aides individuels dans le cadre de l'APA. Pourtant, l'absence de réalisation des plans d'aide dans leur intégralité, qui peut avoir des raisons diverses[116], représente une limitation de l'accès au service par les usagers, qu'il conviendrait de connaître précisément afin d'y remédier. Ce taux de réalisation peut s'échelonner de moins de 50 % dans un département frontalier avec la Suisse, qui rencontre de fortes difficultés de recrutement de personnel, jusqu'à des niveaux se situant autour de 80 %.

Certains départements rencontrent des difficultés à communiquer des données standardisées, notamment en ce que concerne la gestion de la PCH, compte tenu de contraintes inhérentes aux limites de leurs systèmes d'information (extractions de données nécessitant l'intervention de la direction des systèmes d'information, logiciels ne permettant pas d'extraire

[116] Un faible taux de réalisation des plans d'aide peut être lié par exemple à des problèmes logistiques, une difficulté de la part du service à recruter du personnel intervenant à domicile ou encore à la volonté de l'usager de limiter ses dépenses propres.

les données avec la finesse nécessaire, etc.). En l'absence d'achats groupés de logiciels du marché, les départements peuvent se voir imposer des coûts élevés par les éditeurs pour faire évoluer les logiciels ou mettre à disposition des solutions d'interfaçage. Dans le cas de développements de logiciels par les services administratifs eux-mêmes, ceux-ci sont confrontés à des capacités d'évolution et de modernisation limitées. Dès lors, les départements gagneraient à s'organiser avec la DREES et la CNSA, notamment, pour pouvoir négocier de manière groupée avec les éditeurs les achats de logiciels et de prestations informatiques utiles en la matière.

Pour sa part, la DREES envisage de contractualiser directement avec les éditeurs commerciaux de logiciels afin de disposer de données dans le cadre de l'enquête intitulée « remontées individuelles – autonomie ».

À terme, le déploiement de systèmes d'information communs spécifiques à l'APA (SI-APA) et aux MDPH (SI-MDPH) devrait permettre de partager les données en vue d'une intégration au système national des données de santé (SNDS). Dans le cas du SI-APA, dont le déploiement est désormais échelonné jusqu'à la fin de l'année 2030, un décret est prévu pour habiliter les agents des administrations centrales, dont la DREES, à être destinataires, après pseudonymisation, des données à caractère personnel et des informations traitées dans le système d'information commun. L'exploitation nationale des données à des fins statistiques ne sera opérationnelle qu'après une montée en charge progressive. Concernant le SI-MDPH, les agents de la DREES ne sont pas mentionnés à l'article R. 247-5 du code de l'action sociale et des familles parmi les destinataires des informations nécessaires au traitement automatisé des données à caractère personnel traitées par les MDPH. Il conviendrait d'y remédier.

Le partage d'informations entre les administrations centrales (DGCS, DREES, etc.), la CNSA et les départements doit devenir effectif, afin notamment de limiter les demandes redondantes vis-à-vis des départements.

Pour éviter les disparités constatées aujourd'hui dans les données transmises par les départements, notamment en matière financière, des solutions automatisées pourraient être envisagées[117]. Dans le cas d'une délégation de compétences des soins à domicile aux départements (cf. *supra*), il conviendrait de prévoir et de faire respecter avec rigueur au sein de la convention de délégation les exigences en matière de pilotage et de partage de la donnée.

Les différentes solutions destinées à l'amélioration de la qualité des données transmises par les départements voire à leur automatisation devraient permettre d'établir un tableau de bord national partagé des indicateurs de réussite de la réforme mettant en place les SAD mixtes, à partir des données issues du suivi par département (cf. *infra*). Celles-ci incluraient avant tout la proportion de bénéficiaires en commun entre les activités d'aide et de soins par SAD mixte, le nombre d'événements indésirables ainsi que les principaux motifs de refus de prise en charge d'usagers.

[117] Ainsi, l'aménagement de l'instruction budgétaire et comptable M57 applicable aux départements permettrait de distinguer aisément certaines données non présentes aujourd'hui (pour la PCH, la distinction entre types d'effecteur au sein de la nomenclature par nature ; la création d'une fonction propre à la PCH et la distinction des actions relatives à l'hébergement et au domicile au sein de la sous-fonction « personnes âgées » pour la nomenclature fonctionnelle). Il devra permettre également de distinguer en produits et en charges les dotations visant au financement de la dotation globale de soins des activités de soins à domicile, dans le cadre de la délégation de compétence aux départements décrite *supra*.

La revue régulière de ce tableau de bord national ainsi constitué garantirait le suivi de la réalisation des objectifs essentiels à atteindre à l'horizon des cinq prochaines années pour les administrations centrales, les autorités de tarification et de contrôle et les gestionnaires des services à domicile.

La DGCS considère que le tableau de bord de la performance étendu aux services à domicile pourrait remplir le rôle assigné par la recommandation relative aux modalités de suivi de la réforme. La Cour souligne que cette dernière porte plus particulièrement sur la mise en œuvre d'un tableau de bord spécifique permettant un suivi de la mise en œuvre de la réforme des SAD et non un suivi en gestion sur une base pluriannuelle comme c'est le cas du tableau de bord de la performance plus globalement pour le secteur ; il s'agit de deux objets distincts.

II - Des modalités de constitution des SAD plus souples en contrepartie d'un pilotage des autorisations par les résultats

Les SAD de plein exercice sont encore peu nombreux (200), compte tenu du calendrier progressif de la réforme et des difficultés rencontrées pour atteindre la cible fixée d'une entité juridique unique pour l'aide et le soin sur un territoire unique.

A - Lever les contraintes territoriales

Une des difficultés majeures de la réforme relevées par l'ensemble des opérateurs - comme par les départements et les agences régionales de santé - est celle de disposer d'un périmètre d'intervention autorisée identique entre les activités d'aide et de soins.

Dans le cadre de la mise en place des services autonomie aide et soins, les SSIAD avaient la possibilité de satisfaire à l'obligation de disposer d'une activité d'aide à domicile, soit en se rapprochant d'un SAAD, soit en s'adjoignant directement une activité d'aide autorisée par le département. La quasi-totalité des départements qui ont répondu à la Cour n'a pas souhaité octroyer de nouvelles autorisations d'aide, compte tenu du trop grand nombre de services déjà autorisés et de la volonté de ne pas introduire de déséquilibre en renforçant la concurrence au sein d'un écosystème très fragile des services d'aide sur leur territoire. Dès lors, développer un SAD à partir d'un SSIAD existant, sans se rapprocher d'une autre structure, n'était majoritairement plus une option possible.

Dans le même temps, les ARS n'ont globalement pas fait évoluer les territoires d'intervention autorisés des SSIAD, bien que dans certains départements, le découpage historique n'ait pas paru cohérent. Les ARS n'ont très majoritairement pas souhaité actualiser les territoires d'autorisation des SSIAD, témoignant d'une vision essentiellement administrative de la gestion des autorisations qui a exclu l'hypothèse d'une concurrence de plusieurs SAD sur un même périmètre, sauf dans les grandes agglomérations.

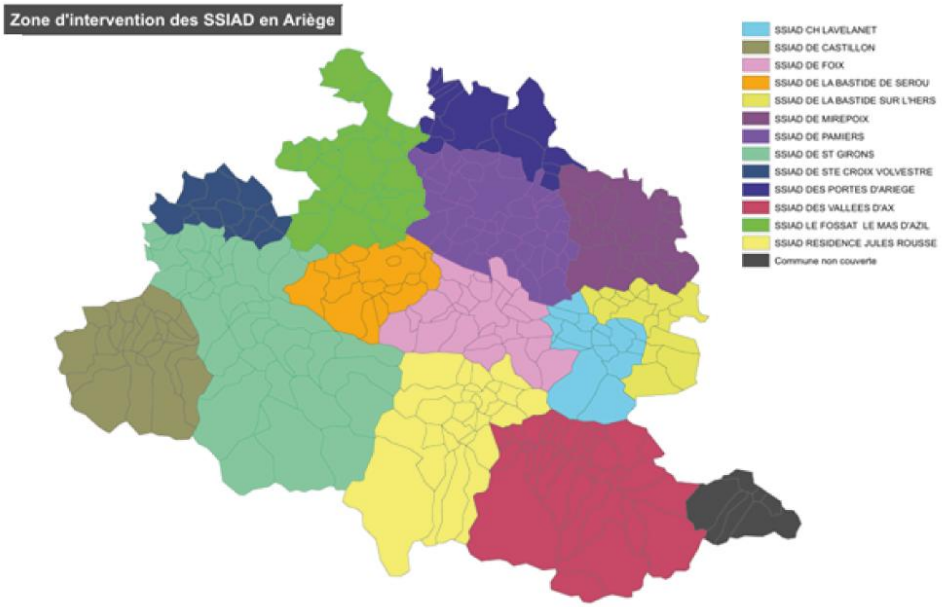
Cette retenue a parfois été justifiée par la complexité juridique de la réforme dans un calendrier très serré, ou encore par les contraintes engendrées par l'application du zonage des infirmiers libéraux aux activités de SSIAD. Alors que l'article R. 313-8-3 du code de l'action sociale et des familles permet une simple information de l'ARS pour une extension du territoire des SSIAD en l'absence de capacité d'accueil nouvelle, les ARS ont souvent eu une position restrictive. Par conséquent, les territoires-cibles des demandes d'autorisation de SAD ont le plus

fréquemment été les anciens territoires des SSIAD, coïncidant déjà avec celui des autorisations pour l'activité d'aide, ce qui a pu contraindre les SAAD existants à réduire ou, au contraire, leur permettre d'étendre leur périmètre géographique d'intervention[118]. Ceci n'est pas sans effet sur leur capacité à répondre aux besoins des usagers et sur leur équilibre économique.

L'exemple de l'Ariège : une extension des périmètres des SAAD

L'Ariège comptait, au 31 décembre 2025, 15 services d'aide à domicile. Le département a fait le choix de ne pas autoriser de nouveaux SAAD, mais a permis l'extension des territoires d'intervention de certains d'entre eux afin qu'ils puissent correspondre aux périmètres autorisés des SSIAD. Il s'est assuré au préalable de la capacité des SAAD à intervenir sur une zone étendue, en matière logistique et financière. Certains services risquent toutefois de connaître des difficultés pour la desserte d'un territoire plus large, globalement rural et parfois en zone de montagne.

Carte n° 5 : zones autorisées d'intervention préexistantes des SSIAD en Ariège



Source : ARS Occitanie

Dans ce département, les territoires d'intervention des SSIAD ne se chevauchent pas, avec un seul service de soins intervenant par commune. Sauf exception, l'effort d'adaptation des périmètres d'intervention pour obtenir des territoires cohérents en application de la réforme a été réalisé par le département et les SAAD, et non par l'ARS et les SSIAD.

Du fait de la nécessaire convergence des territoires entre les deux activités d'aide et de soins pour la constitution de services mixtes, l'opportunité a parfois été saisie, par les départements, de restructurer l'offre des services à domicile. En effet, les autorisations octroyées sur des bases géographiques historiques, modelées au cours du temps, n'affichaient pas nécessairement de cohérence avec d'autres périmètres existants. Ces restructurations peuvent poursuivre plusieurs objectifs, comme garantir pour chaque service une taille critique permettant de faciliter sa viabilité économique, ou converger avec les bassins de vie de

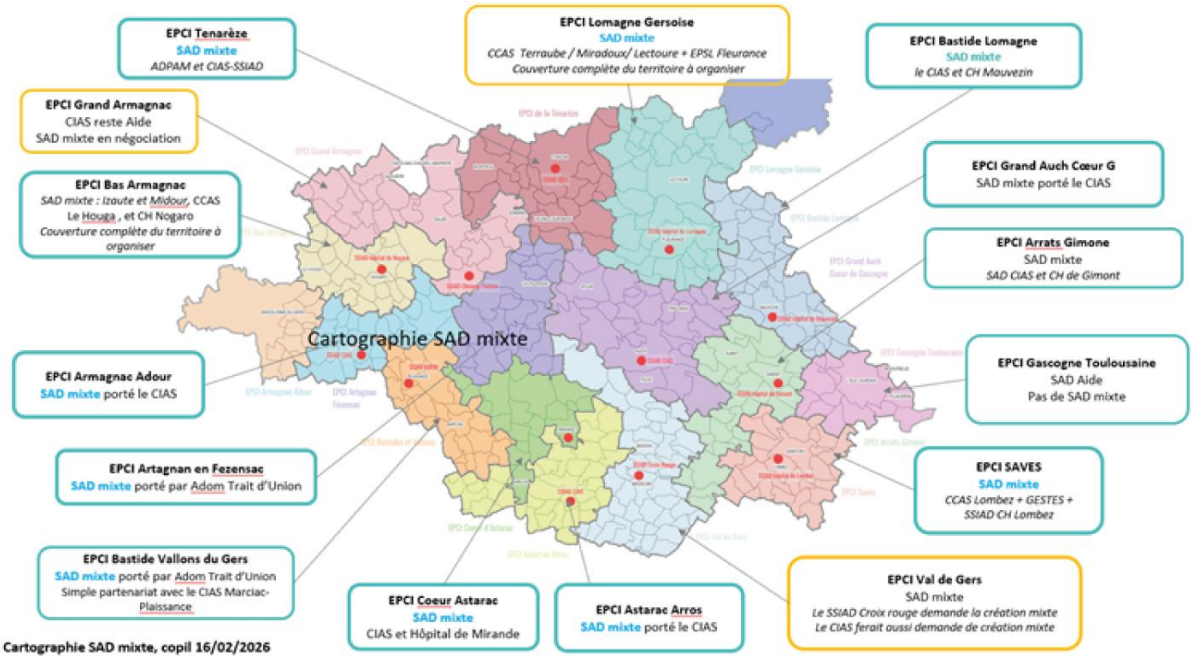
[118] L'asymétrie entre SSIAD et SAAD dans les diligences à opérer pour constituer un SAD a occasionné des rapports de force tendus dans certains territoires. Elle a pu conduire aussi à une survalorisation des autorisations de certains SAAD ayant des activités très faibles, et qui ont multiplié les démarches auprès de SSIAD afin de leur céder l'autorisation de SAAD à des conditions particulièrement onéreuses. .

population ou les périmètres des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)[119] ou bien encore avec certaines délimitations administratives comme celles des secteurs d'évaluation de l'APA du département ou des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI).

L'exemple du Gers : la constitution des SAD au périmètre des EPCI

Dans le département du Gers, le territoire-cible de la constitution des SAD a été celui des EPCI. Cette configuration était rendue possible par le fait que, dans ce département, de nombreux services à domicile, en aide ou en soins, étaient déjà préalablement gérés à la maille communale par des CCAS ou des CIAS. Cette restructuration de l'offre a pu conduire à des cessions d'autorisations entre opérateurs pour l'activité de soins, comme par exemple d'une clinique privée vers un EPCI[120].

Carte n° 6 : projets de SAD mixtes dans le département du Gers



Source : département du Gers

En raison des difficultés évoquées et notamment de la faible prise en compte de la viabilité économique des structures dans le périmètre des autorisations délivrées ou maintenues dans le cadre actuel de la réforme, la Cour recommande de rechercher une cohérence territoriale et économique, et en conséquence de ne pas maintenir l'obligation de faire systématiquement coïncider les territoires d'intervention d'aide et de soins pour l'obtention ou le maintien des autorisations des organismes gestionnaires (cf. *infra*).

[119] Les CPTS regroupent les professionnels de santé d'un même territoire qui souhaitent s'organiser, à leur initiative, autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes.

[120] Chambre régionale des comptes Occitanie, *Clinique Pasteur, services de soins infirmiers à domicile*, rapport d'observations définitives, mai 2026.

B - Assouplir la contrainte de constituer une entité juridique unique

C'est l'échec des SPASAD[121] qui a convaincu les pouvoirs publics de rendre obligatoire la constitution d'une entité juridique unique associant aide et soins, modalité juridique perçue comme garantissant la coordination effective des deux domaines d'intervention. Mais nombre d'organismes se heurtent à de réelles difficultés pour y parvenir, même à terme. Celles-ci tiennent pour l'essentiel à l'obligation d'abandonner une activité publique ou privée pour l'un des deux partenaires, à l'absence de concordance complète des territoires d'autorisation d'aide et de soins (qui peut être justifiée), à la gestion du personnel dans le cadre de rapprochements entre structures de nature juridique différentes, le cas échéant soumises à des conventions collectives différentes, et à une crainte pour la situation financière de la structure à terme.

À titre d'exemple, selon une enquête menée par la fédération hospitalière de France (FHF) en mars 2026[122] auprès de ses membres, les principales difficultés pour aboutir à une entité juridique unique étaient des enjeux de gestion des ressources humaines, pour 61 % des répondants, des enjeux sur la forme juridique de l'entité unique pour 58 % des répondants, et des enjeux financiers pour 43 % d'entre eux.

Au 1er mars 2026, une soixantaine de SSIAD hospitaliers[123] étaient en risque de ne se pas pouvoir se transformer en SAD mixtes dans la mesure où leur dossier de demande d'autorisation a été rejeté ou devrait probablement l'être. En l'occurrence, c'est le critère de l'entité juridique unique qui bloque la préservation de l'offre de services médico-sociaux rattachés à un établissement public de santé. Or, ceux-ci peuvent apporter une offre de services spécifique, qui facilite les transitions entre les établissements et le domicile, notamment dans le cadre des sorties d'hospitalisation, avec des équipes partageant la même culture professionnelle et les mêmes méthodes de travail.

Cette obligation de créer une entité juridique unique menace aussi de découdre des coopérations existantes, qui reposent sur des entités aux statuts juridiques différents, et qui ne pourront perdurer dans le cadre des SAD obligeant à choisir un statut unique pour la nouvelle entité. Ce nouveau cadre peut avoir d'autres effets comme l'assujettissement à la taxe sur les salaires, dans la nouvelle entité constituée, de masses salariales qui en seraient exonérées du fait de leur statut public territorial.

Un autre inconvénient est que, pour parvenir à constituer des SAD associant aide et soins dans le cadre juridique exigé, il est nécessaire de scinder des autorisations départementales de SAAD en plusieurs autorisations au périmètre plus limité, entraînant une démultiplication des instances de gouvernance et des documents administratifs et comptables à produire, un dédoublement des démarches d'évaluation de la qualité des services à partir du référentiel de la Haute Autorité de santé de même que le nombre d'entités juridiques différentes à contrôler pour les départements, et une déstabilisation des économies d'échelle et des effets de mutualisation tarifaire entre les territoires[124]. Ceci explique la préférence de nombreux partenaires pour en

[121] Le degré effectif de coordination de l'aide et des soins par les SPASAD dans le cadre d'un simple conventionnement entre entités juridiques distinctes a été jugé insuffisant.

[122] Enquête flash de la FHF de mars 2026 : 169 répondants auprès des gestionnaires de SSIAD relevant de la fonction publique hospitalière, soit 23 % de l'ensemble des adhérents disposant d'une offre à domicile.

[123] Source FHF : les SSIAD relevant de la fonction publique hospitalière représentent un tiers de l'offre nationale, soit 730 services pour 39 000 places, rattachés à des EHPAD publics ou des établissements publics de santé.

[124] Certains départements ont indiqué s'être saisis de la réforme pour engager une rationalisation de l'offre dans le but de limiter le nombre de services d'aide ne disposant pas d'un nombre suffisant d'heures prestées. Mais la

rester à cette étape de la réforme à un schéma simplement conventionnel ou à la création d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) non exploitant des autorisations, mais avec la tension induite par la perspective à terme d'une obligation de fusion.

La société d'économie mixte Lot Aide à domicile face aux enjeux du découpage géographique des autorisations

Dans le département du Lot, le SAAD est porté par une société d'économie mixte à majorité détenue par le département, Lot Aide à domicile. Elle est autorisée depuis sa création en 2010 sur l'entièreté du territoire départemental. Elle s'est vu fixer des objectifs de desserte des territoires ruraux dans une logique d'égalité d'accès des usagers au service. Consécutivement à la mise en place de la réforme, le SAAD s'est rapproché de six SSIAD afin de former cinq SAD, dont quatre par le biais de conventions transitoires et un par la constitution d'un GCSMS. Dès lors, dans la perspective de la mise en place de l'entité juridique unique et toutes choses égales par ailleurs, des démembrements de la société devraient être envisagés par la création de multiples microstructures compétentes localement.

Carte n° 7 : territoire d'intervention de la SEM Lot Aide à domicile avant la réforme

Source : chambre régionale des comptes Occitanie, Le département du Lot et la SEM Lot aide à domicile*, rapport d'observations définitives, à paraître*

Par ailleurs, d'autres formes préexistantes et bienvenues de complémentarité et d'intégration de services au sein d'une même personne morale gestionnaire, par exemple entre centre hospitalier et SSIAD, ou entre structure d'hospitalisation à domicile (HAD) et SSIAD, ou encore entre EHPAD et SSIAD, sont ou seront frappées par l'exigence de se scinder en plusieurs entités pour satisfaire à l'obligation de créer une entité juridique unique. Or, il serait particulièrement dommageable de devoir défaire des intégrations très fonctionnelles, pour parvenir à la constitution d'une entité juridique unique entre l'aide et le soin à domicile.

En revanche, certains organismes gestionnaires se sont trouvés dans une position plus confortable du fait de la nature de leurs activités, pour satisfaire aux prérequis de la réforme. Certains étaient déjà constitués en SPASAD, devenant de droit un SAD. Par ailleurs, un gestionnaire disposant déjà d'un SAAD et d'un SSIAD sur un même territoire ne se trouvait ainsi

majorité a été empêchée de le faire par l'obligation en l'état du droit de scinder des autorisations d'aide en plusieurs, afin de satisfaire à la double condition de l'entité et du territoire uniques.

pas dans l'obligation de démarcher un service tiers pour s'adjoindre une activité d'aide, rendant aisée la mise en œuvre du SAD. C'est le cas notamment du réseau de l'aide à domicile en milieu rural(ADMR), qui a pu satisfaire d'ores et déjà à l'obligation d'entité juridique unique au niveau de certaines de ses fédérations départementales, uniquement à partir de services déjà en gestion.

De ce fait, les fusions sous la forme de SAD associant déjà aide et soins à ce jour sont des fusions considérées comme ne posant pas de difficulté particulière, soit par des mises en forme d'entités déjà construites comme les SPASAD, soit réalisées sous l'égide d'un seul gestionnaire. Les autres situations en cours sont marquées par l'attentisme voire un blocage.

La Cour propose donc de supprimer aussi l'obligation de constituer les SAD sous la forme d'une entité juridique unique et d'élargir la gamme des outils juridiques envisageables à la constitution de GCSMS pouvant exploiter des autorisations qui demeureraient détenues par leurs membres et non obligatoirement élevées au niveau du groupement. Plusieurs ARS et départements ont indiqué être favorables à ce schéma complémentaire, qui n'exclut en rien de disposer par ailleurs de GCSMS eux-mêmes titulaires des autorisations, ou une transition comme tels dans un second temps[125].

La constitution de SAD resterait également possible par simple convention, pourvu que les résultats attendus en termes de population accompagnée à la fois au titre de l'aide et des soins, d'évènements indésirables et d'heures d'intervention soient progressivement atteints, sous peine de retrait de l'autorisation (cf. *infra*).

L'indispensable assouplissement des échéances juridiques - et notamment un report de la publication des arrêtés constitutifs des SAD mixtes pour les coopérations en convention ou en GCSMS[126] - pourrait permettre une action volontariste de réorganisation territoriale souhaitée par plusieurs départements et ARS, et qui a été jusqu'alors bridée par les exigences territoriales posées par la réforme. Certains départements visent une cohérence avec les territoires définis pour les équipes d'évaluation de l'APA, d'autres recherchent la maille géographique de référence des EPCI, voire des communautés professionnelles territoriales de santé. Ces dernières permettent en effet d'instaurer un dialogue et de tracer un continuum avec la médecine hospitalière et de ville, tout aussi essentiels à la cohérence et l'efficience globale des parcours que les seuls SAD.

Ce réaménagement territorial nécessiterait un échelonnement dans le temps et une concertation avec toutes les parties prenantes, sans omettre la parole des associations d'usagers et d'aidants. Dans cette période, il pourrait être judicieux aussi de permettre qu'une même autorisation comporte en son sein la définition de deux niveaux de territoires différents : un commun pour l'aide et le soin, un plus large pour l'aide (schéma de la métropole de Lyon) ; une autorisation de SAD mixte pourrait aussi être établie au plan départemental, quitte à ce que la contractualisation définisse une priorité d'activité sur une composante du territoire, par exemple à 80 % (schéma pour Paris). L'intérêt de cette seconde option est aussi qu'elle pourrait permettre de surmonter la défaillance d'un SAD mixte et de prévoir l'existence d'alternatives pour les usagers[127].

[125] C'est une évolution qui a également été pensée dans un second temps de leur façonnage juridique pour les groupements de coopération sanitaire (GCS), réformés dans ce sens par l'article 108 de la loi dite de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

[126] Le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental disposent aujourd'hui d'un délai de six mois à compter de la réception des dossiers complets pour étudier les demandes d'autorisation de SAD associant aide et soins à domicile et les accorder, ou bien opposer un refus.

[127] La défaillance de la Fondation Œuvre de la Croix Saint-Simon à Paris, et de son SSIAD de 117 places, montre qu'il ne s'agit plus d'une hypothèse d'école.

La DGCS n'est pas favorable à la possibilité de décorréler les territoires d'aide et de soins à domicile, notamment dans le but d'éviter la concentration des acteurs sur les zones plus denses. La Cour relève cependant que la réduction obligatoire de l'assise territoriale de l'autorisation d'aide à domicile (SAAD) - souvent départementale - à celle beaucoup plus réduite des soins à domicile (SSIAD) produit au contraire l'effet redouté par la DGCS : plusieurs départements ont souligné l'inconvénient d'une scission des autorisations des SAAD entre zones urbaines et zones rurales, telle que la réforme actuelle le requiert pour s'ajuster aux territoires de SSIAD, ce qui défait les mutualisations départementales existantes dans la gestion de SAAD et provoque des hausses de tarifs dans les zones rurales ou montagneuses.

La CNSA rejoint le constat formulé par la Cour sur le fait que l'objectif de fusion juridique des entités soulève aujourd'hui d'importantes difficultés de mise en œuvre. Il s'agit en effet d'un obstacle clairement identifié dans les enquêtes réalisées. Elle souscrit donc à la nécessité d'assouplir les modalités de cette réforme, en permettant aux entités d'autres formes de rapprochement.

Pour sa part, *Départements de France* a fait part de ses interrogations sur un pilotage par les résultats tout aussi bien que sur une « *entité juridique formelle qui ne paraît pas adaptée* ». Pour la Cour, le pilotage par les résultats présente l'intérêt d'établir des critères objectifs de maintien ou de retrait des autorisations[128], ce qui est indispensable, et il maintient une réelle exigence pour les opérateurs d'organiser efficacement la coopération attendue. Ce réajustement de la réforme permettrait de donner aux départements les outils pour réguler l'offre par le retrait d'autorisations aux services n'atteignant pas les objectifs fixés par les textes législatifs et réglementaires, ou la contractualisation avec un CPOM.

Concernant la suppression de l'obligation de constitution d'entités juridiques uniques, la DGCS considère qu'une telle décision serait de nature à remettre en cause une partie des objectifs affichés par la réforme, dont la meilleure coordination entre les activités d'aides et de soins, et que cet assouplissement est prématuré. Eu égard à l'accélération désormais imminente du vieillissement de la population, la Cour considère au contraire que l'aménagement des modalités de mise en œuvre de la réforme est urgent et indispensable à la bonne coopération des activités dans les territoires, y compris entre services de statuts juridiques différents, pour lesquels la fusion juridique demeure aujourd'hui source de blocage.

La direction générale des entreprises (DGE) a indiqué à la Cour que l'autorisation de nouveaux acteurs dans le domaine de l'aide à domicile permettrait au secteur de bénéficier d'importantes innovations. La Cour a cependant constaté avec les réponses au questionnaire de presque tous les départements qu'un trop grand nombre d'acteurs interviennent dans le secteur de l'aide à domicile sans en avoir la taille critique d'un point de vue opérationnel ou financier, avec le risque d'augmenter les tensions déjà très vives sur le recrutement avec de nouveaux entrants. Dès lors, une rationalisation s'impose pour gagner en qualité et en efficacité : les départements disposent des prérogatives leur permettant de retirer des autorisations, faute de services rendus suffisants, pour admettre des nouveaux opérateurs plus actifs ou innovants, ou s'engageant à intervenir dans les « zones blanches ».

[128] Le droit des autorisations des activités de soins établi par le code de la santé publique comporte de nombreux exemples de seuils d'activité nécessaires pour la délivrance ou le maintien d'autorisations.

En conclusion, les critères objectifs proposés de maintien ou de délivrance des autorisations, en contrepartie de l'abandon de l'obligation de constituer une entité juridique et un territoire uniques, viennent non pas affaiblir la réforme mais au contraire la conforter dans la recherche de solutions pragmatiques pour améliorer la coordination entre soins et aide à domicile, ainsi que pour dispenser des prestations de qualité aux meilleurs coûts.

III - La nécessité de compléter le cahier des charges des SAD dans un sens plus exigeant

L'octroi et le maintien des autorisations accordées à un SAD, quelle qu'en soit sa forme, reposeraient sur le respect d'exigences complémentaires, à inclure dans le cahier des charges des SAD : la polyvalence des services au bénéfice à la fois des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap, l'atteinte de résultats attestant de la bonne mise en œuvre des objectifs de la réforme et de la viabilité des services, la bonne insertion dans l'environnement de proximité des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap, doublée d'un suivi renforcé de la qualité de service.

A - Engager la polyvalence des SAD pour pouvoir accompagner autant les personnes en situation de handicap que les personnes âgées

Les SAD peuvent intervenir auprès de personnes âgées de plus de soixante ans en perte d'autonomie ou malades, de personnes en situation de handicap ou de personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies chroniques[129] : ils peuvent s'organiser de manière à pouvoir intervenir auprès de l'ensemble de ces publics. Cette polyvalence reste aujourd'hui une simple possibilité : un SAD peut rester spécialisé dans l'accompagnement d'un seul de ces publics. La seule obligation à laquelle il est soumis est d'être capable d'accompagner un public identique pour l'offre d'aide et d'accompagnement et l'offre de soins (un SAD ne peut pas s'adresser uniquement à des personnes âgées pour l'offre de soins qu'il propose, s'il accompagne par ailleurs d'autres personnes âgées ou en situation de handicap sur le volet aide et accompagnement).

Une polyvalence obligatoire des SAD, qui devraient tous intervenir aussi bien au domicile des personnes âgées qu'à celui des personnes en situation de handicap, est essentielle pour assurer à ces dernières une meilleure accessibilité géographique, ce qui ne peut être le fait de structures très spécialisées. La majorité des ARS et des départements y est favorable. Tel est le cas aussi des associations d'usagers et d'aidants, comme des opérateurs. Pour les personnes en situation de handicap et leurs proches, l'intérêt de cette évolution des SAD est aussi que l'admission n'y est pas soumise à une orientation administrative par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et qu'elle permettrait de réduire des délais d'admission élevés *(*cf. *supra).*

La place des personnes en situation de handicap est aujourd'hui insuffisamment explicitée dans l'organisation issue de la réforme des SAD. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette difficulté : tout d'abord, une diversité plus importante des prises en charge à domicile des personnes en situation de handicap que pour les personnes âgées. En effet, ce public requiert

[129] Article D. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

une prise en charge pluridisciplinaire mobilisant notamment ergothérapeutes, psychologues et personnels soignants et sociaux. Les passages en binôme, pourtant indispensables, ainsi que le nombre élevé d'interventions nécessaires, ne seraient notamment pas reconnus à leur juste mesure. Cette polyvalence des accompagnements conjoints des personnes âgées et de celles en situation de handicap existe déjà dans une quinzaine départements. Elle doit être affirmée et généralisée.

Au-delà de la recommandation n° 3 sur l'implication des usagers et de leurs aidants dans la formation des intervenants de l'aide et des soins à domicile (cf. *supra*), la montée en compétences et en qualifications des professionnels est indispensable pour permettre progressivement le fonctionnement des SAD en tant que structures polyvalentes. L'accompagnement des personnes en situation de handicap (polyhandicap, troubles du spectre autistique, troubles cognitifs, troubles psychiques, personnes à haut risque vital, trachéotomisées, etc.) nécessite des compétences adaptées, et ce d'autant plus lorsque les services accompagnent majoritairement des publics spécifiques. En tout état de cause, les SAAD accompagnent de plus en plus des personnes handicapées vieillissantes, avec des besoins particuliers, nécessitant des compétences professionnelles adaptées, notamment dans les cas d'hébergement dans des foyers non médicalisés.

Certes la dotation complémentaire allouée aux SAD-aide[130] doit permettre un meilleur financement de ces prises en charge (adaptation de l'accompagnement et formation des professionnels notamment) sans reporter le coût supplémentaire sur le prix facturé au bénéficiaire. Mais pour aller plus loin dans la généralisation de ce fonctionnement polyvalent, le décloisonnement des financements, tout particulièrement des enveloppes SSIAD pour personnes âgées et pour personnes en situation de handicap, s'impose. La fongibilité entre ces deux enveloppes, déjà obtenue par au moins une ARS, est justement en cours d'instruction avec une perspective d'inscription au prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027.

La même logique devrait inspirer une unification des autorisations, qui ne seraient plus scindées entre les deux catégories de publics, personnes âgées, d'une part, et personnes en situation de handicap, d'autre part. Dans un département au moins, tous les SSIAD disposent déjà des autorisations sur les deux publics.

La direction générale des entreprises se montre très réservée quant à la généralisation de cette polyvalence, compte tenu justement des difficultés de recrutement de personnels plus qualifiés et formés à l'accompagnement des personnes en situation de handicap. *Départements de France* considère par ailleurs que ce changement structurel dans le fonctionnement des services nécessitera du temps.

La Cour, dont la position est partagée par la direction générale de la cohésion sociale et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, réaffirme la nécessité de généraliser la polyvalence des SAD accompagnant à la fois les personnes âgées et en situation de handicap, dans un calendrier de mise en œuvre progressive qui pourrait engager les opérateurs ainsi que les autorités de tarification et de contrôle sur les cinq années à venir, afin de tenir compte des observations de la direction générale des entreprises et de *Départements de France*.

[130] Dans le cadre de la réforme des services autonomie à domicile, certains SAAD fusionnent avec des SSIAD pour former des SAD dits alors SAD-mixtes, car apportant conjointement de l'aide et des soins. Mais les autres SAAD pourront continuer à fonctionner sans fusionner ni apporter des soins, et leur dénomination évolue en SAD-aide.

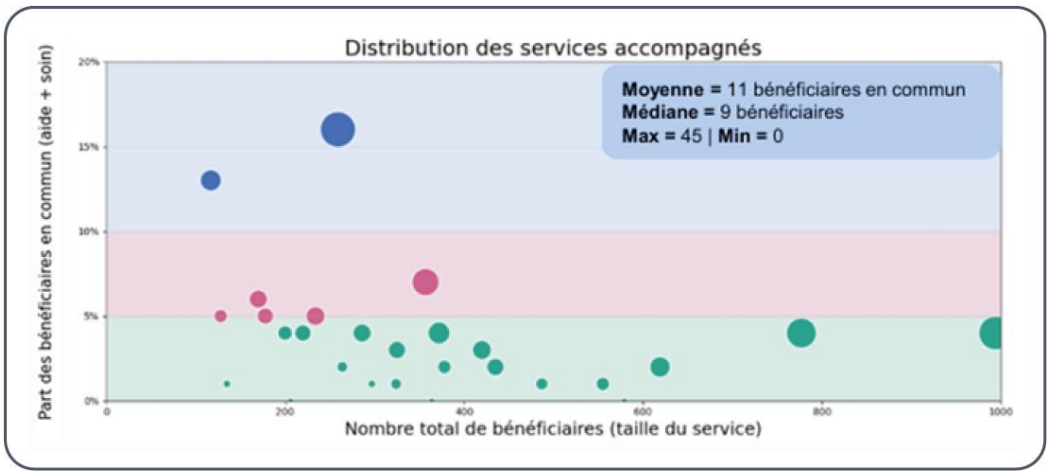
B - Atteindre des résultats attestant de la mise en œuvre progressive des objectifs de la réforme et de la viabilité des services

La contrepartie à l'assouplissement des contraintes portant sur l'entité juridique unique intervenant sur un territoire unique pour l'aide et les soins à domicile pour l'obtention et le maintien des autorisations nécessaires serait un suivi resserré d'indicateurs attestant de la bonne montée en charge de la réforme, grâce à la mise en place d'un tableau de bord territorial opérationnel, partagé et concis. Les données devraient également pouvoir être consolidées au plan national.

Une convention entre un SSIAD et un SAAD, ou un GCSMS pourrait, au même titre qu'un SAD constitué sous forme d'entité juridique unique, démontrer leur pertinence et leur viabilité durables, par une croissance à échéances définies du nombre de bénéficiaires pris en charge à la fois au titre de l'aide et du soin, mais aussi par l'atteinte d'un niveau crédible de nombre d'heures d'aide dans le territoire desservi, avec les adaptations utiles aux territoires montagneux, insulaires et excentrés.

Aujourd'hui, la proportion de personnes bénéficiant simultanément d'activités d'aide et de soins est relativement réduite. Cette part se situe toujours en deçà de 20 % de l'ensemble des bénéficiaires dans le retour d'expérience d'un bureau d'études, et avoisine plutôt 5 %.

Graphique n° 8 : part des bénéficiaires en commun d'aide et de soins par service



Source : cabinet KPMG, De la réforme à la réalité : retour d'expérience sur les SAD mixtes, *avril 2026*

Dans ce contexte, poser, en premier lieu, comme objectif à atteindre un taux minimal de 10 % d'ici le 31 décembre 2027 puis de 25 % d'ici le 31 décembre 2030, serait utile pour rendre effective l'amélioration de la coordination de l'aide et des soins attendue de la réforme, tout en respectant dans ces proportions mesurées une progressivité de mise en place et l'exercice du libre choix des usagers.

En deuxième lieu, la connaissance, en continu, des besoins non satisfaits par les SAD mixtes comme par les SAD-aide et les infirmiers libéraux, selon les territoires, pourrait résulter de la déclaration comme évènements indésirables des refus ou des ruptures de prise en charge, ainsi que d'un délai d'admission supérieur à deux semaines (cf. *supra*).

En troisième lieu, l'exigence d'une taille critique de gestion suffisante pour amortir les coûts fixes des SAD devrait favoriser la constitution d'entités durablement viables. Certains départements citent un seuil minimal de 30 000 heures par an, d'autres 45 000. Mais des fédérations

professionnelles estiment qu'une organisation bien structurée requiert au moins 80 000 heures d'intervention par an. Ces deux niveaux pourraient constituer deux bornes, à deux ans et à cinq ans. Une organisation en réseau avec une base territoriale plus large pourra toutefois soutenir l'existence de SAAD de taille plus modeste et la diffusion d'expertises très spécialisées (cf. *supra* pour les troubles psychiques et les troubles du spectre autistique). À défaut d'atteindre les résultats requis dans les échéances attendues, le retrait de l'autorisation du service pourrait alors être mis en œuvre par une décision des autorités de contrôle et de tarification compétentes.

C - Intégrer les SAD dans leur environnement de proximité

La coordination entre l'aide et les soins ne devrait pas s'arrêter au périmètre des SAD. La fédération nationale des associations de retraités prône un accompagnement coordonné autour de quatre groupes d'acteurs au bénéfice de la personne accompagnée : professionnels intervenant à domicile, infirmiers ou aides-soignants, médecin traitant[131], aidant ou proche. Elle considère cette fonction de « coordination médico-sociale renforcée » comme le levier indispensable à la réussite de la réforme. Les professionnels sont en première ligne de cette coordination, justifiant notamment la mise en place de la dotation de coordination aide et soin dans le cadre de la réforme de la tarification des SSIAD (cf. *supra*).

Au sein des SAD, un poste de coordonnateur, chargé d'organiser les temps de supervisions et de réunions internes, doit être identifié. Mais la coordination doit également être organisée avec l'environnement de proximité (professionnels de santé libéraux, dispositifs gérontologiques et du secteur du handicap, établissements et services sociaux, établissements de santé) afin de contribuer au meilleur accompagnement de l'usager dans son parcours de vie. Les professionnels de l'aide et du soin à domicile subissent depuis de nombreuses années un manque d'articulation avec ces autres acteurs.

Tout d'abord, ce manque d'articulation est présent au sein même du secteur du handicap où les structures d'accueil, d'accompagnement et de coordination s'entremêlent (services et établissements médicalisés ou non, dispositifs en habitats partagés, pôles de compétences et de prestations externalisées, communautés 360[132], mesures d'aide à la vie partagée, services ménagers exclus de la PCH, etc.[133]) alors qu'elles sont pourtant destinées à assurer un parcours coordonné des bénéficiaires.

Des évolutions sont possibles. Dans une logique de parcours de vie qui ne distinguerait plus systématiquement la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, mais reposerait sur les besoins individuels de chaque usager, l'objectif serait de créer un parcours personnalisé, quel que soit l'âge ou le type de handicap, en intégrant les services de soins à domicile, les services d'accompagnement social et les services spécialisés. Dans le secteur du handicap, cela pourrait se concrétiser par la création d'une plateforme de

[131] Le rôle du médecin prescripteur demeure en effet essentiel, le recours au SSIAD nécessitant une prescription médicale. Dans certains départements, l'absence de médecin traitant pour un nombre croissant de personnes engendre de grandes difficultés d'accès aux soins voire du non-recours.

[132] Les communautés 360, déployées depuis juin 2020, ont vocation à fédérer les acteurs spécialisés et de droit commun afin de proposer des solutions à toute personne en situation de handicap, à proximité de son lieu de vie. Pour ce faire, les personnes en situation de handicap et leurs aidants peuvent être mises en lien avec la communauté 360 de leur territoire en appelant un numéro vert. Ces communautés contribuent également à prévenir les risques de rupture de parcours en développant « l'aller vers » sur le territoire et interviennent en collaboration avec les maisons départementales des personnes handicapées.

[133] Cf. annexe n° 3.

coordination territoriale intégrant les SAD, les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH), les services d'aide à la vie sociale (SAVS) et les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), afin d'offrir un dossier usager unique, accessible aux différents intervenants. Un référent de parcours personnalisé, qui coordonne les interventions à domicile, de soins et d'accompagnement social pourrait être identifié. Les interventions de chaque service pourraient être planifiées en concertation, de manière à éviter les doublons et assurer une continuité dans le suivi.

Favoriser le développement d'une offre de services pluridisciplinaire élargie

Certains organismes gestionnaires ont développé des réflexions inspirées du modèle des SAD pour créer des coopérations élargies associant, par exemple, SAAD, SAVS et SAMSAH, afin de constituer un *continuum* d'interventions au profit de personnes adultes en situation de handicap, dont la complexité (troubles psychiques ou cognitifs, troubles sévères du neurodéveloppement) implique une compétence adaptée de la part des intervenants à domicile. Pour permettre l'émergence d'une telle offre, un département a lancé, en septembre 2024, un appel à projets visant à délivrer une autorisation de services autonomie à domicile (SAD-aide) à des SAVS ou SAMSAH déjà autorisés et accompagnant des personnes répondant aux profils décrits. Les SAD portés par les deux opérateurs retenus à l'issue de cet appel à projets ont débuté leur activité à la fin de l'année 2025.

Différents facteurs de réussite sont nécessaires à cette bonne articulation entre tous les intervenants susceptibles d'être mobilisés. Tout d'abord, la réorganisation des services d'aide et de soins à domicile doit se développer dans une logique « modulaire », où les différents services sont adaptables en fonction des besoins spécifiques de l'usager (personnes en situation de handicap ou âgées).

Cette approche modulaire dans l'accompagnement des personnes vulnérables constitue en effet depuis plusieurs années une des priorités majeures des pouvoirs publics à travers le développement d'une politique globale de transformation de l'offre médico-sociale. Les SAD doivent s'articuler davantage avec l'ensemble de l'offre du secteur, notamment les structures d'accueil à temps plein (EHPAD, maisons d'accueil spécialisées, instituts médico-éducatifs et foyers d'accueil médicalisés), mais aussi des dispositifs plus flexibles comme l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire qui soutiennent les aidants, et les autres structures ambulatoires. Cette articulation entre SAD et accueil séquentiel doit favoriser une fluidité entre le domicile et l'hébergement sans rupture de prise en charge, les personnes accompagnées pouvant débuter leur parcours à domicile, puis intégrer progressivement des interventions plus intensives, comme des séjours en accueil de jour ou de nuit, et enfin, si nécessaire, une admission en hébergement temporaire voire permanent.

Un autre facteur de réussite repose sur un partage d'informations continu (grâce à des outils numériques adaptés) entre le domicile et les établissements spécialisés avec un dossier unique partagé qui centralise les informations des usagers (soins, besoins, préférences) et permet à tous les intervenants d'ajuster leurs pratiques. Cela assurerait une continuité des soins et un suivi personnalisé, même entre les différents types de structures.

Un outil déployé en Nouvelle-Aquitaine pour favoriser le partage d'informations et assurer la coordination des acteurs autour de situations complexes[134]

L'outil *Paaco Globule* est partagé par les professionnels de santé, médico-sociaux ainsi que les SAD et les professionnels du département (évaluateurs APA, coordonnateurs-autonomie) de même qu'avec la MDPH pour les plans PCH aide humaine.

Cet outil numérique régional de coordination des parcours a été déployé par le GIP Esea Nouvelle-Aquitaine et est utilisé pour le suivi de tous types de parcours de santé. La prise en charge des maladies chroniques et des situations de santé complexes nécessite le plus souvent l'intervention de nombreux professionnels auprès du patient. L'organisation d'une prise en charge globale et son adaptation en fonction des besoins du patient impliquent une communication et une coordination renforcée entre les professionnels. Sécurisé et hébergé chez un hébergeur agréé pour les données de santé, cet outil permet un partage d'informations sécurisé entre les professionnels en tenant compte du profil de chaque intervenant. *Paaco-Globule* est une des quatre offres numériques retenues dans l'accord-cadre national E-parcours porté par le Resah (centrale d'achat pour la mutualisation et la professionnalisation des achats du secteur de la santé). Disponible sur téléphone mobile ou tablette, un mode déconnecté permet son utilisation partout, notamment au domicile des patients quand ils résident dans des zones isolées.

Ses principales fonctionnalités fluidifient les parcours et facilitent le lien ville-hôpital : journal de communication, agenda du patient, partage des documents utiles au parcours de santé, vision exhaustive des médicaments pris par le patient et validation possible de bilans médicamenteux, plan personnalisé de santé, recueils standards et synthèses, organisation du parcours d'éducation thérapeutique du patient. Un système de notifications et d'alertes permet enfin de signaler les nouveaux évènements dans le parcours du patient.

Le dernier facteur de réussite porte sur la nécessaire clarification des nombreux dispositifs de coordination et des rôles respectifs de chacun. De nombreux départements constatent en effet une complexification des accompagnements du fait de la multiplication de ces dispositifs[135]. L'enchevêtrement des dispositifs (par exemple une partie du périmètre des dispositifs d'appui à la coordination est commune avec celui des centres de ressources territoriaux) produit un manque de lisibilité des rôles de chacun pour les usagers et les aidants, mais également pour les professionnels. Le risque est double : soit que les dispositifs de coordination se renvoient la balle et qu'en définitive, l'usager se retrouve sans coordination ni solution de parcours, soit que plusieurs instances intervenant auprès de la personne revendiquent le rôle de coordonnateurs.

Pour la majorité des ARS, les SAD ont vocation à devenir l'opérateur de référence du quotidien de la personne, sur le double champ aide et soins, avec une responsabilité accrue dans la prévention des ruptures de prise en charge, tel que le prévoit leur cahier des charges. Pour

[134] Dans un autre département, c'est le logiciel de coordination de parcours *Parcéo* (développé par le groupement régional d'appui au développement de la e-santé (Grades) dans le Grand-Est (PULSY), déjà déployé dans les équipes de la direction de l'autonomie, du service social départemental et du DAC), qui permet le partage de données entre les différents professionnels « actifs » dans le parcours des personnes afin qu'ils fonctionnent comme une équipe, quelles que soient leurs institutions d'appartenance. Le département et l'ARS souhaitent promouvoir l'utilisation de Parcéo lorsqu'un usager/patient sera simultanément accompagné par un SAAD et un SSIAD, Parcéo ayant ainsi vocation à devenir l'outil de liaison unique pour les interventions réalisées au domicile de la personne accompagnée prévu par le cahier des charges. Parcéo permet de transmettre les informations utiles et nécessaires permettant de se coordonner lors du début de l'accompagnement par le SAAD ou le SSIAD et d'échanger des informations permettant d'ajuster l'accompagnement. Un groupe de travail *ad hoc* a été lancé avec les SAAD et SSIAD en septembre 2025.

[135] Cf. annexe n° 3.

leur part, les centres de ressources territoriaux ont un double rôle de diffusion des bonnes pratiques gériatriques et de prévention, mais aussi d'intervention à domicile pour prévenir les admissions en EHPAD évitables. Les structures de l'hospitalisation à domicile et les acteurs sanitaires du domicile interviennent sur des séquences de soins spécialisées, avec un impératif de coordination avec les SAD en amont et en aval. Enfin, les dispositifs d'appui à la coordination sont le dispositif mobilisé pour les situations complexes, faisant intervenir divers acteurs, en présence de plusieurs problématiques. Pour les ARS, l'enjeu est d'éviter les confusions de missions, notamment entre coordination de proximité (SAD et centres de ressources territoriaux) et coordination des situations complexes (dispositifs d'appui à la coordination). Les départements sont également en attente de cette clarification.

Pour les ARS, comme pour la majorité des départements, le service public départemental de l'autonomie constitue l'espace de gouvernance le plus adapté et pertinent afin de coordonner les interventions d'acteurs dont les métiers et modes d'accompagnement sont aujourd'hui encore éloignés. La Cour partage cette position.

D - Renforcer le suivi de la qualité du service rendu

La réforme des SAD doit être l'occasion de mettre en place un projet d'accompagnement global des usagers, favorisant l'appropriation d'une culture professionnelle commune.

Tout d'abord, les conditions de la réussite de cette réforme passent par la mise en place au niveau territorial d'indicateurs de suivi orientés au bénéfice direct de l'usager, de l'aidant ou du professionnel. Une ARS a par exemple identifié quelques indicateurs au titre de l'impact perçu par les usagers comme le taux de satisfaction globale, le taux de réclamations ou encore le taux de rupture de prise en charge non choisie. De même du point de vue des aidants, avec par exemple le pourcentage d'aidants déclarant que le SAD a amélioré leur équilibre de vie, le taux de satisfaction des aidants bénéficiant d'une solution ou encore le taux d'arrêts de travail pour les aidants actifs. Des indicateurs en lien direct avec la prise en charge par les professionnels sont également indispensables, concernant notamment les hospitalisations évitables avec par exemple le taux d'hospitalisations non programmées, le taux de réhospitalisation à 30 jours ou encore le taux de passages aux urgences sans hospitalisation[136] ; les entrées non souhaitées en établissement avec par exemple la proportion de GIR 3-4 entrant en EHPAD faute de solution à domicile, le taux d'admissions en urgence en établissement[137] ; la continuité des parcours avec la prise en compte du taux de rupture de plan d'aide ou du nombre moyen d'intervenants différents par mois ; la stabilisation de l'état de santé avec les indicateurs classiques que l'on retrouve pour les personnes âgées et en situation de handicap comme le nombre d'escarres, de personnes dénutries ou encore de chutes déclarées. Enfin, des indicateurs destinés à objectiver le rapprochement concret de l'aide et du soin au sein des SAD sont indispensables tels que le nombre de patients communs entre aide et soin (avec la nécessité de mettre en place un dossier partagé) ainsi que le temps de coordination réellement effectué (réunions, transmissions, analyses de pratiques, etc.), l'évolution du niveau de compétences et de qualification des effectifs des SAD mixtes et SAD-aide ou encore l'organisation conjointe des tournées pour limiter les ruptures.

[136] Indicateurs mesurables et disponibles en lien avec la CPAM.

[137] D'autres indicateurs sont possibles, tels que l'amélioration du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie (notamment en GIR 3 et 4) ainsi que des personnes en situation de handicap.

La formalisation de ces indicateurs par les services au niveau local, partagés avec les autorités de tarification et de contrôle, pourrait s'inscrire dans le cadre des CPOM, les objectifs assignés tenant compte des particularités et besoins de chaque territoire d'intervention.

La montée en charge du rôle des SAD nécessite par ailleurs de remédier au manque actuel des moyens en ressources humaines sur les compétences inspections-contrôles des ARS et des départements. Dans les suites de l'affaire Orpea, les ARS ont priorisé sur les EHPAD leurs moyens en ressources humaines affectés aux inspections et contrôles; elles ont réalisé très peu d'inspections et de contrôles dans le secteur du domicile au cours des trois dernières années. Très peu d'événements indésirables sont également remontés de la part des opérateurs, montrant un manque d'acculturation aux signalements dans ce secteur. Il en est de même pour les départements, qui peuvent être répartis selon trois catégories distinctes pour le suivi des services à domicile relevant de leur compétence : un premier groupe de départements où le pilotage est actif et les services sont « outillés » (au moins quatre ETP, des inspections actives, des outils anti-fraude, une cartographie complète) ; un deuxième groupe où le pilotage est intermédiaire (entre deux et quatre ETP, des outils partiels, des inspections ponctuelles) ; un troisième groupe où le pilotage est minimal voire absent (moins de deux ETP, aucune inspection, aucune action anti-fraude)

La structuration des équipes des autorités de contrôle (en particulier celles des départements si le pilotage de l'ensemble du secteur leur était confié) est d'autant plus nécessaire que la réorganisation du secteur de l'aide et des soins à domicile ne fait que commencer : alors que le secteur de l'aide était déjà trop morcelé, raison pour laquelle les départements ne souhaitaient pas délivrer d'autres autorisations de SAAD dans leur immense majorité, les modalités techniques de la réforme ont conduit à leur démultiplication. L'appréciation de l'opportunité ou non de retirer des autorisations ou de ne pas les renouveler va donc devoir s'exercer dans nombre de départements. Pour le faire de manière objective, les départements pourront se fonder notamment sur le recensement d'évènements indésirables et sur les résultats d'évaluation à partir du référentiel de la HAS. Ces repères complèteront les données relatives au nombre d'heures prestées annuellement, afin d'établir une organisation avec des services solides, disposant d'une taille critique suffisante.

IV - Un modèle économique assurant la viabilité et le développement de l'activité d'aide à domicile

La réforme des SAD (SAD mixtes et SAD-aide à titre transitoire) a été conçue comme essentiellement institutionnelle et juridique. Elle ne traite pas la question économique de fond, consistant à définir un modèle de financement permettant de conforter et de développer l'offre à domicile afin d'absorber le choc démographique, de garantir l'effectivité de l'offre requise pour couvrir les besoins et d'attirer une main-d'œuvre déjà insuffisante.

A - Revoir le modèle économique des SAAD

Le secteur des SAAD fait l'objet d'une politique publique hésitante, entre solvabilisation des bénéficiaires et subventionnement des opérateurs, d'une part, et entre régulation d'un marché libre et concurrentiel et économie administrée, d'autre part.

À cette indétermination s'ajoute un nombre très élevé d'opérateurs dont la majorité se situe en deçà des seuils critiques de viabilité économique, et qui représentent toutes les formes de statuts et de cultures possibles. La conséquence en est un recours généralisé aux subventions d'équilibre qui ne résolvent en rien le déséquilibre de fond, alors que les administrations centrales ne disposent pas des données consolidées au niveau national qui permettraient de rendre la dépense publique, sinon maîtrisée, du moins pilotable.

De nombreux départements ont fait état à la Cour de subventions pouvant aller de plusieurs centaines de milliers à plusieurs millions d'euros versées à des SAAD pour lesquels elles peuvent représenter jusqu'à 16 % des produits d'exploitation.

Le déséquilibre structurel tient à l'architecture-même du financement à l'heure. Les départements évoquent une insécurité du modèle économique, une fragilité des structures due à l'écart entre les coûts réels de fonctionnement et les financements alloués, et la nécessité d'une refonte du modèle de financement de l'aide à domicile. Le nombre d'heures des plans d'aide réalisées reste inférieur aux volumes notifiés d'environ 25 % à 30 % au regard des réponses de la majorité des départements au questionnaire de la Cour, essentiellement par manque d'intervenants disponibles.

Le modèle économique doit donc être revu. Un rapprochement avec le modèle de financement des SSIAD (consistant en une dotation socle couvrant les charges fixes et un paiement au service rendu pour la couverture des charges variables) n'est pas souhaitable, compte tenu du coût qu'il représenterait pour les finances publiques.

Une autre option, recommandée par la Cour, conduit à confier aux organismes gestionnaires de services d'aide à domicile, quel que soit leur statut, la responsabilité de fixer le tarif horaire de leurs prestations, permettant à la fois l'équilibre financier et le développement de l'activité[138]. Les SAAD pourraient ainsi définir librement leurs tarifs permettant de couvrir les coûts des prestations, notamment dans un contexte où le cahier des charges conduirait à renforcer les exigences en matière de qualité de service. Le tarif serait couvert par les financements des départements et par les usagers, ces derniers étant amenés à davantage participer au coût de l'aide à domicile. La possibilité pour les usagers de recourir à un autre SAAD[139], voire à l'emploi direct d'un salarié à domicile, devrait contribuer à maintenir les tarifs à un niveau raisonnable.

Le calendrier de l'enquête nationale de coûts, menée par l'ATIH, ne permettra pas de disposer de résultats avant le deuxième semestre de 2027. Mais elle apportera des repères de gestion indispensables au pilotage de ce secteur, tant au niveau départemental dans sa diversité qu'au plan national, notamment s'il fallait réviser le barème et les plafonds de l'APA et de la PCH, au regard des coûts ainsi objectivés.

[138] C'est la logique déjà retenue par le législateur pour les EHPAD habilités à l'aide sociale pour la tarification de l'hébergement, protégeant les résidents pauvres mais mobilisant la capacité contributive des autres, avec l'article 24 de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie. Cf. article L. 342-3-1 du code de l'action sociale et des familles et décret n° 2024-1270 du 31 décembre 2024 relatif aux tarifs afférents à l'hébergement dans les établissements pour personnes âgées dépendantes.

[139] La grande majorité des départements ayant répondu à la Cour ont indiqué avoir pris soin d'autoriser au moins deux SAAD par territoire.

B - Encadrer le reste à charge pour les usagers disposant de faibles revenus

Un tel modèle économique n'est acceptable que si le reste à charge pour les usagers tient compte de leurs ressources selon les mêmes principes et modalités partout sur le territoire, afin d'éviter que les personnes disposant de faibles revenus et patrimoines ne soient empêchées de bénéficier des services d'aide à domicile ou soient prises en charge de façon inégale.

Des règles devraient être établies au plan national pour déterminer les bénéficiaires âgés ou en situation de handicap qui auraient vocation à bénéficier d'un reste à charge nul ou minime, s'imposant à tous les opérateurs autorisés, quel que soit leur statut (public, privé à but non lucratif ou privé commercial). Cet encadrement du reste à charge devrait écarter tout risque de discrimination financière de la part des opérateurs et devrait être expressément précisé dans la notification du plan d'aide pour une plus grande transparence, afin de protéger les bénéficiaires, avec l'appui de leurs aidants. Des refus de prise en charge des personnes bénéficiant d'un reste à charge nul ou minime, par ailleurs recensés parmi les événements indésirables (cf. *supra*), pourraient être sanctionnés par un retrait d'autorisation, afin d'éviter tout risque de sélection des bénéficiaires.

Un tel encadrement du reste à charge au plan national, poursuivant la même finalité que l'habilitation à l'aide sociale départementale, protègerait ainsi les usagers à faibles revenus dans les territoires où l'ensemble des SAAD n'est pas habilité. Les autres usagers acquitteraient des tarifs en rapport avec les coûts de revient des opérateurs.

Cet encadrement national vise également à limiter l'impact d'un cumul de handicaps sur un territoire : peu d'infirmiers libéraux, listes d'attente en SSIAD, report contraint des usagers vers des SAAD non habilités avec des tarifs horaires élevés.

Un tel dispositif reviendrait à restaurer l'effectivité et la lisibilité de l'actuel barème APA soumis à de considérables disparités du point de vue de la réalité des restes à charge, complété ainsi par un barème des restes à charge, appliqué selon les mêmes modalités partout sur le territoire sans tenir compte du statut des opérateurs, dont l'effet redistributif serait ainsi harmonisé au niveau national, tout en tenant compte de la situation difficile des finances publiques.

La direction générale des entreprises soutient le principe de cette responsabilité tarifaire des opérateurs. *Départements de France* n'en conteste pas le bien-fondé tout en évoquant la nécessité d'une progressivité de la prise en charge du reste à charge des bénéficiaires selon leurs capacités contributives, d'un plafonnement du taux applicable et d'une allocation de moyens financiers permettant aux départements, confrontés à des difficultés financières, de faire face à la future montée en charge des besoins. La direction générale de la cohésion sociale émet en revanche des réserves liées à la crainte de voir émerger des effets de seuil complexes, à la difficulté de lutter contre les effets d'éviction et à un renforcement de la charge administrative pour gérer ce nouveau dispositif. La CNSA se montre plus réservée encore, en évoquant un risque d'inégalités territoriales là où les tarifs risquent d'être élevés du fait d'un manque d'intervenants. Elle craint un possible effet inverse de celui recherché, par l'augmentation du reste à charge restant dû après crédit d'impôt, même pour les bénéficiaires les mieux pris en charge.

Il convient toutefois de préciser que la Cour ne fonde pas son approche sur une analyse du barème de l'APA et de ses effets. Elle considère que la suppression ou la réduction du reste à charge pour les personnes disposant de faibles revenus ne peut pas être compensée aux opérateurs sur la base de tarifs nationaux, mais sur celle du coût de revient moyen départemental.

Le respect d'un cahier des charges faisant figurer ces objectifs de politique publique, dont la délivrance d'aide et de soins auprès de publics identifiés afin qu'ils ne soient pas évincés, conditionnerait le maintien de l'autorisation des opérateurs par les départements dans ce nouveau schéma. Des manquements à ces obligations de prise en charge des demandes, quelle que soit la capacité de paiement des usagers, seraient des motifs de retrait des autorisations délivrées.

Les usagers et leurs aidants qui doivent être protégés de tout risque de discrimination financière disposeraient si besoin de plusieurs voies de droit, indiquées dans la notification du plan d'aide, pour faire respecter ces règles et faire connaître les manquements, avec l'aide de leurs associations représentatives : saisine du département, de la « personne qualifiée » prévue à cet effet par le code de l'action sociale et des familles140, des services de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, du délégué départemental du Défenseur des droits.

La baisse de recettes pour l'opérateur, compte tenu de l'obligation de pratiquer des tarifs plus bas voire nuls pour les personnes à faibles revenus, serait compensée par le département au moyen d'une dotation établie sur la base du coût de revient départemental moyen de l'heure d'aide. Pour ce faire, chaque opérateur autorisé devrait transmettre au département les données requises pour calculer ce coût de revient moyen, tel que la CNAV l'a organisé pour surveiller l'impact de sa politique tarifaire (cf. *supra*). Ce calcul serait grandement facilité par l'imposition d'un cadre budgétaire et comptable commun à l'ensemble des opérateurs (cf. *supra*).

Dans un tel schéma, l'habilitation de tout ou partie des opérateurs à l'aide sociale ne serait plus nécessaire, de même que la tarification de leurs prestations par le département, pourvu que des engagements de service public (priorité donnée à des populations ou territoires cibles, participation nulle ou minime d'usagers aux ressources faibles, etc.) soient établis dans les CPOM et contrôlés. Des effectifs aujourd'hui affectés à la tarification pourraient être redéployés vers des missions d'analyse du bien-fondé de renouveler certaines autorisations, de contrôle financier et qualitatif, de suivi des CPOM et de suivi d'indicateurs de satisfaction des usagers.

La CNSA propose un schéma alternatif qui serait de redéployer l'équivalent des sommes consacrées actuellement au crédit d'impôt en crédits affectés à la branche autonomie, afin de mieux financer l'aide à domicile. Mais il faut tenir compte de la très forte diversité de la dépense assumée par les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, selon les départements, selon le statut et le tarif des opérateurs, tarif administré ou librement déterminé, selon le niveau de GIR et de mise en œuvre effective du plan d'aide. Une telle diversité ne pourrait être intégrée dans le paramétrage national d'une prestation de solidarité.

Le développement durable de l'aide à domicile suppose de porter également une attention à la possibilité de fixer à un niveau inférieur des tarifs départementaux pour l'emploi direct au titre de l'APA et de la PCH: l'ampleur des obligations qualitatives et administratives qui pèsent sur les services prestataires au titre du cahier des charges établi par les pouvoirs publics ne doit pas devenir un désavantage compétitif, par comparaison avec une offre en emploi direct ou par un mandataire bien moins coûteuse car affranchie de ces mêmes obligations.

[140] Article L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au regard des difficultés rencontrées par les acteurs pour mettre en œuvre la réforme dans le cadre juridique actuel et des obstacles qu'il a même créés à la recomposition de l'offre, la Cour propose d'assouplir les modalités de constitution des SAD (en restaurant la possibilité d'entités juridiques distinctes sur des territoires pouvant être partiellement différents) et, en contrepartie, de conditionner l'octroi et le maintien des autorisations à l'atteinte de résultats attestant d'une meilleure coordination de l'aide et des soins, d'une plus grande accessibilité et qualité des services et de l'atteinte d'une taille critique par les opérateurs, assurant leur viabilité et le développement du secteur.

En complément, une responsabilité restaurée de tarification pour les organismes gestionnaires quel qu'en soit le statut juridique - mais encadrée par l'application d'un barème national tenant compte des capacités contributives des bénéficiaires et adossé sur les coûts de revient moyens départementaux - devrait permettre la mise en place d'un modèle économique pour les activités d'aide à domicile plus à même d'accompagner la croissance du secteur tout en limitant voire annulant le reste à charge des personnes aux faibles revenus.

Enfin, l'accélération nécessaire de la mise en œuvre de la réforme et de la rationalisation de l'offre serait favorisée par la désignation d'un pilote unique. Une délégation de droit aux départements de la compétence sur l'activité de soins à domicile le permettrait, une concertation avec les ARS sur l'évolution de l'offre demeurant nécessaire.

Ces évolutions sont à mettre en œuvre rapidement dans la perspective de l'accélération dès 2030 du nombre des personnes en perte d'autonomie devant bénéficier d'aide et de soins à domicile.

La Cour formule les recommandations suivantes :

6. *déléguer aux départements, dès 2027, la compétence de pilotage et de régulation du secteur de l'aide et des soins à domicile (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Départements de France) ;*
7. *conditionner dès 2027 l'octroi et le maintien des autorisations des services d'aide et de soins à domicile aux résultats obtenus concernant le nombre de personnes bénéficiant d'aide et de soins coordonnés, le nombre d'évènements indésirables et le nombre d'heures d'intervention réalisées, en contrepartie de la suppression de l'obligation pour les services de parvenir à associer aide et soins au sein d'une entité juridique unique intervenant sur un territoire unique (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Départements de France) ;*
8. *construire dès 2027 un tableau de bord partagé, départemental et national, des indicateurs de pilotage de la réforme du secteur de l'aide et des soins à domicile (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Départements de France) ;*
9. *organiser progressivement, entre 2027 et 2032, la polyvalence des services de soins à domicile (SSIAD et SAD mixtes) au bénéfice des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Départements de France) ;*

10. *donner en 2027 à tous les gestionnaires de services autorisés la responsabilité de fixer les tarifs horaires de leurs prestations d'aide à domicile, en tenant compte des capacités contributives des usagers et dans le respect de règles nationales encadrant le reste à charge des personnes disposant de faibles revenus (ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'économie et des finances et de la souveraineté industrielle, énergétique et numérique, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Départements de France).*

Liste des abréviations

ACOSS..... Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ADMR..... Aide à domicile en milieu rural
AES ..... Accompagnant éducatif et social
AGGIR ..... Autonomie gérontologique groupes iso-ressources
AGS..... Association pour la gestion du régime de garantie des créances des salariés
AMP ..... Aide médico-psychologique
ANAP..... Agence nationale d'appui à la performance
ANC ..... Autorité des normes comptables
APA..... Allocation personnalisée autonomie
ARS ..... Agence régionale de santé
ASV..... Adaptation de la société au vieillissement
AVS..... Auxiliaire de vie sociale
BSI ..... Bilans de soins infirmiers
CASF..... Code de l'action sociale et des familles
CARSAT ..... Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAS ..... Centre communal d'action sociale
CCIAS..... Centre communal et intercommunal d'action sociale
CCN ..... Convention collective nationale
CNAM..... Caisse nationale d'assurance maladie
CNAV ..... Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNOCP ..... Conseil de normalisation des comptes publics
CNSA ..... Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM ..... Caisse primaire de l'assurance maladie
CPOM ..... Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS ..... Communauté professionnelle territoriale de santé
CRT..... Centre de ressources territorial
DAC ..... Dispositif d'appui à la coordination
DGCS ..... Direction générale de la cohésion sociale
DGOS..... Direction générale de l'offre de soins
DREES ..... Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSN..... Déclaration sociale nominative
DSS ..... Direction de la sécurité sociale
EHPAD ..... Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENC..... Étude nationale des coûts
EPCI ..... Établissement public de coopération intercommunale
EPRD ..... État prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS..... Établissement public de santé

ERRD ..... État réalisé des recettes et des dépenses
EPSMS ..... Établissement public social et médico-social
ESMS ..... Établissement et service médico-social
ETP..... Équivalent temps plein
FAM ..... Foyer d'accueil médicalisé
GCS ..... Groupement de coopération sanitaire
GCSMS ..... Groupement de coopération sociale ou médico-sociale
GHT ..... Groupement hospitalier de territoire
GIE ..... Groupement d'intérêt économique
GIR..... Groupe iso-ressources
HAD ..... Hospitalisation à domicile
HAS..... Haute Autorité de santé
IDE ..... Infirmier diplômé d'État
IDEL..... Infirmier diplômé d'État libéral
IGA..... Inspection générale de l'administration
IGAS ..... Inspection générale des affaires sociales
IGF ..... Inspection générale des finances
IME ..... Institut médico-éducatif
INSEE ..... Institut national de la statistique et des études économiques
ITEP ..... Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
IPP ..... Institut des politiques publiques
IRDES ..... Institut de recherche et documentation en économie de la santé
LFSS..... Loi de financement de la sécurité sociale
MAS ..... Maison d'accueil spécialisée
MDPH ..... Maison départementale des personnes handicapées
OGD ..... Objectif global de dépenses
ONDAM..... Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PCG ..... Plan comptable général
PCH ..... Prestation de compensation du handicap
PCUOSS..... Plan comptable unique des organismes de sécurité sociale
PSAD ..... Prestataire de service à domicile
SAAD..... Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAD..... Service autonomie à domicile
SAMSAH ..... Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAP ..... Service à la personne
SAVS ..... Service d'aide à la vie sociale
SESSAD..... Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SMR ..... Soins médicaux et de réadaptation
SNDS ..... Système national des données de santé
SPDA ..... Service public départemental de l'autonomie
SSIAD ..... Service de soins infirmiers à domicile
USLD ..... Unité de soins de longue durée
VAE ..... Validation des acquis de l'expérience

Annexes

Annexe n° 1 : courrier de la commission des affaires sociales du Sénat.....100
Annexe n° 2 : principales étapes de l'évolution législative et réglementaire de l'aide et du soin à domicile 101
Annexe n° 3 : le paysage institutionnel des professionnels, des services à domicile et des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux pouvant être mobilisés pour le parcours de soins et d'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 104
Annexe n° 4 : aide et soins à domicile des personnes fragiles : qui finance quoi et comment ?.....105
Annexe n° 5 : travaux méthodologiques réalisés par la Cour des comptes sur les bases de données concernant l'aide et les soins à domicile 107
Annexe n° 6 : cartographie nationale, des régions et de 14 départements, par établissement public de coopération intercommunale, concernant l'adéquation de l'offre d'aide à domicile aux besoins : où sont les « zones blanches » et les risques de déni de service ?.....135
Annexe n° 7 : contrastes entre départements concernant le taux d'équipement en places de SSIAD pour les personnes en situation de handicap 168
Annexe n° 8 : enseignements croisés des données de l'enquête ADMR 2024 et du référentiel ARGOS de l'UNA 2019-2023 169
Annexe n° 9 : APA, PCH, crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile : mécanismes de financement, de participation et d'exonération 174

Annexe n° 1 : courrier de la commission des affaires sociales du Sénat

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SÉNAT

COMMISSION
DES
AFFAIRES SOCIALES

LE PRÉSIDENT

Monsieur Pierre MOSCOVICI
Premier Président
Cour des comptes
13 rue Cambon
75100 Paris Cedex 01

Paris, le 2 avril 2025

Réf. : AFSOC_PDT_2025_180

Monsieur le Premier Président,

En application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, j'ai l'honneur de vous demander que la Cour des comptes procède à une enquête sur la situation des services d'aide et de soins à domicile (services d'aide et d'accompagnement, services de soins infirmiers et services polyvalents).

Le Sénat est régulièrement alerté sur les difficultés rencontrées par le secteur de l'aide et du soin à domicile. Certains territoires sont dépourvus de services et de nombreuses personnes sont sans solution ce qui donne lieu, dans certains cas, à l'entrée de personnes âgées ou handicapées en établissement alors qu'elles pourraient et souhaiteraient rester à leur domicile.

Pour pallier les difficultés et renforcer les services d'aide et de soins à domicile, plusieurs réformes ont été récemment appliquées (réforme de la tarification des SSIAD, tarif plancher pour les SAAD, dotation qualité…). Une réorganisation du secteur a également été amorcée avec la réforme de la fusion des SAAD, SSIAD et SPASAD en « services autonomie à domicile » (SAD), dont la mise en œuvre rencontre d'importants obstacles.

Dans ce contexte, la commission souhaiterait, d'une part, que la Cour des comptes identifie les territoires en tension et les incidences sur la prise en charge des personnes âgées ou en situation de handicap et, d'autre part, qu'elle analyse la situation financière des services d'aide et de soins à domicile en tenant compte des effets des réformes et des enjeux relatifs à la gouvernance. Plus particulièrement, la commission juge utile de disposer d'un diagnostic sur les raisons du blocage de la création des SAD, accompagné de pistes d'ajustement de cette réforme.

La commission souhaite que les conclusions de ce rapport lui soient présentées avant la fin du mois de juin 2026.

Je vous prie de croire, Monsieur le Premier Président, à l'assurance de ma meilleure considération.

Philippe MOUILLER

15, RUE DE VAUGIRARD – 75291 PARIS CEDEX 06 - TÉLÉPHONE : 01 42 34 20 84 - TÉLÉCOPIE : 01 42 34 33 16

Annexe n° 2 : principales étapes de l'évolution législative et réglementaire de l'aide et du soin à domicile

Le secteur de l'aide et du soin à domicile relève du secteur plus large appelé social et médico-social, constitué comme séparé de celui de l'hôpital par trois lois fondatrices, une en 1970 puis deux en 1975. Ces deux champs s'extraient alors du même moule historique que fut celui des hospices, agrégat indifférencié auparavant de toutes les maladies, infirmités et inadaptations. L'hôpital moderne issu de ces évolutions était constitué par le paradigme du curatif grâce à des moyens de soins désormais efficaces, avec l'espérance de la guérison. Le secteur médico-social a, lui, été conçu sur le mode de l'accompagnement plus adapté de handicaps « consolidés » ou de maladies stabilisées et pertes d'autonomie établies, mais sans véritable espérance d'amélioration.

Trois lois forment des pivots de cette évolution pour le secteur de l'aide à domicile : celles du 30 juin 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales d'une part, et d'orientation « en faveur » des personnes en situation de handicap, d'autre part, actes fondateurs ; et celle dite « Borloo » du 26 juillet 2005, qui a structuré le volet « services à la personne » selon une logique sensiblement distincte.

Les deux lois de 1975 représentent une rupture épistémologique dans l'approche des notions de soin et de santé : elles posent le primat de la personne et de son accompagnement sur la pathologie qui est à l'origine de l'inadaptation ; elles instituent le champ médico-social en le distinguant du champ hospitalier établi pour sa part par la loi du 31 juillet 1970, et en opérant l'émancipation d'une catégorie d'acteurs du système sanitaire, au premier rang desquels les acteurs associatifs du champ social et médico-social qui développent de nombreuses initiatives et se sont ainsi emparés de domaines délaissés par la puissance publique (aide à domicile, enfance protégée, handicap, exclusion). Le champ médico-social est donc comme fondé sur une logique d'accompagnement global et non sur le curatif, même si des soins peuvent être nécessaires en prévention secondaire, pour éviter une dégradation de la situation stabilisée.

La loi du 2 janvier 2002 a confirmé et approfondi l'esprit des deux lois de 1975 en renforçant le droit des usagers (la loi n'écrit plus « en faveur », changement d'état d'esprit), en maintenant le pluralisme des opérateurs mais également en introduisant plus de formalisme au sein d'un secteur relativement peu régulé (formalisation des procédures d'autorisation, obligation d'évaluation, tarification administrée). Ce mouvement de régulation, prolongé par les décrets d'application successifs de la loi du 21 juillet 2009 qui a placé le secteur médico-social sous l'égide partagée des départements et des agences régionales de santé, n'a pas entamé la profonde distinction de statuts et cultures entre services d'aide à domicile et services de soins infirmiers à domicile que la réforme engagée depuis 2022 tend à surmonter, à tout le moins dans ses effets du point de vue de l'usager.

En effet, la double transition démographique et épidémiologique – le vieillissement et les maladies chroniques – a largement estompé en 2026 les raisons d'être, cinquante ans auparavant, de la séparation du sanitaire, du médico-social et du social. Le secteur sanitaire soigne désormais au long cours des maladies chroniques, en ville ou en milieu hospitalier, et doit de plus en plus tenir compte du contexte social, tandis que la préférence pour l'accompagnement à domicile dans les trois champs (sanitaire, social et médico-social) se traduit par une aggravation des situations admises en structures sociales et médico-sociales avec hébergement à temps plein, souvent instables et susceptibles de décompensations graves et de réhospitalisations à temps plein ou en HAD (EHPAD, maisons d'accueil spécialisées (MAS) et

foyers d'accueil médicalisés (FAM), foyers de vie et d'hébergement)[141]. De ce point de vue, rapprocher l'aide et le soin au sein de services autonomie à domicile est aussi cohérent que bienvenu compte tenu du contexte démographique et épidémiologique.

Tableau n° 14 : étapes législatives du secteur de l'aide et du soin à domicile

Année	Texte	Dispositions principales
1975	Lois n° 75-534 et 75-535 (30 juin)	Acte fondateur du secteur médico-social, distinct du secteur hospitalier. Définition des catégories d'établissements et services sociaux et médico-sociaux. Régime d'autorisation pour la création et l'extension des structures. Attribution de droits pour les personnes handicapées et processus de reconnaissance. Consécration du rôle des acteurs associatifs et privés. Premier cadre de tarification administrée.
2002	Loi n° 2002-2 (2 janvier) dite loi de rénovation	Refonte du cadre de 1975. Renforcement du droit des usagers (projet individualisé, livret d'accueil, conseil de la vie sociale, contrat de séjour). Insertion des SAAD et des SSIAD dans la typologie législative, au 6ème du I de l'article L.312-1 du code l'action sociale et des familles. Formalisation des procédures d'autorisation et d'évaluation externe obligatoire. Renforcement de la planification par schémas départementaux et régionaux.
2004	Décret n° 2004-613 (25 juin)	Création des Services polyvalents d'aide et de soins à domicile : première tentative règlementaire de rapprochement entre SAAD et SSIAD au sein d'une structure commune, sous autorisation conjointe ARS / département.
2005	Loi « Borloo » n° 2005-84 (26 juillet)	Structuration du secteur des services à la personne (SAP). Création de l'expression « Services à la personne » et de l'agence nationale des services à la personne (ANSP). Unification du régime d'agrément (autorité unique, validité nationale). Création du chèque emploi-service universel (CESU). Régime fiscal et social spécifique. Ouverture à des opérateurs privés lucratifs sous condition de qualité pour les publics vulnérables.
2006	Décret n° 2006-181 (17 février)	Réforme du financement des SSIAD par l'Assurance maladie : passage du forfait horaire à une dotation globale de financement (DGF, versée par douzièmes par la CPAM, dont le montant est arrêté par le préfet du département). Objectif : mieux adapter les moyens aux spécificités locales (milieu rural, cas lourds, isolement géographique)
2009	Loi Hôpital Patients Santé Territoires n° 2009-879 (21 juillet)	Création des ARS, se substituant à sept structures antérieures (ARH, DDASS, CRAM, etc.). Les ARS reçoivent les compétences de la planification médico-sociale, mais parfois en partage avec les départements (EHPAD, FAM, centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), etc.). Réforme du régime des autorisations : instauration d'une procédure d'appel à projets pour la création de nouvelles structures. Généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Intégration du médico-social dans le projet régional de santé (PRS).

[141] Christian Hudry, « Nous entrons dans une médecine de la chronicité et de la fonction, mais l'accès aux soins est un angle mort », *Le Monde*, 5 mai 2026.

Année	Texte	Dispositions principales
2015	Loi ASV n° 2015-1776 (28 décembre)	Réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) mise en place en 2001 : revalorisation des plafonds, renforcement de l'accès pour les bénéficiaires modestes. Reconnaissance légale du proche aidant. Expérimentation d'un modèle intégré d'organisation et de financement des SPASAD, par CPOM conjoint ARS / Département, pour une durée de trois ans (prorogée jusqu'au 31 déc. 2021).
2016	Arrêté du 30 décembre 2015 – Cahier des charges SPASAD intégrés	Déploiement national des expérimentations SPASAD intégrés sur l'ensemble des territoires ARS, avec financement de la CNSA. Évaluation conduite par l'ANAP et l'IGAS : résultats positifs sur la coordination aide/soins, développement resté inégal sur le territoire. Les enseignements serviront d'argument à la réforme des SAD et à l'exigence d'une entité juridique comme d'un territoire uniques.
2020	Loi du 7 août 2020 – Dette sociale et autonomie	Acte de naissance de la cinquième branche « autonomie » du régime général de la Sécurité sociale, confiée à la CNSA. La branche couvre le financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées et handicapées. La CNSA est appelée à devenir une caisse nationale de la Sécurité sociale à part entière.
2021	LFSS 2021- Ordonnance n° 2021-1554 (1er décembre)	Définition des nouvelles missions de la CNSA en tant que caisse nationale. L'ordonnance du 1er décembre 2021 parachève sa transformation en caisse nationale de sécurité sociale, gestionnaire de la branche autonomie. Entrée en vigueur fixée au 14 mai 2022 par décret.
2022	LFSS 2022 – article 44 Création des SAD	Création de la catégorie unique des services autonomie à domicile (SAD), destinée à fusionner SAAD, SSIAD et SPASAD. Institution d'un tarif plancher national de 22 € de l'heure pour les prestations d'aide à domicile financées par les départements. Entrée en vigueur subordonnée à la publication du cahier des charges par décret.
2023	Décret n° 2023-608 (13 juillet) Cahier des charges des SAD	Publication du cahier des charges des SAD : deux catégories (SAD aide seul ; SAD mixte aide + soins). Les ex-SAAD et ex-SPASAD sont réputés autorisés comme SAD dès publication ; délai de mise en conformité fixé au 30 juin 2025. Les SSIAD disposent jusqu'au 30 juin 2025, échéance prorogée jusqu'au 31 décembre 2025 pour demander une autorisation en tant que SAD mixte. Transition progressive jusqu'en 2027 pour les SSIAD. Exigence d'une entité juridique unique sous cinq années.

Sources : Légifrance, Banque des Territoires, CNSA, DGCS (solidarites.gouv.fr), vie-publique

Annexe n° 3 : le paysage institutionnel des professionnels, des services à domicile et des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux pouvant être mobilisés pour le parcours de soins et d'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Tableau n° 15 : services et établissements susceptibles d'intervenir dans le parcours de soins et d'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap

		Personnes âgées	**Personnes en situation de handicap**
Au domicile personnel ou en habitat partagé ou en résidence service	*Communs*	SAAD, SAD HAD Dialyse à domicile Professionnels de santé libéraux PSAD[142] Dispositif d'appui à la coordination[143]	SAAD, SAD HAD Dialyse à domicile Professionnels de santé libéraux PSAD Dispositif d'appui à la coordination
	Spécifiques	SSIAD pour personnes âgées, dont certains avec des Équipes spécialisées Alzheimer (ESA) Centre de ressources territorial (CRT) Réseaux de santé régionaux et territoriaux (urgences, cancérologie, périnatalité)	SESSAD[144], SAVS[145], SAMSAH[146] SSIAD pour personnes en situation de handicap Pôles de compétences et de prestations externalisées[147] Communautés 360[148] Réseaux de santé régionaux et territoriaux (urgences, cancérologie, périnatalité)
En établissement sanitaire, social et médico-social avec hospitalisation ou hébergement à temps plein	*Communs*	USLD[149] Établissements de santé	Foyers d'hébergement, foyers de vie USLD Établissements de santé
	Spécifiques	Résidences autonomie EHPAD	Foyers d'hébergement, foyers de vie IME[150], ITEP[151] FAM[152], MAS[153]

[142] PSAD : prestataires de soins à domicile, pour la mise à disposition et l'installation de dispositifs médicaux.
[143] Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) : équipes pluriprofessionnelles chargées d'analyser les cas complexes, conjuguant des problèmes de santé et des problèmes sociaux
[144] SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile (enfants en situation de handicap)
[145] SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale (adultes en situation de handicap)
[146] SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
[147] Pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) : chargés de concevoir et d'organiser une réponse transitoire pour des enfants ou adultes en situation de handicap, n'ayant pas de réponse adaptée à leurs besoins
[148] Les communautés fédèrent les acteurs spécialisés et de droit commun, afin de proposer un étayage global et inclusif à toute personne en situation de handicap, à proximité de son lieu de vie. Les personnes en situation de handicap et leurs aidants peuvent contacter la communauté 360 de leur territoire par le numéro vert 0800 360 360.
[149] USLD : les unités de soins de longue durée accueillent des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap au long cours, dont la perte d'autonomie ou le handicap, conjugués à un état médical instable, requièrent une astreinte médicale (à la différence des EHPAD).
[150] IME : Institut médico-éducatif
[151] ITEP : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
[152] FAM : foyer d'accueil médicalisé
[153] MAS : maison d'accueil spécialisée

Annexe n° 4 : aide et soins à domicile des personnes fragiles : qui finance quoi et comment ?

Tableau n° 16 : financeurs des services d'aide et de soins et de l'emploi à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap

	Sécurité sociale	**Départements**	**Usagers**	**Exonérations de cotisations sociales pour emploi à domicile de personnes fragiles**	**Crédit d'impôt pour l'emploi à domicile de personnes fragiles**
SSIAD et composante soins des SAD mixtes	Financement en totalité par la branche autonomie (CNSA et ARS) sous la forme d'un forfait global de soins	Non	Aucune participation	Non concerné	Non concerné
SAAD et composante aide des SAD mixtes	Partiellement par la branche autonomie, avec les différents concours aux départements, et fonds d'urgence	Partiellement en fonction du volume d'heures et des tarifs horaires qu'ils définissent pour certains, au-delà d'un tarif plancher horaire national, avec l'attribution de l'APA (GIR 1 à 4), de la PCH, la dotation complémentaire qualité et autres allocations NB : nombreuses subventions d'équilibre des collectivités aux CCAS gestionnaires de SAAD	Partiellement en fonction du volume d'heures, avec le ticket modérateur de l'APA et les autres restes à charge, qui dépendent des tarifs des départements et du coût de revient des opérateurs Pas de ticket modérateur pour les personnes en situation de handicap	Partiellement, pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées, mais désormais à compter de 80 ans	Partiellement, après prise en compte de l'APA, de la PCH et des exonérations sociales, mais sans contemporanéité avec la dépense (à la différence des autres emplois à domicile)
Infirmiers libéraux	Financement en totalité par la branche maladie, sur la base des tarifs conventionnés	Aucun financement autre que les éventuels soutiens à l'installation des professionnels de santé libéraux	Absence de franchise ou de ticket modérateur sur les bilans de soins infirmiers (assurés sociaux en affection de longue durée)	Non	Non

	Sécurité sociale	**Départements**	**Usagers**	**Exonérations de cotisations sociales pour emploi à domicile de personnes fragiles**	**Crédit d'impôt pour l'emploi à domicile de personnes fragiles**
Emploi direct et accompagnement par des mandataires	Partiel et indirect par les concours aux départements	Partiellement en fonction des tarifs horaires qu'ils définissent pour l'emploi direct, nettement inférieurs à ceux des SAAD, avec ou sans mandataire, et attribution de l'APA et de la PCH	Partiellement avec le ticket modérateur de l'APA et les autres restes à charge, qui dépendent des tarifs des départements et du coût de revient des opérateurs	Partiellement, pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées, mais désormais à compter de 80 ans	Partiellement, après prise en compte de l'APA, de la PCH et des exonérations sociales, mais sans contemporanéité avec la dépense (à la différence des autres emplois à domicile)
Aide-ménagère pour les GIR 1 à 6 (pouvant être réalisée aussi par les SAAD)	Non	Financement en totalité pour les personnes en-deçà des minima sociaux, sur la base d'un tarif défini par chaque département	Sous condition de ressources : ressources mensuelles inférieures à 1 043,59 € pour une personne seule et à 1620,18 € pour un couple Récupérable sur succession	Non	Non
Aide-ménagère pour les GIR 5 et 6 (pouvant être réalisée aussi par les SAAD)	Financement partiel par l'action sociale de la CNAV et des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), sur la base d'un tarif national de référence pour les personnes avec des ressources mensuelles supérieures à 1 043,59 € pour une personne seule et à 1620,18 € pour un couple	Non	Financement partiel pour le reste à charge au-delà du tarif de référence national fixé par la CNAV, avec une progressivité selon les ressources	Oui	Oui

Source : Cour des comptes

Annexe n° 5 : travaux méthodologiques réalisés par la Cour des comptes sur les bases de données concernant l'aide et les soins à domicile

La première section de cette annexe méthodologique porte sur l'identification géographique des « zones blanches », dans lesquelles les difficultés majeures de recrutement rendent très difficiles pour les usagers et leurs aidants, comme pour les professionnels et les départements, la mise en œuvre des plans d'aide.

La deuxième porte sur l'analyse comparée des interventions de SSIAD et d'infirmiers libéraux en sortie d'hospitalisation de court séjour de médecine, d'hospitalisation à domicile (HAD) et de soins médicaux de réadaptation.

La troisième porte sur l'analyse du crédit d'impôt pour l'emploi direct ou indirect d'un salarié à domicile pour des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap.

La quatrième porte sur l'analyse économique du secteur de l'aide à domicile et de la constitution progressive de groupes locaux, régionaux et nationaux.

I Géographie de l'accès aux services à domicile pour les personnes âgées et en situation de handicap sur le territoire français

L'accès territorial aux services à domicile constitue un enjeu important. L'institut des politiques publiques (IPP) a déjà conduit une analyse approfondie sur ce sujet dans le rapport intitulé *L'accessibilité potentielle localisée à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées : approche territoriale*. Des travaux importants ont également été menés par la DREES (cf. *infra*). Cette annexe vise à prolonger cette approche en y intégrant les personnes en situation de handicap et en recentrant l'analyse sur les services d'aide à domicile.

Les résultats mettent en évidence une cohérence entre l'offre de services à domicile et les besoins des publics fragiles. Toutefois, ils soulignent également l'existence d'inégalités territoriales importantes et font apparaître des zones « blanches » insuffisamment couvertes.

Données et méthodes

Dans un premier temps, pour évaluer l'offre des services d'aide à domicile pour publics fragiles, les établissements SAA (service autonomie aide), en fait SAAD, les SAAS (service autonomie aide et soins), en fait SPASAD et SAD mixtes, et les SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) ont été identifiés à partir du référentiel des structures sanitaires, sociales et médico-sociales de la base de données DataSanté 2025. Cette base a permis à l'ACOSS, à partir des données individuelles des déclarations sociales nominatives (DSN) sur l'année 2024, de reconstituer le nombre d'heures d'aide à domicile de publics fragiles au niveau de la commune d'installation de l'établissement. Les intervenants auprès des publics fragiles sont identifiables dans la DSN car leurs employeurs bénéficient d'exonérations patronales spécifiques.

Le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale départementale aux personnes âgées ou en situation de handicap est calculé à partir des données issues de l'enquête « Aide sociale » de la DREES. Ces données portent sur la France métropolitaine et les DROM, hors Mayotte. Elles correspondent au nombre de bénéficiaires disposant de droits ouverts au 31 décembre 2024 pour les prestations suivantes : la PCH, l'ACTP[154] et l'APA. Ces informations ne sont disponibles qu'à l'échelle départementale.

[154] Allocation compensatrice pour tierce personne.

Pour le nombre d'habitants de plus de 80 ans, les données correspondent aux estimations de population de l'INSEE au 1er janvier 2025par âge et par département, en France. Dans ce cadre, sont spécifiquement retenues les personnes âgées de 80 ans et plus, hommes et femmes confondus, à partir des estimations disponibles pour l'année 2023.

Méthode

Le total des équivalents temps plein (ETP) effectivement mobilisés pour réaliser les heures d'aide au domicile des publics fragiles a été calculé à partir des données de la DSN. Un ETP d'aide à domicile correspondant à 1 607 heures travaillées, le nombre d'heures estimé divisé par 1 607 permet d'obtenir une estimation du nombre d'ETP dits « réalisés ».

Pour estimer le nombre d'ETP nécessaires pour couvrir le besoin des publics fragiles, l'approche suivante a été menée.

Le besoin exprimé en ETP varie selon qu'il s'agit de personnes âgées (PA) ou de personnes en situation de handicap (PH). Une première étape consiste à déterminer dans quelle proportion ces bénéficiaires ont effectivement recours à une aide à domicile. En effet, pour les personnes en situation de handicap, l'aide est majoritairement assurée par des aidants familiaux. D'après la DREES[155], parmi les bénéficiaires de la PCH ayant reçu une aide humaine, environ 60 % font appel à des aidants familiaux, tandis qu'environ 25 % recourent à des services prestataires. À l'inverse, pour les personnes âgées, l'appel à des prestataires est beaucoup plus fréquent : en 2023, 85 % des montants versés au titre de l'APA à domicile financent des intervenants à domicile.

Par ailleurs, le nombre d'ETP nécessaire diffère selon les publics. Selon le rapport 2024 de la DREES[156], une personne âgée bénéficiaire de l'APA nécessite en moyenne 0,3 ETP d'aide à domicile. La dépense annuelle moyenne est de 5 230 € pour l'APA et de 7 600 € pour la PCH. En utilisant ces montants comme approximation, ce qui est, selon la DREES, la seule méthode fiable aujourd'hui pour rassembler des données relatives à la fois aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap[157], on peut estimer qu'une personne en situation de handicap nécessite environ 0,4 ETP (7 600 / 5 230 × 0,3 ≈ 0,4).

Ainsi, le besoin en ETP peut être estimé comme suit :

$$0{,}25 \times N_{PH} \times 0{,}4 + 0{,}85 \times N_{PA} \times 0{,}3$$

où N_{PH} représente le nombre de bénéficiaires en situation de handicap et N_{PA} représente le nombre de bénéficiaires personnes âgées.

Finalement, le taux de couverture des besoins en aide à domicile, utilisé au niveau départemental, correspond au nombre d'ETP « réalisés » sur le nombre ETP nécessaires.

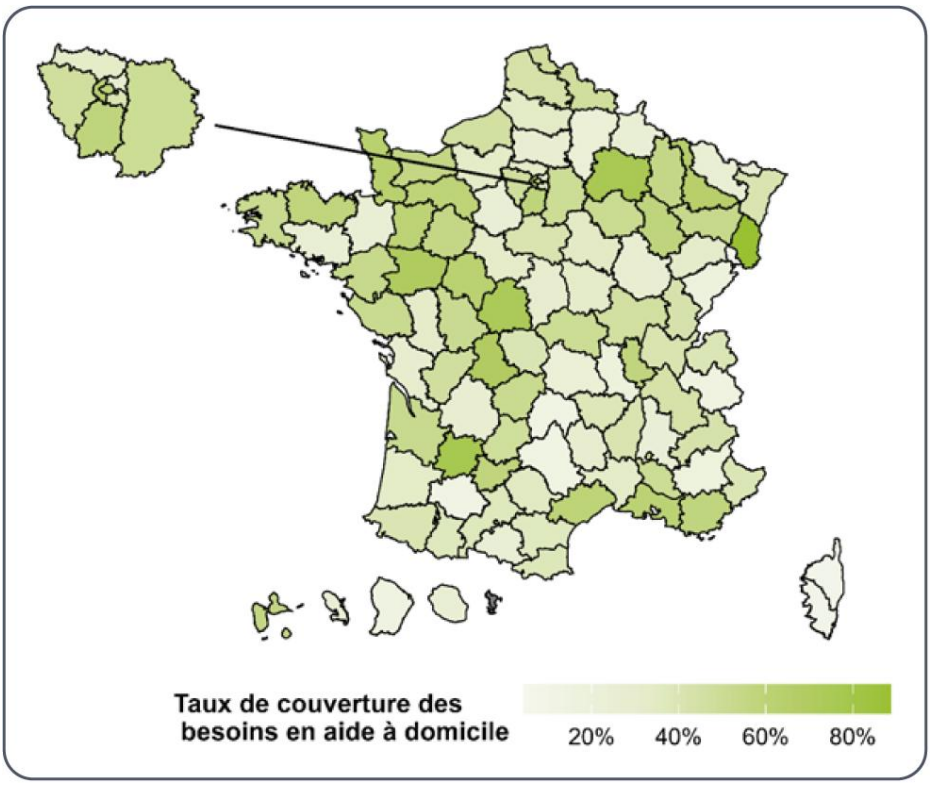
Nota bene : la déclaration sociale nominative permet aujourd'hui de rattacher les heures travaillées auprès des publics fragiles au SIRET du SAAD employeur, mais non au domicile du salarié. Cela peut aboutir pour les EPCI de petite taille à une valeur à zéro en heures travaillées, alors que l'agence du SAAD employeur se situe dans l'EPCI juste voisin. Sur les 1 254 EPCI existants, 129 ne comptent pas de personnes âgées de plus de 80 ans selon l'INSEE (chiffre figurant au dénominateur pour la conception de la carte), et 276 ne comportent pas d'heures travaillées, au titre de la DSN (au numérateur).

[155] DREES, *L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées*, 2025.
[156] Les besoins en personnel accompagnant des personnes âgées en perte d'autonomie.
[157] Entretien avec la DREES du 10 juin 2026.

Résultats

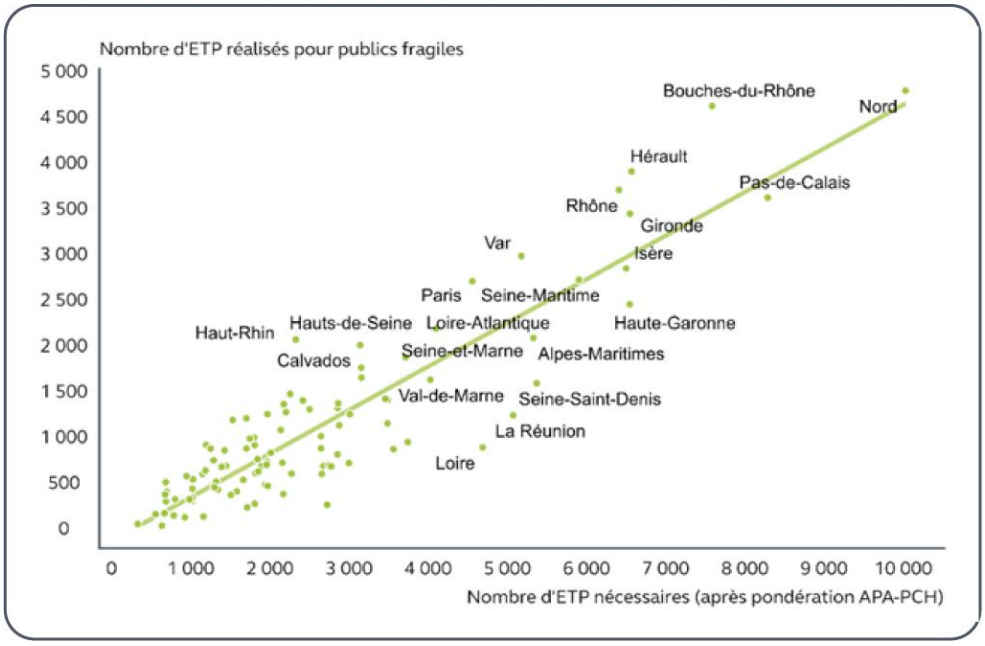
Taux de couverture des besoins en aide à domicile par département

Carte n° 8 : taux de couverture départemental des besoins en aide à domicile



Champ : France hors Mayotte - 2024.
Sources : DSN, DREES, traitement Cour des comptes

Graphique n° 9 : corrélation entre le nombre d'ETP « réalisés » et le nombre d'ETP nécessaires par département



Champ : France hors Mayotte - 2024.
Sources : DSN et DREES, traitement Cour des comptes

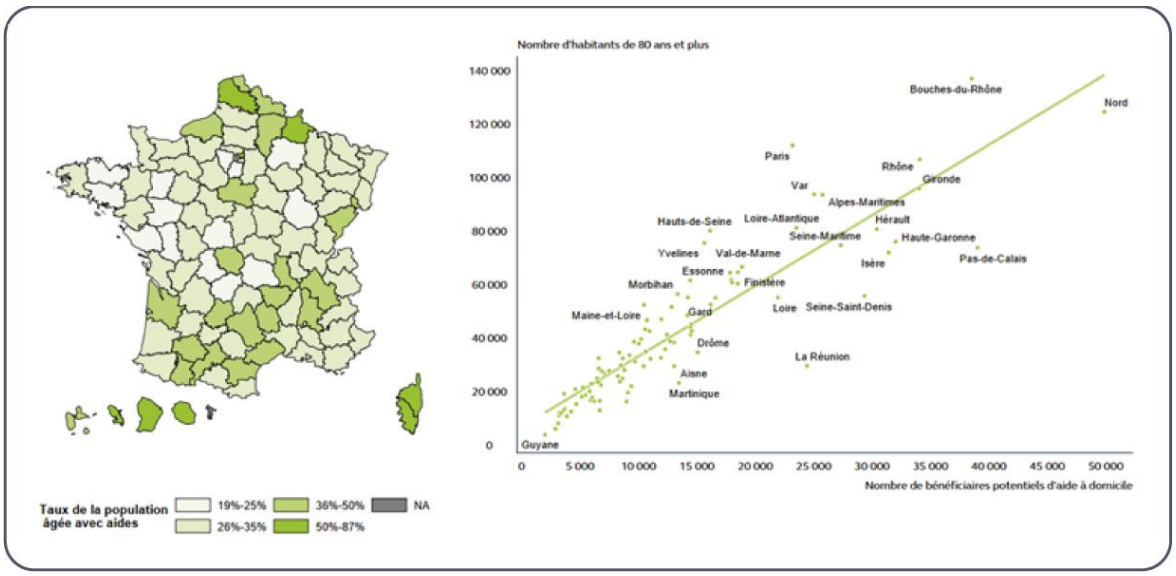
Il existe une forte corrélation statistique (0,90) entre le nombre d'ETP réalisés pour l'aide à domicile de publics fragiles et le nombre d'ETP nécessaires par département. La plupart des départements se trouvent près de la droite de régression. Pour ces départements, le taux de couverture est autour d'un ETP « réalisé » pour deux ETP nécessaires.

On observe toutefois certains départements qui s'éloignent de cette droite. Pour certains départements, les besoins sont moins bien couverts que la moyenne, c'est le cas de la Seine-Saint-Denis (un ETP « réalisé » pour 3,5 ETP nécessaires) et dans une moindre mesure des départements comme La Réunion et la Loire À l'inverse, certains départements ont des besoins mieux couverts que la moyenne, c'est le cas du Haut-Rhin (0,86 ETP « réalisé » pour un ETP nécessaire) mais aussi des Bouches-du-Rhône et de l'Hérault par exemple.

Taux de couverture des besoins en aide à domicile par EPCI

L'analyse à l'échelle des EPCI conduit à retenir comme dénominateur le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus, dans la mesure où les données relatives aux bénéficiaires des aides sociales départementales (APA, PCH et ACTP) ne sont pas disponibles à ce niveau de détail.

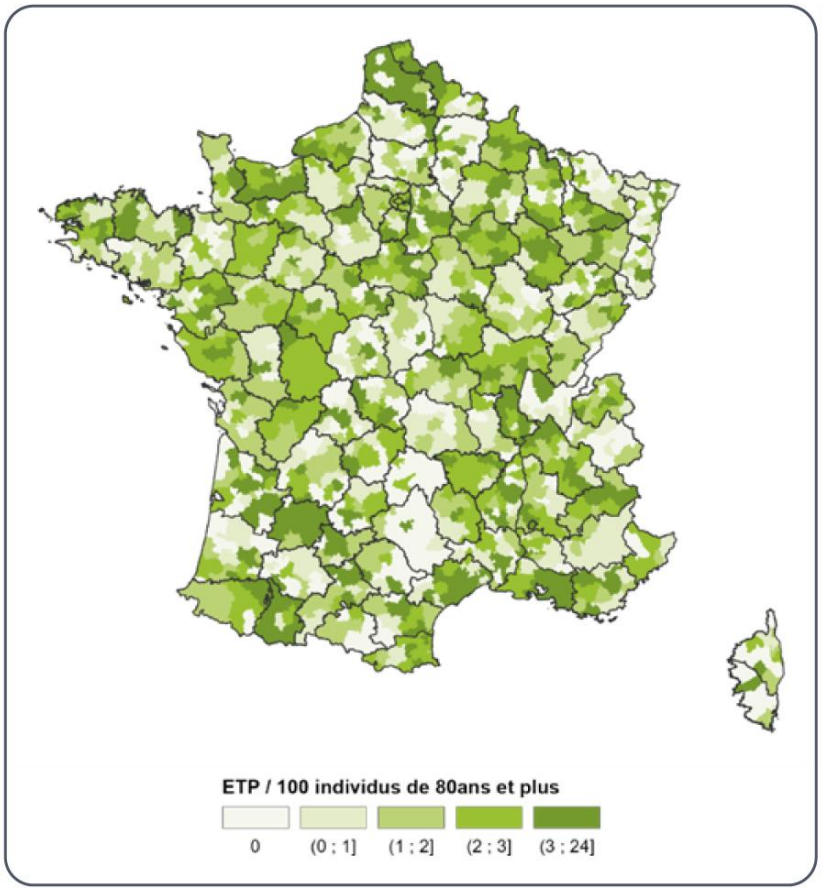
Graphique n° 10 : lien entre population âgée et bénéficiaires d'aides à domicile



Champ : France hors Mayotte - 2024.
Sources : DSN, DREES et INSEE, traitement Cour des comptes

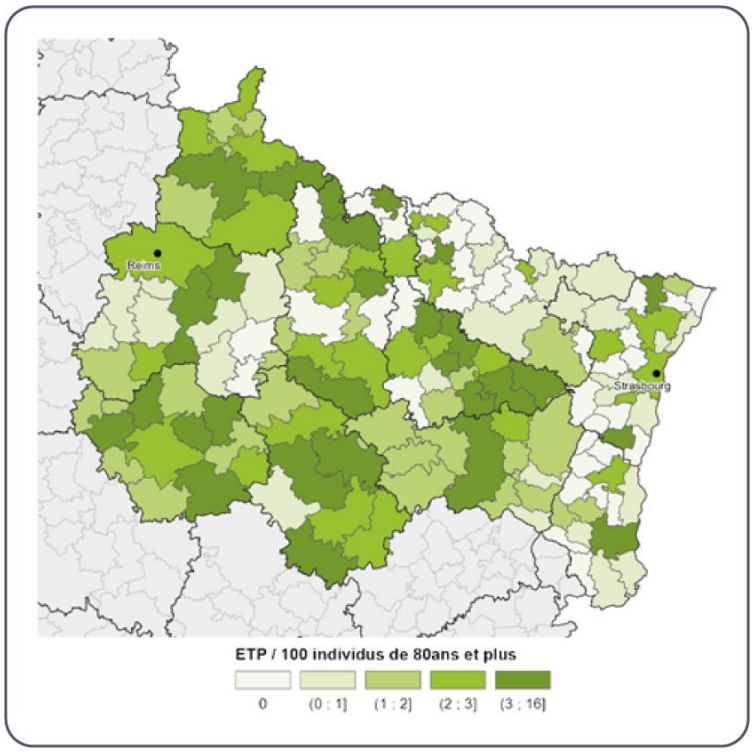
Il existe une forte corrélation statistique (0,9) entre le nombre de bénéficiaires d'aides APA, PCH et ACTP et la population âgée de 80 ans et plus. Toutefois, certains départements s'écartent de cette tendance. Ainsi, les départements de La Réunion, la Seine-Saint-Denis et du Pas-de-Calais présentent un nombre de bénéficiaires d'aide à domicile plus élevé que celui attendu au regard de leur population âgée de 80 ans et plus. À l'inverse, les départements des Bouches-du-Rhône et de Paris affichent un nombre de bénéficiaires relativement plus faible par rapport à cette même population. Mises à part ces situations départementales particulières, au plan national, l'étude met en évidence une forte corrélation entre la population fragile et les personnes âgées de plus de 80 ans ce qui permet d'utiliser cette variable pour approcher la demande de services à domicile.

Carte n° 9 : carte nationale du nombre d'ETP réalisés pour 100 individus de 80 ans et plus par EPCI



Note : Les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) sont des regroupements de communes ayant pour objet l'élaboration de « projets communs de développement au sein de périmètres de solidarité ». Ils sont soumis à des règles communes, homogènes et comparables à celles de collectivités locales. Les données cartographiques utilisées sont les contours d'EPCI 2023.
Champ : France hors territoires d'outre-mer - 2024.
Sources : DSN, DREES et INSEE, traitement Cour des comptes

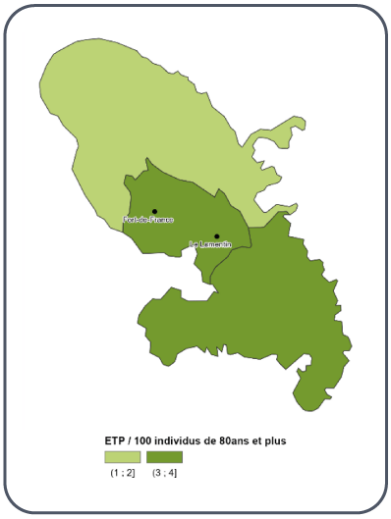
Carte n° 10 : exemple de carte régionale du nombre d'ETP réalisés pour 100 individus de 80 ans et plus par EPCI : la région Grand Est



Note : les données cartographiques utilisées sont les contours d'EPCI 2023.
Champ : Région Grand Est – 2024.
Sources : DSN, DREES et INSEE, traitement Cour des comptes

Toutes les cartes régionales figurent en annexe n° 6.

Carte n° 11 : exemple de carte territoriale / départementale du nombre d'ETP réalisés pour 100 individus de 80 ans et plus par EPCI : exemple de la Martinique



Sources : DSN, DREES et INSEE, traitement Cour des comptes

II Recours aux SSIAD et aux infirmiers libéraux après le retour à domicile du patient

Ce travail vise à élaborer des indicateurs sur le retour à domicile des patients après une hospitalisation à plein temps permettant de mieux définir la complémentarité entre les prises en soins à domicile effectuées soit par des infirmiers libéraux (IDEL) - dans le cadre de BSC - soit par des SSIAD. Trois types de séjours sont analysés : les séjours en soins médicaux et de réadaptation (SMR), en hospitalisation à domicile (HAD) et en médecine (MCO-M). Le niveau de dépendance des patients est pris en compte afin d'analyser leur consommation de soins infirmiers, que ce soit par l'intervention d'un SSIAD ou par des actes d'infirmiers libéraux. Ce travail montre l'existence de listes d'attente importantes, notamment pour les SSIAD, et font apparaître des risques de dénis de service.

Données et méthode

Les analyses sont effectuées à partir des données du système national de données de santé (SNDS) sur les séjours terminés en 2024. L'ensemble des patients sont sélectionnés s'ils respectent les critères de sélection détaillés plus bas. Dans le cas où plusieurs séjours sont retrouvés pour un même patient, le dernier séjour est considéré. Les patients décédés durant les 12 mois suivant leurs sorties d'hospitalisation sont identifiés grâce à la table IR_BEN_R et exclus de l'analyse. Enfin, les patients pris en charge en 2024 dans un établissement médico-social autre qu'un SSIAD sont exclus du champ de l'analyse.

L'analyse des actes infirmiers se limite aux bilans de soins infirmiers (BSI), toutes sévérités confondues (légère, modérée, sévère). En effet, ce type d'acte est le plus similaire à ceux dispensés par les services de SSIAD. Les patients ayant recours à un SSIAD sont identifiés à partir de la table des bénéficiaires en établissements médico-sociaux (IR_ESM_R).

Résultats

Sur le secteur des soins médicaux de réadaptation

La population étudiée est constituée de personnes de 80 ans ou plus sortant d'une hospitalisation complète en SMR de strictement plus de 30 jours, et ayant un score de dépendance cognitive (comportement et relation) supérieur ou égal à six et un score de dépendance physique (habillage, alimentation, continence, déplacement) supérieur ou égal à neuf sur la grille d'évaluation des actes de la vie quotidienne (AVQ).

En 2024, la population est constituée de 33 461 patients. Parmi ces patients, 44 % sont décédés dans les 12 mois et exclus de l'analyse. Parmi les autres, 37 % sont sortis dans un établissement médico-social en 2024 et sont aussi exclus de l'analyse. Au total, 11 782 patients sont retenus.

Parmi ces patients, au niveau national, en 2024 : 13 % sont pris en charge par un SSIAD dans l'année suivant leur hospitalisation (ou y sont déjà et y restent après leur passage en SMR), 39 % bénéficient d'un acte BSI dans les six mois suivant leur hospitalisation et 48 % ne bénéficient d'aucun des deux. Le délai d'accès aux BSI, dans la limite de six mois, est en médiane d'un jour et en moyenne de 13 jours. Le délai d'accès à un SSIAD, dans la limite d'un an, est en médiane de 11 jours et en moyenne de 86 jours. Parmi les patients ayant reçu des bilans de soins infirmiers, 47 % des patients bénéficient au moins d'un BSI sévère (BSC), 32 % ont au maximum un BSI modéré (BSB) et 20 % des patients ont seulement des BSI légers (BSA).

Tableau n° 17 : distribution du nombre d'actes par bénéficiaire sur les six mois suivant la sortie d'hospitalisation en SMR

	Bilan de soins infirmiers			
	Léger	**Modéré**	**Lourd**	**Toutes sévérités confondues**
En moyenne	76	115	136	126
En médiane	44	136	169	160

Champ : France entière – patients ayant reçu un bilan de soins infirmiers après un séjour en SMR terminé en 2024.
Source : SNDS

Tableau n° 18 : recours aux SSIAD et aux BSI parmi la population d'intérêt

	Score 9-11	**Score 12-15**	**Score 16 et plus**
Nombre de patients vivants	3 863	11 649	3 211
Dont en EHPAD ou autre ESM	1 281 (33 %)	4 496 (39 %)	1 164 (36 %)
Dont hors autres ESM	2 582 (67 %)	7 153 (61 %)	2 047 (64 %)
% rentrant en SSIAD dans l'année	11 %	14 %	13 %
% recevant un acte BSI dans les six mois	47 %	41 %	27 %
Délais au premier BSI	Moyenne : 13 Médiane : 1	Moyenne : 13 Médiane : 1	Moyenne : 13 Médiane : 1
Délais d'entrée en SSIAD	Moyenne : 114 Médiane : 34	Moyenne : 82 Médiane : 9	Moyenne : 68 Médiane : 4
Parmi les patients ayant reçu des BSI dans les 6 mois :			
Au moins un BSC	28 %	50 %	70 %
Au maximum des BSB	43 %	31 %	19 %
Au maximum des BSA	29 %	19 %	11 %

Champ : France entière, patients sortant d'un séjour en SMR terminé en 2024.
Source : SNDS

Sur le secteur du court séjour (MCO) uniquement en médecine

La population étudiée est constituée des personnes de 80 ans ou plus sortant d'une hospitalisation complète en médecine de strictement plus de 10 jours.

En 2024, la population est constituée de 187 967 patients. Parmi ces patients, 27 % sont décédés dans les 12 mois et exclus de l'analyse. Parmi les autres, 23 % sont sortis dans un établissement médico-social en 2024 et sont aussi exclus de l'analyse. Au total, 105 214 patients sont retenus.

Parmi ces 105 214 patients, au niveau national, en 2024 : 11 % sont pris en charge par un SSIAD dans l'année suivant leur hospitalisation (ou y sont déjà et y restent après leur passage en MCO), 5 % bénéficient d'un acte BSI dans les six mois suivant leur hospitalisation et 85 % ne bénéficient d'aucun des deux. Le délai d'accès aux BSI, dans la limite de six mois, est en médiane d'un jour et en moyenne de 16 jours. Le délai d'accès à un SSIAD, dans la limite d'un an, est en médiane de 61 jours et en moyenne de 130 jours. Parmi les patients ayant reçu des bilans de soins infirmiers, 38 % des patients bénéficient au moins un BSI sévère (BSC), 31 % ont au maximum un BSI modéré (BSB) et 31 % des patients ont seulement des BSI légers (BSA).

Tableau n° 19 : distribution du nombre d'actes par bénéficiaire sur les six mois suivant la sortie d'hospitalisation en MCO

	Bilan de soins infirmiers :			
	Léger	**Modéré**	**Lourd**	**Toutes sévérités confondues**
En moyenne	67	105	126	111
En médiane	35	109	157	129

Champ : France entière – patients ayant reçu un bilan de soins infirmiers après un séjour en médecine terminé en 2024.
Source : SNDS

Sur le secteur de l'hospitalisation à domicile

La population étudiée est constituée des personnes de 80 ans ou plus, sortant d'une prise en charge d'hospitalisation à domicile, et ayant un indice de Karnofsky strictement inférieur à 40.

En 2024, la population est constituée de 42 653 patients. Parmi ces patients, 86 % sont décédés dans les 12 mois et exclus de l'analyse. Parmi les autres, 45 % sont sortis dans un établissement médico-social en 2024 et sont aussi exclus de l'analyse. Au total, 3 154 patients sont retenus.

Parmi ces 3 154 patients, au niveau national, en 2024 : 16 % sont pris en charge par un SSIAD dans l'année suivant leur hospitalisation (ou y sont déjà et y restent après leur passage en HAD), 22 % bénéficient d'un acte BSI dans les six mois suivant leur hospitalisation et 62 % ne bénéficient d'aucun des deux. Le délai d'accès aux BSI, dans la limite de six mois, est en médiane de un jour et en moyenne de 23 jours. Le délai d'accès à un SSIAD, dans la limite d'un an, est en médiane de 37 jours et en moyenne de 102 jours. Parmi les patients ayant reçu des bilans de soins infirmiers, 64 % des patients bénéficient au moins d'un BSI sévère (BSC), 19 % ont au maximum un BSI modéré (BSB) et 17 % des patients seulement un BSI léger (BSA).

Tableau n° 20 : distribution du nombre d'actes par bénéficiaire sur les 6 mois suivant la sortie d'hospitalisation en HAD

	Bilan de soins infirmiers			
	Léger	**Modéré**	**Lourd**	**Toutes sévérités confondues**
En moyenne	63	103	135	124
En médiane	28	102	166	152

Champ : France entière – patients ayant reçu un bilan de soins infirmiers après un séjour d'hospitalisation à domicile terminé en 2024.
Source : SNDS

III Analyse du crédit d'impôt en faveur de l'emploi direct ou indirect à domicile pour l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap[158]

Les personnes ayant recours à un service à la personne ou à un emploi à domicile peuvent le déclarer lors de leur déclaration d'impôts afin de bénéficier de crédits d'impôt. Ces montants de crédits d'impôt sont ventilés en 27 domaines d'activité ; les déclarations d'impôt sur le revenu des foyers fiscaux permettent de les observer pour l'ensemble des foyers fiscaux.

L'objectif de l'analyse est de déterminer quelle part du crédit d'impôt en faveur de l'emploi direct ou indirect d'une aide à domicile concerne des services destinés aux personnes âgées et en situation de handicap, et quel est le reste à charge pour les foyers après versement des crédits d'impôt.

Données et méthode

Le fichier POTE rassemble les informations recensées à l'occasion de la déclaration des revenus grâce au formulaire n° 2042. Toutes les personnes domiciliées en France (métropole et DOM) doivent souscrire chaque année une déclaration de l'ensemble de leurs revenus et de leurs charges de famille. Les analyses sont effectuées sur la déclaration 2024 sur les revenus 2023.

Depuis la déclaration 2022, les services à la personne sont ventilés en 27 domaines d'activités (cf. CERFA 2042 RICI). Parmi ces domaines, trois concernent l'aide à la personne âgée ou handicapée :

- « Assistance et aide aux personnes âgées ou handicapées » ;
- « Accompagnement des personnes âgées, des personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques » ;
- « Conduite du véhicule personnel des personnes âgées, des personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques ».

[158] Pour la concision nécessaire à la conception de tableaux, cartes et graphiques, personnes âgées et personnes en situation de handicap seront parfois rassemblées par le sigle PA-PH.

La population a été construite en ne conservant que les personnes déclarant des services ou emplois à domicile durant l'année 2023 (cinq millions de foyers). Pour cela, sont inclus les foyers ayant déclaré au moins 1 € de « services à la personne, emploi à domicile ». Les analyses sont réalisées au niveau du foyer, car il n'est pas possible d'attribuer les frais de services à domicile à une personne en particulier.

Les données sont déclaratives et peuvent comporter des erreurs, d'autant plus que la population d'intérêt peut être considérée fragile (personnes âgées et en situation de handicap). Toutefois, les montants déclarés sont souvent préremplis dans la déclaration et le déclarant a la possibilité de les modifier. Il est aussi possible que certains foyers ne déclarent pas l'intégralité des services à domicile s'ils dépassent le plafond autorisé. Cependant, la très grande majorité des foyers déclarent un montant inférieur au plafond.

Enfin, la ventilation par type de services à la personne ou d'emplois à domicile n'est pas disponible pour les foyers remplissant une déclaration papier. En 2023, la ventilation par domaines est manquante pour 10 % des foyers.

Le foyer déclare ses dépenses de services à la personne en les ventilant par type de service. Le plafond applicable est déterminé en fonction de certaines caractéristiques du foyer (détaillées dans la brochure RICI 2042) et se situe entre 12 000 € et 20 000 €. Le crédit d'impôt correspond à 50 % du montant le plus faible entre les dépenses déclarées et ce plafond. Le reste à charge est égal au montant déclaré, diminué du crédit d'impôt obtenu et des aides perçues pour l'emploi à domicile (APA, PCH, CESU préfinancé, etc.). Le crédit d'impôt est calculé au niveau du foyer, puis réparti entre les différents types de services au prorata de leur part dans le montant total déclaré. À la différence d'une réduction d'impôt, le crédit d'impôt n'est pas limité par l'impôt dû et la différence peut être restituée au foyer.

Résultats

Dans ce qui suit, les sigles SAP désignent les services à la personne et PA-PH les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

Caractéristiques des foyers bénéficiant du crédit d'impôt pour l'emploi direct ou indirect d'un salarié à domicile

Ci-dessous la première colonne concerne l'ensemble des personnes déclarant des SAP. Les deux colonnes suivantes distinguent, au sein de cette population :

- les foyers déclarant au moins 1 € de services relevant du champ PA-PH. Les foyers déclarant des SAP PA-PH peuvent aussi déclarer d'autres types de SAP ;
- les foyers ne déclarant aucun service relevant du champ PA-PH (mais pouvant déclarer d'autres types de SAP).

Tableau n° 21 : caractéristiques des foyers bénéficiant du crédit d'impôt en faveur de l'emploi direct ou indirect d'un salarié à domicile

		Population totale déclarant des SAP	Dont population déclarant des SAP PA-PH	Dont population ne déclarant aucun SAP PA-PH
Répartition des foyers		4,9 millions (100 %)	731 000 (15 %)	4,2 millions (85 %)
Âge moyen du foyer *Médiane [Q10 – Q90]*		68 ans [39 - 89]	85 ans [64 - 94]	64 [38 - 87]
Revenu fiscal de référence du foyer *Médiane [Q10 – Q90]*		40 000 € [12k - 119k] €	20 000 € [7,5k - 50,9k] €	45 500 € [14,3k - 127,7k] €
Montant de SAP (tous domaines confondus) déclaré en € *Médiane [Q10 – Q90]*		1 540 € [240 - 6 200] €	2 247 € [319 - 12 297] €	1 454 € [230 – 5 392] €
*Foyers ayant reçu des aides APA / PCH / CESU****		410 000 (8,3 %)	151 200 (21 %)	257 800 (6,2 %)
Situation du foyer	Célibataire / Divorcé	1,2M (25 %)	176 000 (24 %)	1,1M (26 %)
	Marié / Pacsé	2,4M (50 %)	185 000 (25 %)	2,3M (54 %)
	Veufs	1,2M (25 %)	374 000 (51 %)	865 000 (20 %)

** Foyers percevant des aides pour l'emploi à domicile (APA, PCH, CESU préfinancé, etc.)*
Champ : France entière, population déclarant des services à la personne dans la déclaration 2024 sur les revenus 2023
Source : POTE

Les foyers déclarant des services relevant du champ PA-PH se distinguent nettement des autres bénéficiaires de SAP : ils sont beaucoup plus âgés, plus souvent veufs, disposent de revenus plus faibles mais déclarent des montants de services plus élevés.

Répartition des services par domaine

En 2023, 4,9 millions de foyers déclarent au moins un service à la personne. Les domaines d'activités sont regroupés en trois catégories : les SAP PA-PH (trois domaines), les autres SAP (24 domaines), les SAP non ventilés. Parmi les SAP PA-PH, le tableau détaille les trois domaines d'activité concernés.

Tableau n° 22 : répartition des services à la personne par domaines en nombre de foyer et en montants

Type de services à la personne	Nombre de foyer déclarants*	Dépenses totales déclarées	Montants totaux du crédit d'impôt	Restes à charge totaux
Total trois domaines SAP PA-PH	**731 000**	**3,2 Md€ (22,6 %)**	**1,1 Md€ (17 %)**	**1,26 Md€ (17 %)**
Dont assistance et aide PA-PH	653 600	2,83 Md€ (20 %)	934 M€ (15,6 %)	1,08 Md€ (15 %)
Dont conduite de véhicules	5 000	11,54 M€ (0,1 %)	3,9 M€ (<1 %)	5,7 M€ (<0,1 %)
Dont accompagnement PA-PH et personnes atteintes de pathologies chroniques	87 700	359,4 M€ (2,5 %)	115 M€ (2 %)	169 M€ (2 %)
Total autres domaines (24 domaines)	**4,9 millions**	**10,4 Md€ (73 %)**	**4.49 Md€ (75 %)**	**5,5 Md€ (76 %)**
SAP non ventilé par domaine	**510 000**	**1,1 Md€ (7,45 %)**	**455 M€ (8 %)**	**527 M€ (7 %)**
Total		**14,7 Md€ (100 %)**	**6 Md€ (100 %)**	**7,3Md€ (100 %)**

**Les foyers peuvent figurer dans plusieurs catégories (autant que de types de services déclarés).*
Note : 731 000 foyers déclarent un service à la personne relevant de l'un des trois domaines PA-PH. Ces trois domaines représentent 22,6 % des montants déclarés au titre des services à la personne et 17 % du montant du crédit d'impôt distribué, soit 1,1 Md€.
Champ : France entière, population déclarant des services à la personne dans la déclaration 2024 sur les revenus 2023.
Source : POTE

Au total, le reste à charge s'élève à 1,3 Md€ en 2023 pour les foyers ayant recours à des services PA-PH, répartis entre 730 000 foyers. Le reste à charge est en moyenne plus élevé pour ces foyers, notamment parce qu'ils déclarent plus fréquemment des montants dépassant le plafond accordé.

Dépassement du plafond du crédit d'impôt possible

6 % des bénéficiaires de services âgés ou en situation de handicap déclarent des montants supérieurs à leur plafond personnalisé (après déduction des aides perçues pour APA, PCH et CESU), contre seulement 2 % parmi les autres bénéficiaires de services à la personne.

Tableau n° 23 : nombre de foyers dépassant leur plafond de crédit d'impôt selon le montant du dépassement

	Nombre de foyers déclarants au-dessus de leur plafond	Dépassement de 1 000 €	Dépassement de 5 000€	Dépassement de 10 000€	Dépassement de 30 000€
Hors PA-PH	61 682 (100 %)	51 825 (84 %)	28 070 (45 %)	15 131 (24 %)	2 723 (4 %)
PA-PH	44 060 (100 %)	39 345 (89 %)	26 000 (59 %)	16 740 (38 %)	5 000 (11 %)

Note : Parmi les bénéficiaires PA-PH dépassant leur plafond de crédits d'impôt, 38 % le dépassent de plus de 10 000€ et 11 % de plus de 30 000 €.
Champ : France entière, population déclarant un montant de crédit d'impôt supérieur à son plafond selon la déclaration 2024 sur les revenus 2023.
Source : POTE

Les bénéficiaires PA-PH du crédit d'impôt déclarent plus souvent au-dessus du plafond, et ces dépassements sont plus importants. Au total, les dépassements pour la population PA-PH s'élèvent à 626 M€ dont 569 M€ pour des services spécifiquement PA-PH. Les dépassements s'élèvent à 541 M€ pour le reste de la population (hors PA-PH).

Crédit d'impôt et reste à charge par foyer

Tableau n° 24 : distribution du crédit d'impôt et du reste à charge après crédit d'impôt selon le type de bénéficiaires

		Crédit d'impôt *Médiane [Q10 – Q90] (Moyenne)*	Reste à charge après crédit d'impôt *Médiane [Q10 – Q90] (Moyenne)*
*Foyers bénéficiant d'au moins un **service à la personne PA-PH***	**Montant total pour l'ensemble des SAP**	975 [126 – 5 089] € (Moyenne = 1 772 €)	976 [126 – 5 111] € (Moyenne = 2 597 €)
	Montant SAP PA-PH	677 [78 – 4 184] € (Moyenne = 1 436 €)	678 [78 – 4 290] € (Moyenne = 1 718 €)
	Montant Hors PA-PH	0 [0 – 1 133] € (Moyenne = 336 €)	0 [0 - 1196] € (Moyenne = 879 €)
*Foyers bénéficiant de SAP mais **aucun SAP PA-PH***	**Montant total pour l'ensemble des SAP**	696 [106 – 2 566] € (Moyenne = 1125 €)	700 [106 – 2 604] € (Moyenne = 1261 €)

Champ : France entière, population déclarant des services à la personne dans la déclaration 2024 sur les revenus 2023.
Source : POTE

Parmi les bénéficiaires du crédit d'impôt dont au moins une activité relève du champ PA-PH, 50 % perçoivent un montant supérieur à 975 €. Sur l'ensemble des montants versés au titre du crédit d'impôt à ces foyers, en moyenne 82 % correspondent à des activités PA-PH. Les autres foyers bénéficiaires du crédit d'impôt (hors PA-PH) perçoivent en moyenne des montants de crédit d'impôt plus faibles d'environ 35 %. Cet écart se creuse au niveau du 9ème décile

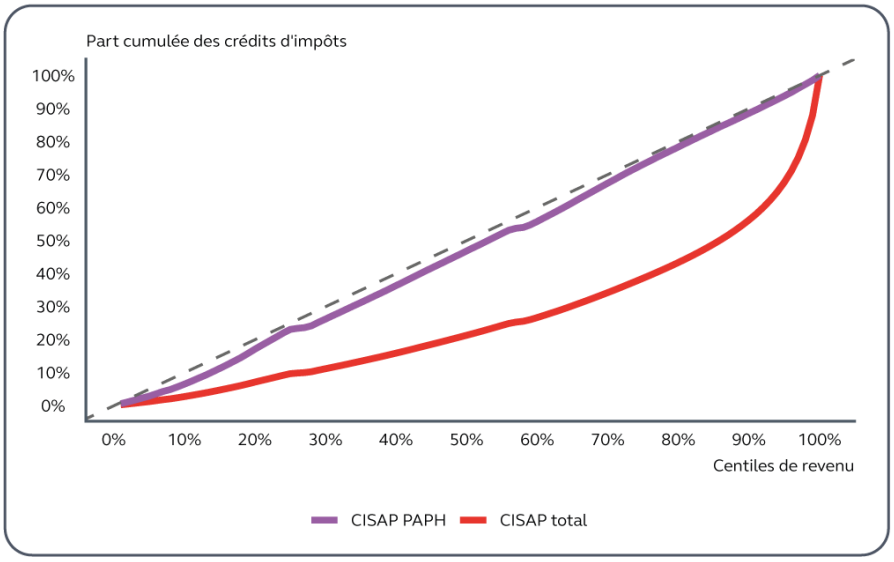
(quantile 90), qui est deux fois plus élevé pour les bénéficiaires de services PA-PH que pour les autres bénéficiaires.

On observe une répartition 50 / 50 entre les montants versés au titre du crédit d'impôt et le reste à charge médian puisque la dépense au titre des services à la personne est prise en charge à hauteur de 50 %. Le reste à charge moyen est tiré vers le haut par les personnes qui déclarent au-dessus de leur plafond. Les foyers ayant recours à des services PA-PH présentent en moyenne un reste à charge après crédit d'impôt supérieur de 50 %.

Lien entre revenus des bénéficiaires et crédits d'impôts reçus

La courbe de Lorenz montre comment une ressource (ici les crédits d'impôt) est répartie entre les foyers, qui sont ordonnés sur l'axe horizontal selon leur revenu fiscal de référence : plus la courbe est proche de la diagonale, plus la répartition est équitable ; plus elle s'éloigne, plus les inégalités sont importantes.

Graphique n° 11 : répartition des crédits d'impôts selon le revenu du foyer



CISAP : crédit d'impôt pour les services à la personne (c'est-à-dire crédit d'impôt pour l'emploi direct ou indirect d'un salarié à domicile). Il comporte une sous-catégorie concernant l'emploi à domicile auprès des personnes âgées et des personnes handicapées (CISAP PA-PH).
Champ : France entière, population déclarant des services à la personne dans la déclaration 2024 sur les revenus 2023.
Source : fichier POTE

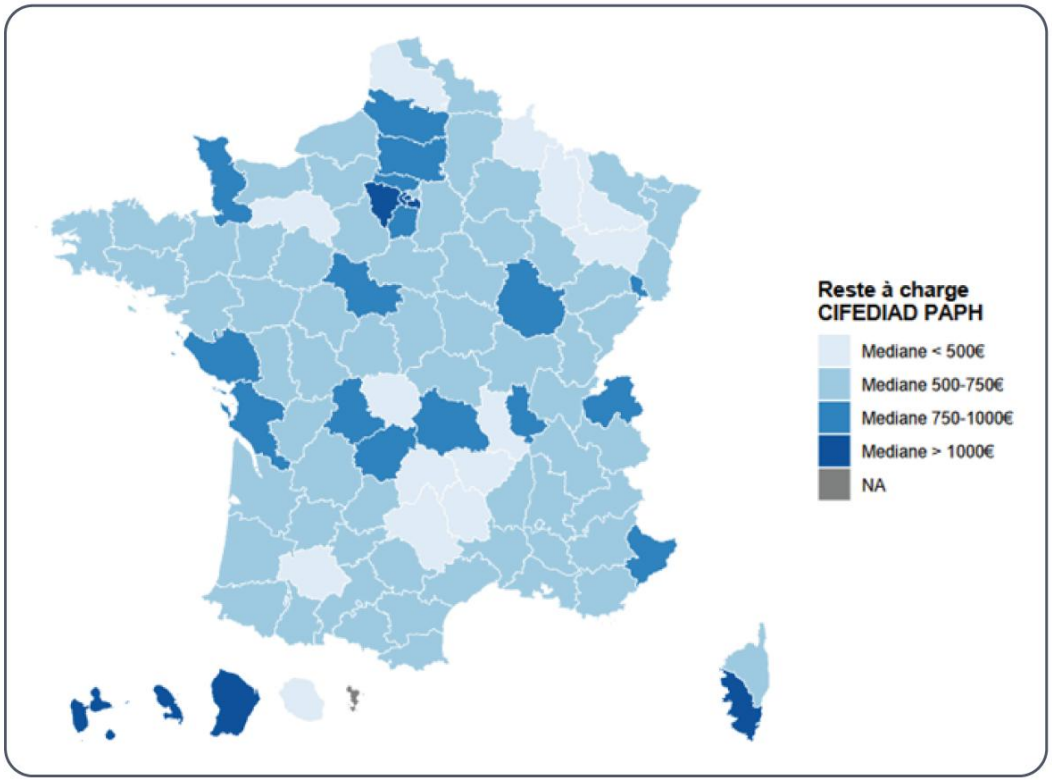
La courbe rouge montre que les crédits d'impôt PA-PH sont répartis de manière relativement équitable, la courbe étant très proche de la droite d'égalité parfaite (pointillée). Les inégalités existent, mais elles restent limitées : les 10 % des foyers les plus modestes reçoivent 6,5 % des crédits d'impôt PA-PH, tandis que les 10 % les plus aisés en perçoivent 12 %. À noter que cette apparente équité doit être mise en perspective : les foyers les plus aisés sont moins nombreux à déclarer des crédits d'impôt PA-PH, mais les montants qu'ils déclarent sont plus élevés.

À l'inverse, lorsqu'on considère l'ensemble des crédits d'impôt pour service à la personne (courbe bleue), les inégalités sont beaucoup plus marquées. Les 10 % des foyers les plus aisés bénéficient de 45 % des crédits d'impôts, alors que les 50 % des foyers les plus modestes ne reçoivent qu'environ 21 % du montant total.

Départementalisation de la dépense PA-PH

On observe une assez forte corrélation entre le revenu fiscal de référence moyen dans le département et la part de foyer ayant recours à des crédits d'impôts pour service à la personne (corrélation 0,7). La corrélation est plus modérée entre le revenu moyen et le recours aux crédits d'impôts spécifiquement PA-PH (corrélation 0,5). Il existe des variations entre départements non négligeables (écart-type ≈ 204 €), avec un reste à charge médian quatre fois supérieur à Paris que dans le Gers. Cela reflète des niveaux de dépenses déclarées plus importants à Paris, qui se traduisent également par des montants de crédits d'impôt plus élevés dans le département.

Carte n° 12 : répartition par département du reste à charge pour service à la personne après prise en compte des montants perçus par les foyers au titre du crédit d'impôt



CIFEDIAD : crédit d'impôt pour l'emploi direct ou indirect d'un salarié à domicile.
Champ : France entière, population déclarant des services à la personne pour personnes âgées ou en situation de handicap dans la déclaration 2024 sur les revenus 2023.
Source : fichier POTE. Note de lecture : Le sigle CIFEDIAD signifie « crédit d'impôt en faveur de l'emploi direct ou indirect d'un salarié à domicile », ici en faveur de personnes âgées et de personnes en situation de handicap à domicile (PA-PH).

IV Services d'aide à domicile : situation économique et structure des groupes

Cette partie vise à mieux comprendre la situation économique des services d'aide à domicile SSIAD et SAAD, à partir de plusieurs indicateurs financiers clés (chiffre d'affaires, excédent brut d'exploitation, marge nette, charges salariales). Ces éléments mettent en évidence une rentabilité globalement fragile du secteur.

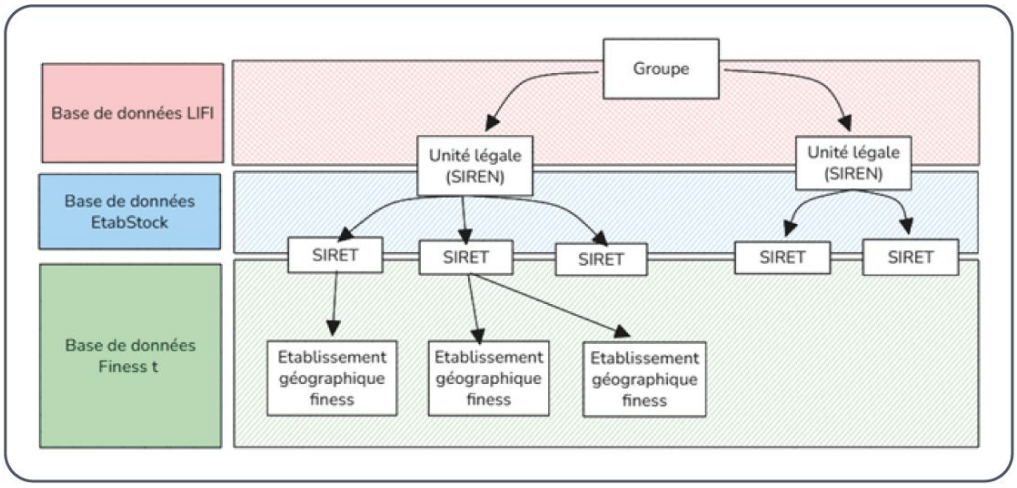
Par ailleurs, l'analyse s'intéresse à la structuration des acteurs en groupes. Elle distingue notamment les spécificités des secteurs public et non lucratif, en termes de taille et d'organisation des groupes, ainsi que, pour le secteur lucratif, la situation économique des entreprises appartenant à une structure de groupe.

Données et méthode

Le champ de cette étude est celui des unités légales et des groupes dont au moins un établissement est un SAAD ou un SSIAD. Dans un premier temps, l'ensemble des établissements SAAD et SSIAD est identifié dans une extraction de janvier 2024 du répertoire national des établissements sanitaires et sociaux (base T-FINESS). Ce champ permet de se rapprocher au mieux du périmètre FARE et LIFI, dont les données 2023 sont les plus récentes.

À partir des SIREN de ces établissements, il est possible de remonter dans le fichier FARE (source administrative, établie par l'INSEE) pour obtenir les données comptables individuelles des entreprises du secteur marchand.

Schéma n° 3 : sources de données utilisées pour reconstituer les groupes



Source : Cour des comptes

Dans un second temps, l'analyse se porte au niveau des groupes. Il est nécessaire de reconstruire leur architecture. Les têtes de groupes des entreprises détenant des SAAD et des SSIAD sont identifiées dans le système d'information LIFI (source établie par l'INSEE) qui décrit les liaisons financières (détentions capitalistiques) entre sociétés. Ce répertoire français des groupes de sociétés permet d'identifier et de caractériser les groupes opérant en France et de déterminer leur contour sur le territoire national.

L'ensemble des sociétés appartenant au noyau dur de ces groupes est ensuite identifié afin de connaître la taille du groupe et de capter l'ensemble de ses activités. Dans ce cadre, l'ensemble des entreprises (SIREN) et des établissements (SIRET) qui composent le noyau dur est identifié, ainsi que les établissements sanitaires et sociaux sur la base FINESS (FINESS géographique). Cette approche permet d'analyser le poids de ces établissements au sein des groupes et, parmi eux, d'évaluer la place qu'occupent les activités de SAAD et SSIAD (activité centrale ou partagée avec d'autres activités).

Une analyse au niveau des groupes reste toutefois complexe, dans la mesure où leur périmètre peut être défini de différentes manières et où la prise en compte des pourcentages de détention est difficile à établir.

Résultats

Champs des établissements et ventilation entre le secteur lucratif et le secteur non lucratif

La base FARE concerne exclusivement le secteur marchand. Toutefois, certains établissements identifiés comme public ou non lucratif sont retrouvables dans la base. On retrouve en 2023, 8 800 SAAD dans le répertoire FINESS. 43 % sont des établissements privés commerciaux. Parmi, le reste, 45 % sont des établissements privés non lucratif (dont 98 % d'associations) et 12 % sont des établissements publics. On retrouve en parallèle 1 696 SSIAD. 58 % sont des établissements privés non lucratifs (dont 83 % des associations) et 40 % sont des établissements publics. Seulement 30 établissements sont des établissements privés commerciaux.

Tableau n° 25 : nombre d'établissements selon le statut juridique et la présence dans la base FARE

		Nombre d'établissements	Nombre de SAAD	Nombre de SSIAD	Nombre de SIRET	Nombre de SIREN
Privé commercial	Fichier FINESS	3 883	3 852	30	3 802	2 713
	FARE 2023	3 683 (95 %)	3 652 (95 %)	30 (100 %)	3 607 (95 %)	2 525 (93 %)
Public et non lucratif	Fichier FINESS	7 244	5 028	1 666	6 427	5 525
	FARE 2023	256 (4 %)	209 (4 %)	40 (2 %)	222 (3 %)	126 (2 %)

Note : il existe 3 883 établissements SAAD et SSIAD dans le secteur privé commercial. 95 % de ces établissements ont un SIREN apparaissant dans la base FARE 2023.
Champ : ensemble des établissements SAAD et SSIAD apparaissant dans le répertoire t-finess.
Sources : t-finess de janvier 2024 et FARE 2023

93 % des SIREN des organismes du secteur privé se retrouvent dans FARE. L'écart peut venir d'un défaut de mise à jour de la table FINESS, ou éventuellement d'un établissement créé très récemment et donc non présent dans FARE 2023 (la liste FINESS date de janvier 2024).

Parmi les entreprises ayant la gestion d'au moins un SAAD ou un SSIAD, 95 % sont implantées dans une seule région et 91 % dans un seul département. C'est-à-dire que l'ensemble des établissements (au niveau SIRET) sont dans la même région/département. Parmi les entreprises implantées dans plusieurs régions, 69 % le sont dans seulement deux régions.

Tableau n° 26 : nombre d'entreprises et d'établissements selon la taille d'entreprise

Taille d'entreprise	SIREN	Nombre de SAAD	SSIAD
Microentreprise (MICRO)	551 (21 %)	563 (15 %)	3 (5 %)
Petite et moyenne (PME)	1 472 (55 %)	1 814 (47 %)	30 (43 %)
Taille intermédiaire (ETI)	315 (12 %)	740 (19 %)	19 (27 %)
Grande (GE)	313 (12 %)	744 (19 %)	18 (26 %)
Total	**2 651 (100 %)**	**3 861 (100 %)**	**70 (100 %)**

Note : 15 % des SAAD et 5 % des SSIAD sont détenus par des micro-entreprises.
Champ : ensemble des établissements SAAD et SSIAD apparaissant dans le répertoire t-finess de janvier 2024 et dans FARE 2023.
Source : FARE 2023

Presque la moitié des SAAD appartiennent à une entreprise de taille petite ou moyenne. Parmi les autres, 15 % appartiennent à des micro-entrepreneurs et 20 % à des grands groupes. 12 % des entreprises possédant un SAAD ou un SSIAD sont des GE, cela représente 19 % des SAAD, les grandes entreprises possédant plus souvent plusieurs établissements.

La base FARE permet d'observer que 1 % (N = 83) des entreprises possèdent 12 % (N =1 294) des établissements SAAD et SSIAD. Plus largement, 5 % (412) des entreprises possèdent 21 % (2 226) des établissements. Ci-dessous sont détaillées les 10 entreprises possédant le plus d'établissements SAAD et SSIAD (au sens FINESS géographique).

Tableau n° 27 : les 10 entités légales comportant le plus d'établissements SAAD et SSIAD d'après le fichier FINESS

Type	Raison sociale	Nombre d'établissements SAAD et SSIAD
Société	VITALLIANCE	84 SAAD
Société	DOMUSVI DOMICILE	74 dont 59 SAAD
Société	RESIDE ETUDES SENIORS (R.E.S.)	64 SAAD
Association	**CROIX ROUGE FRANCAISE (CRF)**	**63 dont 6 SAAD**
*Association**	ASSOCIATION MOSELLANE D'AIDE AUX PERSONNES AGEES (AMAPA)	61 dont 55 SAAD
Société	BIEN À LA MAISON (ONELA)	53 SAAD
Société	A2MICILE REGION CENTRE (DOMALIANCE)	43 SAAD
Société	LES JARDINS D'ARCADIE EXPLOITATION	35 SAAD

Type	Raison sociale	Nombre d'établissements SAAD et SSIAD
Société	DOMITYS NORD-OUEST	29 SAAD
Association	PRESENCE VERTE SERVICES	28 dont 20 SAAD

**Association de droit local (Bas-Rhin, Haut-Rhin et Moselle) alors que les deux autres associations sont des associations déclarées, ce qui peut expliquer leur présence dans FARE.*
Note : les lignes en caractères gras sont des associations dont la situation économique n'est pas connue du fait de leur statut juridique.
Champ : ensemble des établissements SAAD et SSIAD apparaissant dans le répertoire t-finess.
Source : fichier t-finess de janvier 2024

Situation économique des entreprises

Rentabilité économique

On considère ici les entreprises ayant en gestion au moins un SAAD ou un SSIAD en 2023. On considère ci-dessous toutes les tailles d'entreprise (PME, GE, etc.). Les quelques entreprises du secteur public et du privé non lucratif retrouvées dans FARE ne sont pas exclues. Ces dernières représentent environ 5 % de l'échantillon.

Parmi les établissements SAAD et SSIAD actifs en 2023, 93 % étaient déjà ouverts en 2019. Il n'a pas été possible de retrouver les établissements ouverts en 2019 et ayant fermé avant 2023. Les comparaisons suivantes entre 2019 et 2023 sont donc réalisées uniquement sur les établissements actifs en 2023.

Tableau n° 28 : comptes de résultats des entreprises gérant SAAD et/ou SSIAD en 2023

	2019	2023
Nombre d'entreprises incluses	2 474	2 651
Effectif médian	15 [2 ; 44]	19 [4 ; 52]
Chiffre d'affaires (CA) en milliers d'€	561 [100 ; 1530]	707 [162 ; 1971]
Frais de personnel (en % du CA) *(Salaires et charges sociales)*	- 77 % [- 89 % ; - 56 %]	- 78 % [- 92 % ; - 54 %]
Taux de rentabilité commerciale *Excédent brut d'exploitation (en % du CA)*	3 % [- 9 % ; 12 %]	3 % [- 12 % ; 12 %]
Taux de rentabilité opérationnelle *Résultat d'exploitation (en % du CA)*	2 % [- 8 % ; 12 %]	2 % [- 13 % ; 12 %]
Taux de rentabilité économique *Résultat d'exercice (en % des actifs nets)*	6 % [- 25 % ; 26 %]	5 % [- 33 % ; 25 %]

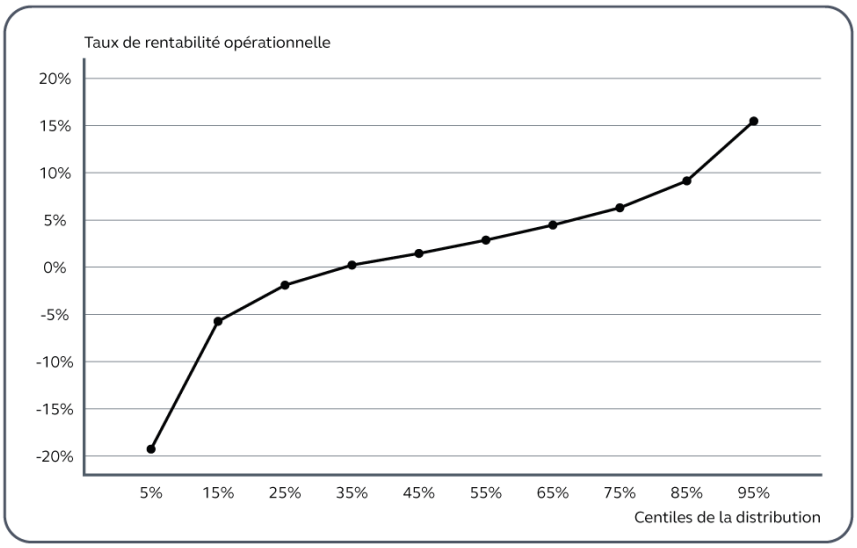
	2019	2023
Taux de marge nette *Résultat d'exercice (en % du CA)*	2 % [- 8 % ; 10 %]	2 % [- 12 % ; 10 %]

Note : les chiffres sont présentés sous forme médiane [Q10 ; Q90]. Rapportés au chiffre d'affaires, les produits sont positifs et les charges présentées avec un signe négatif.
Champ : ensemble des établissements SAAD et SSIAD apparaissant dans le répertoire t-finess de janvier 2024 et dans FARE 2023.
Source : FARE 2023

Au global, la situation financière est relativement stable entre 2019 et 2023 pour l'entreprise médiane. Toutefois, la distribution suggère une dégradation pour les entreprises les moins rentables : le quantile inférieur recule. De plus, la part d'entreprises présentant une rentabilité économique négative augmente (elles sont 32 % en 2023 contre 28 % en 2019).

La moitié des entreprises dégage un excédent brut d'exploitation supérieur à 3 % du chiffre d'affaires, et pour 10 % d'entre elles il dépasse 12 %. Toutefois, la situation se dégrade pour les entreprises situées dans le bas de la distribution, avec un recul de trois points de pourcentage du taux de rentabilité des 10 % les moins performantes.

Graphique n° 12 : distribution du taux de rentabilité des entreprises gérant des SAAD et SSIAD



Champ : ensemble des établissements SAAD et SSIAD apparaissant dans le répertoire t-finess de janvier 2024 et dans FARE 2023.
Note : environ 5 % des entreprises présentent un taux de rentabilité opérationnelle inférieur à -20 %. La majorité des entreprises (environ 60 %) sont proches de l'équilibre et ont une rentabilité comprise entre -5 % et 5 %. Enfin, près de 20 % des entreprises affichent une rentabilité comprise entre 5 % et 15 %.
Source : FARE

Rentabilité économique selon la taille d'entreprise

Tableau n° 29 : comptes de résultats des entreprises gérant SAAD et SSIAD en 2023 par taille

	MICRO	PME	ETI	GE
Nombre d'entreprises incluses	551	1 472	315	313
Effectif médian	5 [0 ; 9]	22 [11 ; 51]	23 [7 ; 150]	26 [12 ; 76]
Chiffre d'affaires (CA) en milliers d'€	221 [29 ; 407] €	798 € [405 ; 1862] €	1 091 € [241 ; 3 774] €	1 013 € [418 ; 3067] €
Taux de rentabilité commerciale *Excédent brut d'exploitation (en % du CA)*	2 % [- 21 % ; 19 %]	3 % [- 6 % ; 11 %]	2 % [- 30 % ; 12 %]	4 % [- 15 % ; 12 %]
Taux de rentabilité opérationnelle *Résultat d'exploitation (en % du CA)*	1 % [- 27 % ; 16 %]	2 % [- 6 % ; 10 %]	2 % [- 30 % ; 11 %]	3 % [- 14 % ; 12 %]
Taux de rentabilité économique *Résultat d'exercice (en % des actifs nets)*	2 % [- 61 % ; 44 %]	5 % [- 18 % ; 23 %]	3 % [- 52 % ; 17 %]	8 % [- 41 % ; 27 %]
Taux de marge nette *Résultat d'exercice (en % du CA)*	1 % [- 28 % ; 15 %]	2% [- 5 % ; 9 %]	1 % [- 33 % ; 10 %]	3 % [- 15 % ; 9 %]

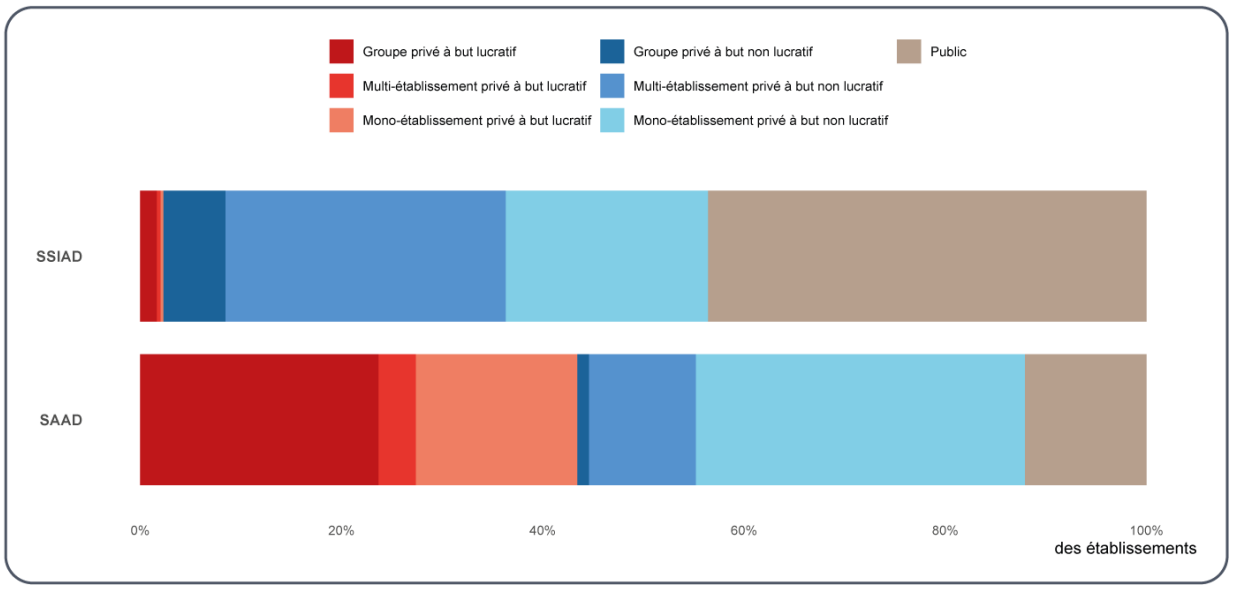
Champ : ensemble des établissements SAAD et SSIAD apparaissant dans le répertoire t-finess de janvier 2024 et dans FARE 2023.
Source : FARE

La rentabilité tend à augmenter avec la taille des entreprises. Les grandes entreprises (GE) affichent les meilleurs niveaux médians (notamment 8 % de rentabilité économique). Les distributions montrent que les entreprises les moins performantes enregistrent des niveaux de rentabilité fortement négatifs, en particulier parmi les microentreprises et les ETI.

Structures de groupe

Organisation en groupes des SAAD et SSIAD

Graphique n° 13 : répartition des établissements selon le statut juridique et le type de structure



Champ : ensemble des établissements SAAD et SSIAD apparaissant dans le répertoire t-finess de janvier 2024.
Source : LIFI et répertoire t-finess

Dans le secteur à but lucratif, 55 % des SAAD et SSIAD (2 131 services) sont organisés en groupes. La majorité (81 %) de ces groupes sont de taille petite ou moyenne (comprenant moins de 250 salariés). Pour 90 % de ces groupes, 100% des établissements sanitaires et sociaux possédés sont des SAAD. Seuls 44 groupes dépassent le seuil des 1 000 salariés. 86 % des groupes ont tous leurs établissements SAAD et SSIAD implantés dans le même département. Moins de 1 % d'entre eux ont leur tête de groupe établie à l'étranger et celle-ci se trouve dans l'Union européenne. Pour la moitié (52 %) des 466 groupes, le SAAD ou SSIAD est le seul établissement social ou médico-social détenu. 21 % de ces groupes détiennent quatre établissements sociaux et médico-sociaux ou plus.

Dans le secteur à but non lucratif, 4 % des SAAD et SSIAD (290 établissements) sont organisés en groupes. 30 % de ces groupes sont de taille petite ou moyenne (comprenant moins de 250 salariés). Pour 39 % de ces groupes, 100 % des établissements sanitaires et sociaux possédés sont des SAAD. Seuls 23 groupes dépassent le seuil des 1 000 salariés. 100 % des groupes ont tous leurs établissements SAAD et SSIAD implantés dans le même département. Aucun groupe n'a sa tête de groupe à l'étranger. Pour 29 % des 56 groupes, le SAAD ou SSIAD est le seul établissement social ou médico-social détenu. 59 % de ces groupes détiennent quatre établissements sociaux et médico-sociaux ou plus.

Seulement 23 groupes privés, et quatre groupes publics ou à but non lucratif, possèdent plus de 10 SAAD et SSIAD. En majorité, les groupes possèdent seulement un établissement SAAD ou SSIAD.

Tableau n° 30 : nombre de SAAD et SSIAD détenus par groupe selon le statut juridique

	Nombre de SAAD et SSIAD détenus par le groupe		
Statut juridique	Quantile 10	Médiane	Quantile 90
Privé lucratif	1	1	5
Public et privé non lucratif	1	1	8

Champ : ensemble des groupes détenant au moins un établissement SAAD et SSIAD en 2023.
Source : LIFI

Le secteur privé à but lucratif est très concentré, avec une majorité de petits groupes. Parmi les groupes privés détenant au moins un SAAD ou un SSIAD, 50 % sont composés de trois entreprises ou moins :

Tableau n° 31 : distribution de la taille des groupes dans le secteur privé lucratif

	Médiane	Moyenne
Nombre d'entreprises privées - SIREN	3	40
Nombre d'établissements - SIRET	3	56
Nombre d'établissements sanitaires et sociaux - FINESS	1	11

Champ : ensemble des groupes détenant au moins un établissement SAAD et SSIAD en 2023.
Source : LIFI

Part de l'activité SAAD et SSIAD parmi l'activité totale des groupes

La suite de ces analyses concerne uniquement les groupes du secteur privé à but lucratif. Cela représente 2 421 services soit environ 55 % des SAAD et SSIAD du secteur privé à but lucratif.

Tableau n° 32 : répartition de l'activité SAAD et SSIAD par type selon la taille du groupe

Taille du groupe	Nombre de groupes	Entreprises hors secteur sanitaire et social	Entreprises dans le secteur sanitaire et social			
			SAAD et SSIAD	EHPAD et FAM	AUTRES SAD	Autres établissements
2 entreprises	233 (45 %)	50 % [50 % – 50 %]	100 % [100 % -100 %]	0 % [0 % - 0 %]	0 % [0 % - 0%]	0 % [0 % - 0 %]
3 ou 4 entreprises	153 (29 %)	67 % [33 % - 75 %]	100 % [100 % - 100 %]	0 % [0 % - 0 %]	0 % [0 % - 0 %]	0 % [0 % - 0 %]
5 entreprises ou plus	137 (26 %)	77 % [40 % - 98 %]	100 % [7 % - 100 %]	0 % [0 % - 57 %]	0 % [0 % - 0 %]	0 % [0 % - 60 %]

Taille du groupe	Nombre de groupes	Entreprises hors secteur sanitaire et social	Entreprises dans le secteur sanitaire et social			
			SAAD et SSIAD	EHPAD et FAM	AUTRES SAD	Autres établissements
Toutes tailles confondues	522 (100 %)	50 % [33 % - 83 %]	100 [25 % - 100 %]	0 % [0 % - 10 %]	0 % [0 % - 0 %]	0 % [0 % - 18 %]

Note : les indicateurs sont au format : médiane [quantile 10, quantile 90].
Champ : ensemble des groupes détenant au moins un établissement SAAD et SSIAD en 2023.
Source : LIFI et répertoire t-finess à date de janvier 2024

Les groupes de petites tailles ne possèdent quasiment aucune diversification dans le secteur sanitaire et social. Environ 3 % des groupes de moins de cinq entreprises possèdent un établissement d'hébergement : EHPAD, MAS, FAM. Plus d'un quart (26 %) des groupes de plus de cinq entreprises possèdent au moins un établissement d'hébergement. Pour 12 % d'entre eux, ces établissements d'hébergements représentent la majorité des établissements détenus.

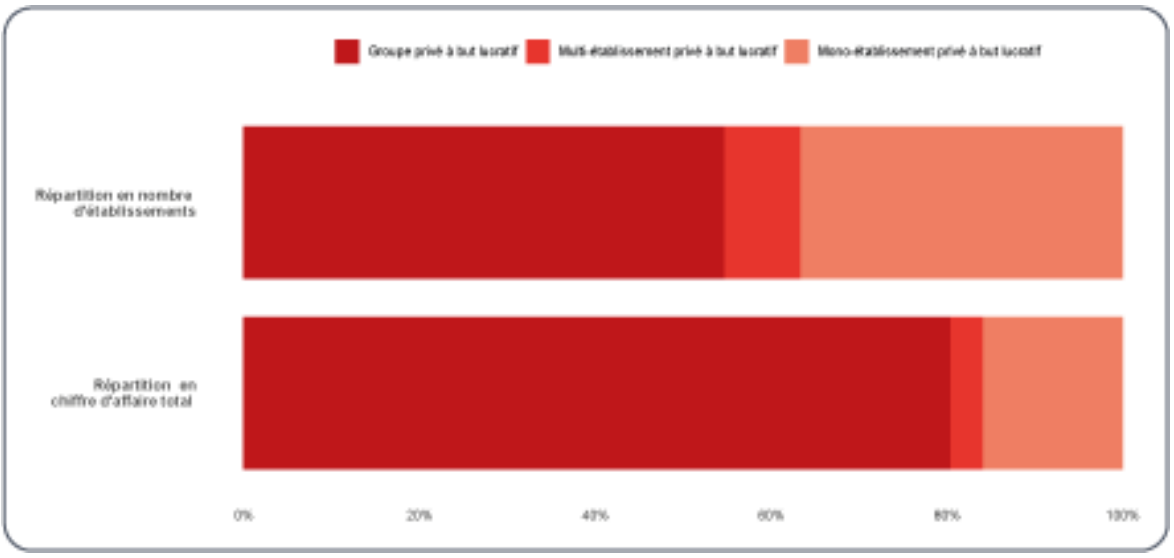
Les résultats montrent aussi qu'une part importante des groupes présente une activité diversifiée : 41 % des groupes privés détiennent une majorité d'entreprises ne gérant pas d'établissements sanitaires et sociaux. À l'inverse, les groupes fortement spécialisés restent minoritaires : seuls 4 % des groupes ont plus de 80 % de leurs entreprises liées à des établissements sanitaires et sociaux.

On distingue deux types de groupes, ceux dont l'activité SAAD et SIAAD représente la totalité (ou quasi-totalité) des établissements sanitaires et sociaux possédés et ceux pour lesquels cette part est minime (entre 11 % et 37 % de l'activité). Ces groupes ont souvent une grosse partie d'activité liée aux établissements d'hébergements.

Situation économique des groupes

40 % des entreprises détenues par des groupes du privé lucratif détenant au moins un SAAD ou un SSIAD sont des entreprises étrangères, donc leurs résultats comptables ne figurent pas dans la base FARE. Toutefois, 90 % de ces entreprises étrangères sont détenues par seulement neuf groupes. Les analyses comptables sont donc faites uniquement sur la partie française du groupe.

Graphique n° 14 : répartition du nombre d'établissements SAAD et SSIAD et du chiffre d'affaires de leur entreprise détentrice selon le statut juridique et le type de structure



Note : 55 % des établissements privés sont détenus par un groupe, ces établissements réalisent 80 % du chiffre d'affaires total.
Champ : ensemble des établissements SAAD et SSIAD appartenant à des entreprises privées lucratives en 2023.
Source : LIFI, FARE et t-finess à date de janvier 2024

Tableau n° 33 : situation financière des groupes privés à but lucratif

	Ensemble des groupes	entreprises avec au moins une activité sanitaire et sociale	entreprises détenant au moins un SAAD ou un SSIAD
Nombre de groupes inclus	466	466	466
Nombre d'entreprises	1 [1 ; 3]	1 [1 ; 3]	1 [1 ; 2,5]
Effectif	47 [14 ; 307]	36 [8 ; 107]	36 [4 ;105]
Chiffre d'affaires en milliers d'€	1 210 [408 ; 8 297]	956 [312 ; 2 405]	950 [243 ; 2 236]
Valeur ajoutée en milliers d'€	954 [274 ; 5 115]	737 [178 ; 1 860]	729 [174 ; 1 745]

Note : les indicateurs sont au format : médiane [quantile 25, quantile 75]. Le chiffre d'affaires médian d'une entreprise rattachée à un groupe dont au moins une entité détient un SAAD ou un SSIAD est de 1,2M€.
Champ : ensemble des groupes détenant au moins un établissement SAAD et SSIAD en 2023.
Source : LIFI, FARE et t-finess à date de janvier 2024

Tableau n° 34 : situation financière des entreprises appartenant à des groupes privés lucratifs selon l'activité

	Parmi les entreprises détenues par un groupe qui détient par ailleurs des SAAD et SSIAD		
Type d'activité de l'entreprise	Distribution CA	Rentabilité économique	Marge nette
SAAD et SSIAD	948 000 [588 000 ; 152 000]	19 % [- 4 % ; 48 %]	2 % [- 2 % ; 6 %]
EHPAD, FAM et MAS	4,3 M€ [3,4 M€ ; 5,1 M€]	13 % [- 2 % ; 38 %]	4 % [- 2 % ; 8 %]
Autres activités sanitaires et sociales	8,2 M€ [4,5 M€ ; 16,2 M€]	3 % [- 8 % ; 21 %]	3 % [- 3 % ; 8 %]
Autres activités	135 000 [0 ; 3,5 M€]	1 % [- 7 % ; 18 %]	2 % [- 12 % ; 10 %]

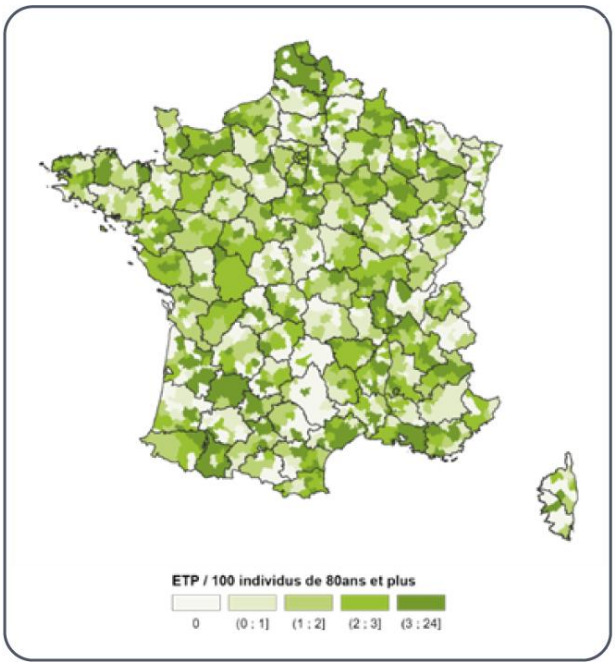
Note : les indicateurs sont au format : médiane [quantile 10, quantile 90].
Champ : ensemble des entreprises détenues par un groupe détenant au moins un établissement SAAD et SSIAD en 2023.
Source : LIFI, FARE et t-finess à date de janvier 2024

Les SAAD et SSIAD affichent une rentabilité économique élevée, mais des marges nettes très faibles voire négatives en moyenne, ce qui pourrait indiquer des charges financières élevées, mais désigne surtout une structure de bilan avec de très faibles immobilisations. Au global, on observe une forte dispersion des situations individuelles (certaines structures affichent de bonnes performances, d'autres sont en difficulté). À l'inverse, les activités d'hébergement (EHPAD, FAM, MAS) apparaissent plus stables au sein des groupes étudiés, avec un chiffre d'affaires plus élevé, une rentabilité économique correcte et des marges nettes positives. Les autres activités, du champ sanitaire et social ou non, présentent des résultats beaucoup plus hétérogènes. Toutefois, les performances observées au niveau des entreprises peuvent aussi être influencées par des mécanismes internes au groupe, et peuvent expliquer le décalage entre une rentabilité économique relativement bonne et une marge nette bien inférieure.

Annexe n° 6 : cartographie nationale, des régions et de 14 départements, par établissement public de coopération intercommunale, concernant l'adéquation de l'offre d'aide à domicile aux besoins : où sont les « zones blanches » et les risques de déni de service ?

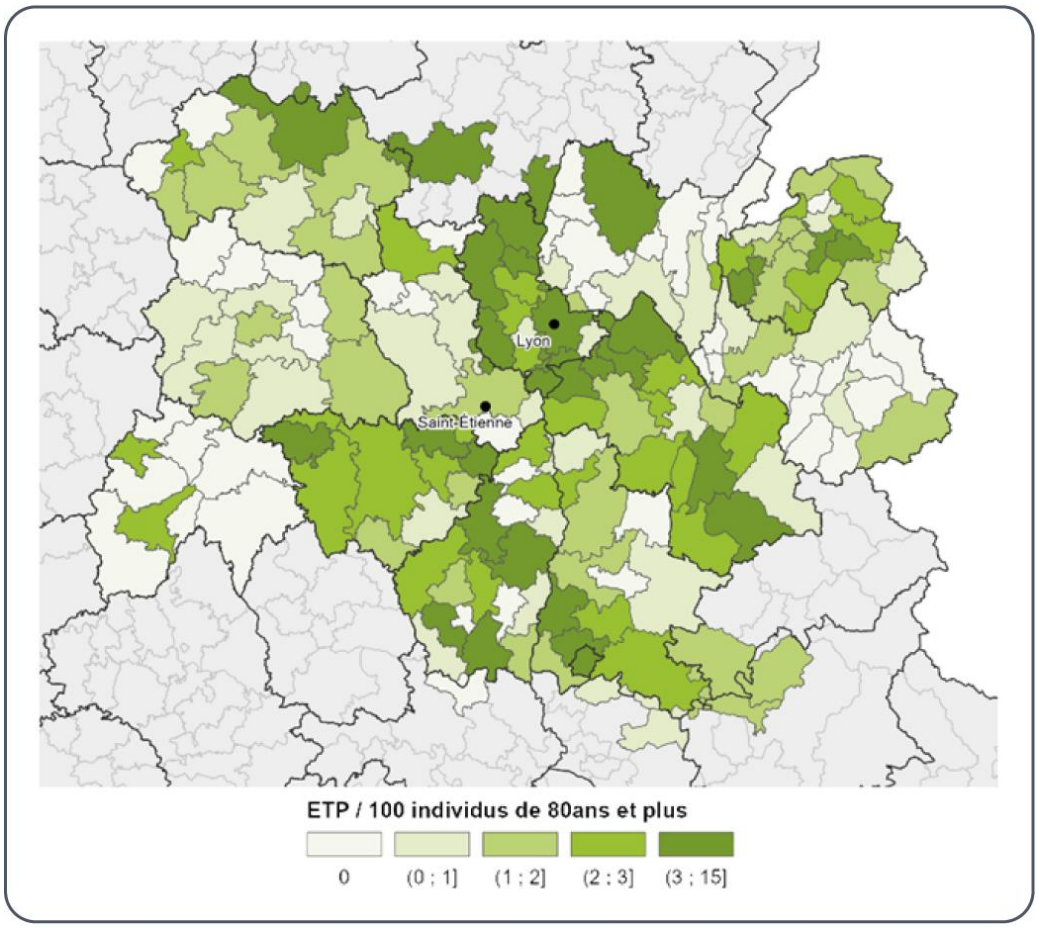
Selon la méthodologie exposée de manière concise dans le rapport et dans la note méthodologique en annexe n° 5, plusieurs cartes ont pu être établies sur la base du rapport entre le nombre d'heures d'aide à domicile pour des personnes fragiles, d'une part, et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, d'autre part, sachant que le volume d'heures attendues et réalisées est essentiellement gouverné par l'effectif du public âgé. Il s'agit par ailleurs des seules données mobilisables à l'échelle infra-départementale pour tenir lieu de dénominateur ; il n'est pas possible au plan national d'utiliser un nombre d'allocataires de l'APA et de la PCH par commune ou EPCI.

Carte n° 13 : carte nationale du nombre d'ETP réalisés en aide à domicile pour 100 personnes de 80 ans et plus par EPCI



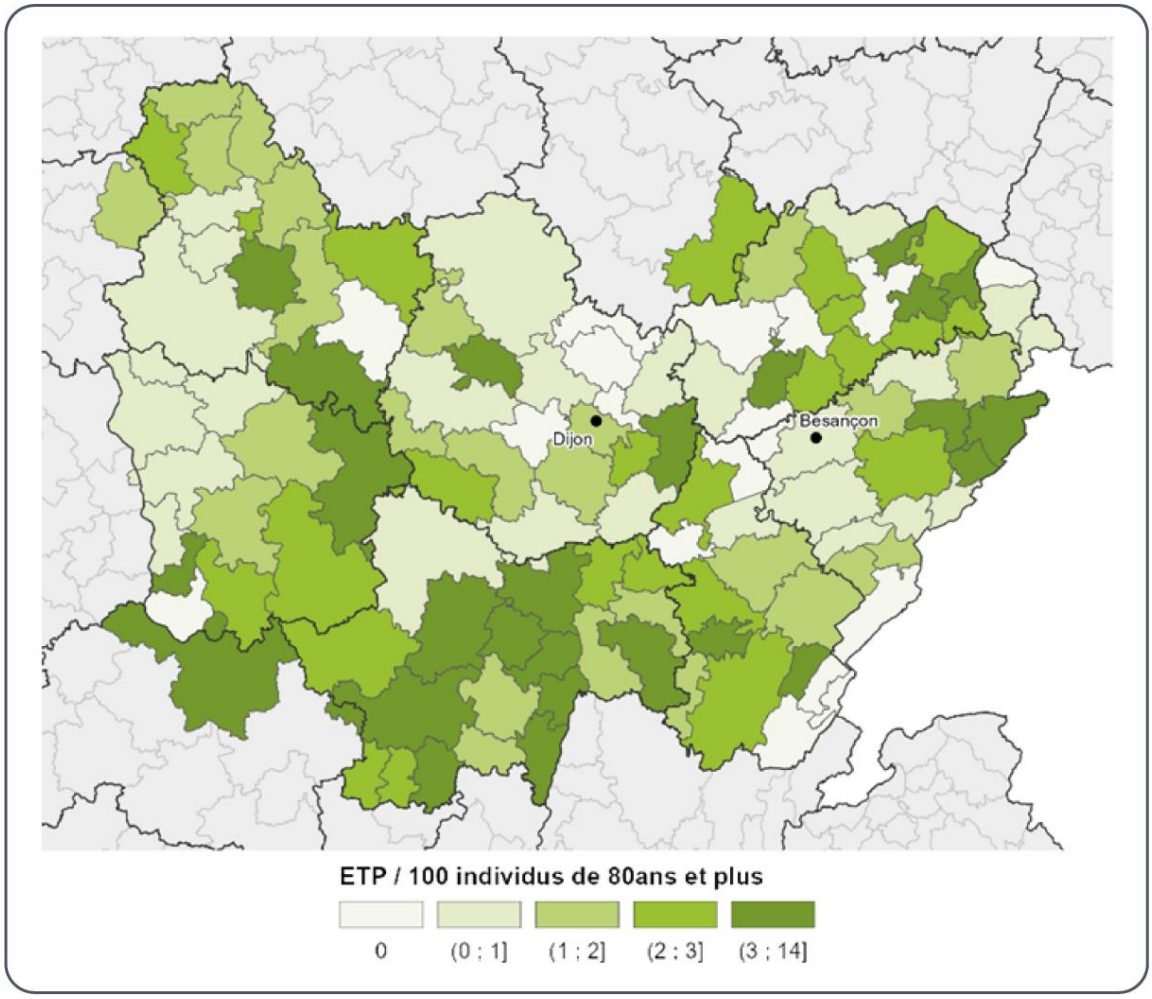
Note de lecture : la déclaration sociale nominative permet aujourd'hui de rattacher les heures travaillées auprès des publics fragiles au SIRET du SAAD employeur, mais non au domicile du salarié. Cela peut aboutir pour les EPCI de petite taille à une valeur à zéro en heures travaillées, alors que l'agence du SAAD employeur se situe dans l'EPCI juste voisin. Sur les 1 254 EPCI existants, 129 ne comptent pas de personnes âgées de plus de 80 ans selon l'INSEE (chiffre figurant au dénominateur) et 276 ne comportent pas d'heures travaillées, au titre de la DSN (au numérateur).
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 14 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour la région Auvergne-Rhône-Alpes



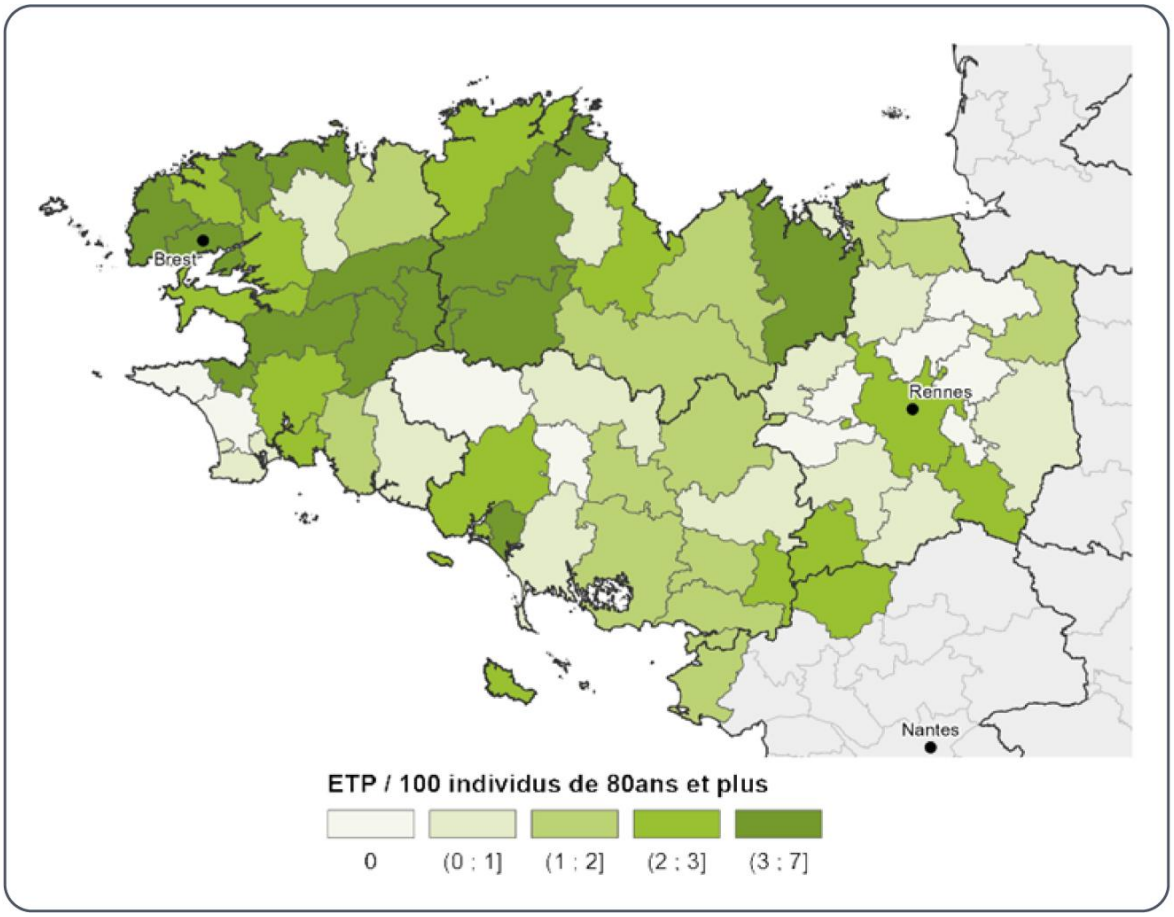
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 15 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour la région Bourgogne-Franche-Comté



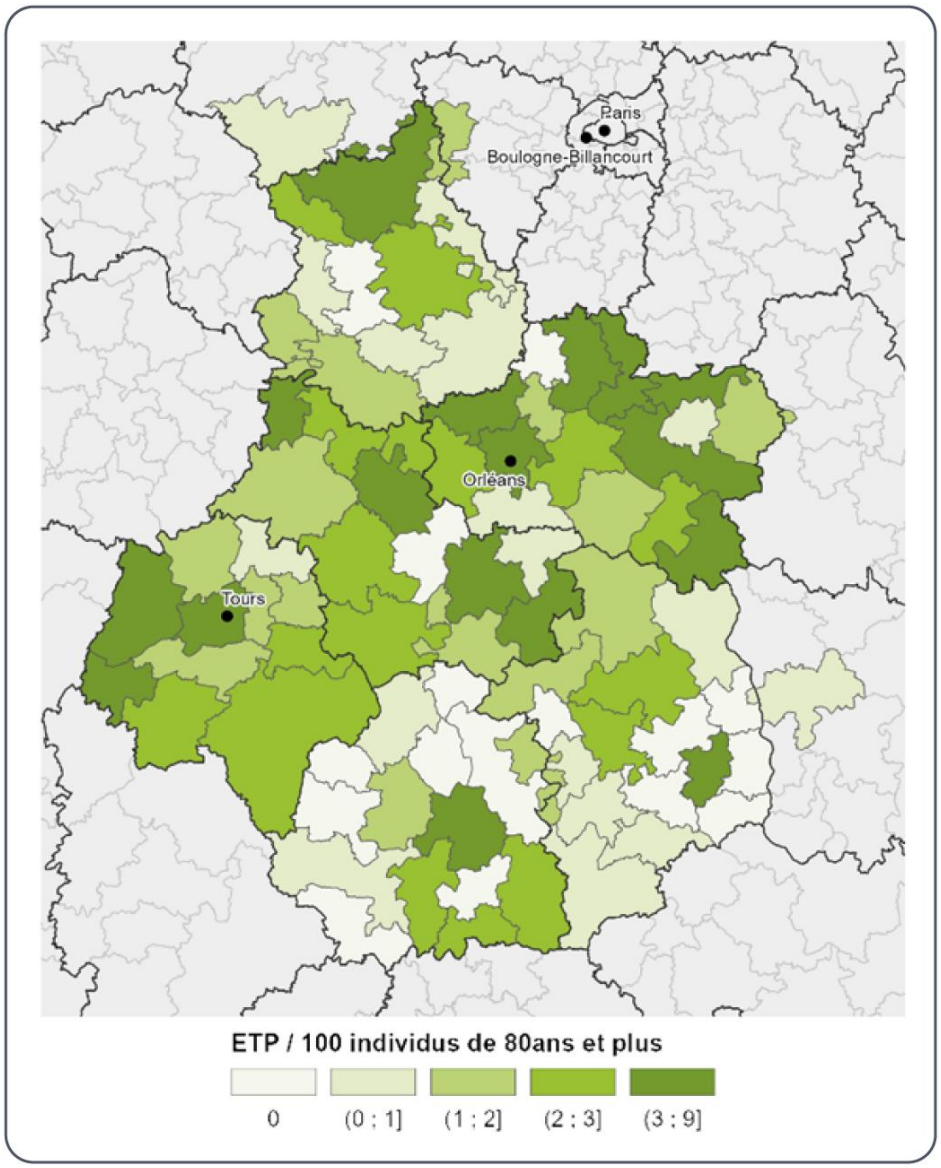
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 16 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour la région Bretagne



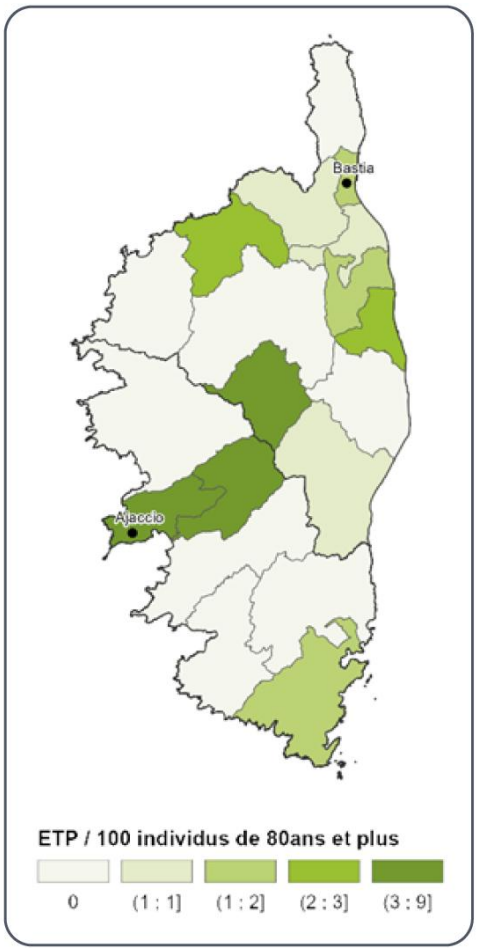
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 17 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour la région Centre-Val de Loire



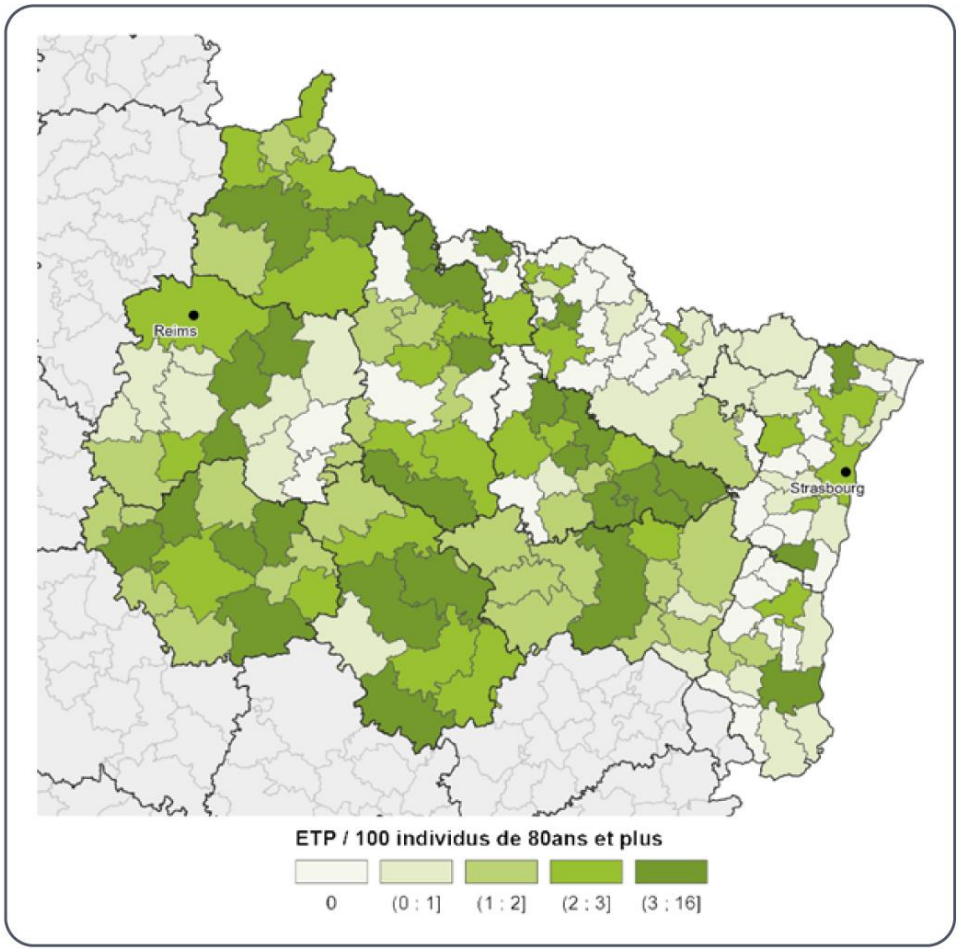
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 18 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour la région Corse



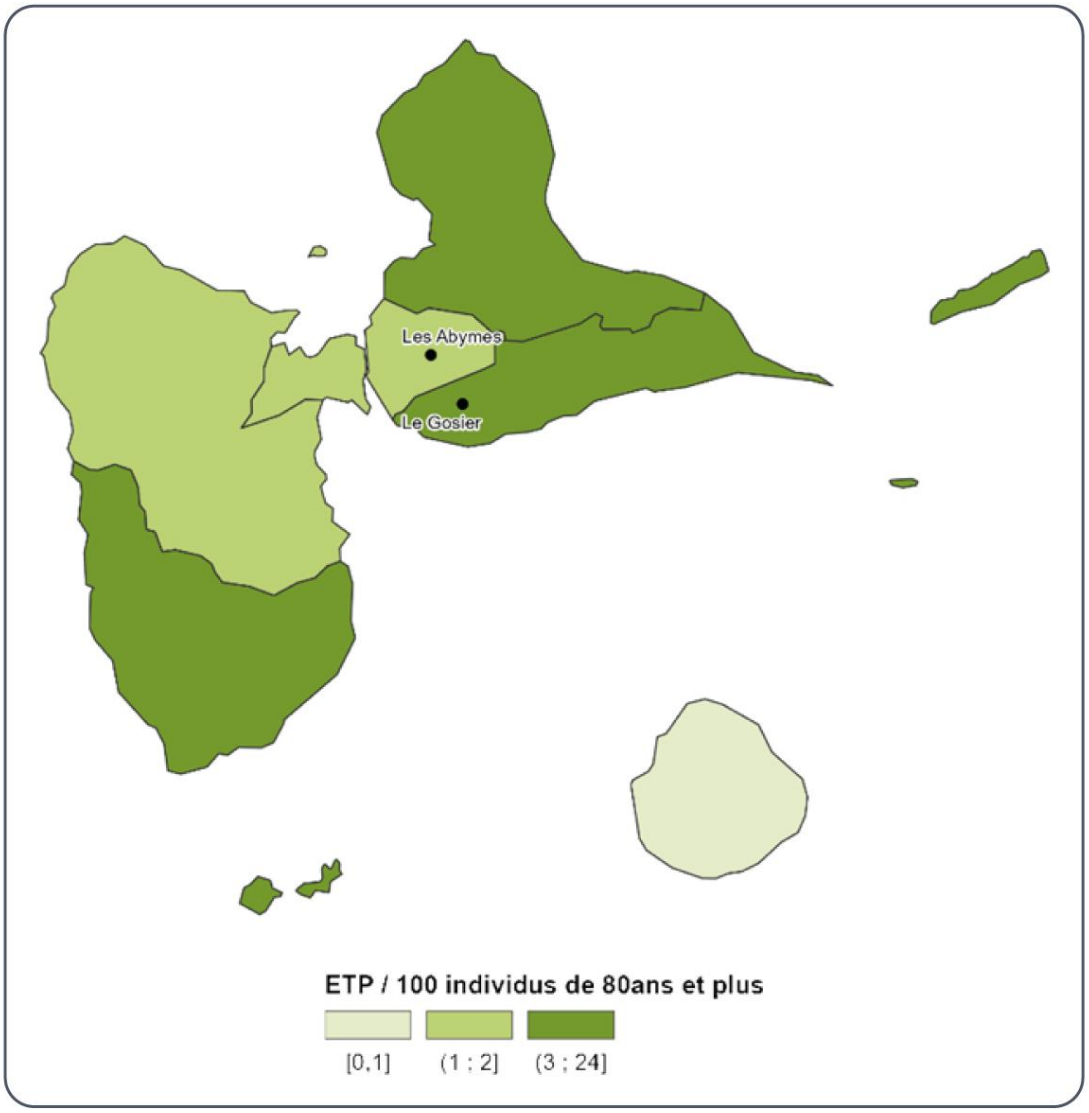
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 19 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour la région Grand Est



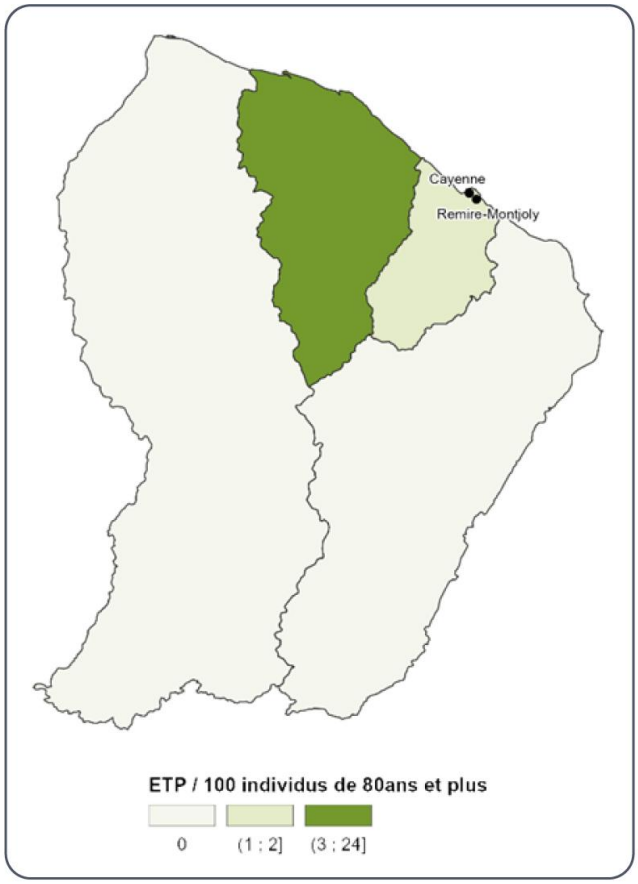
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 20 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour la Guadeloupe



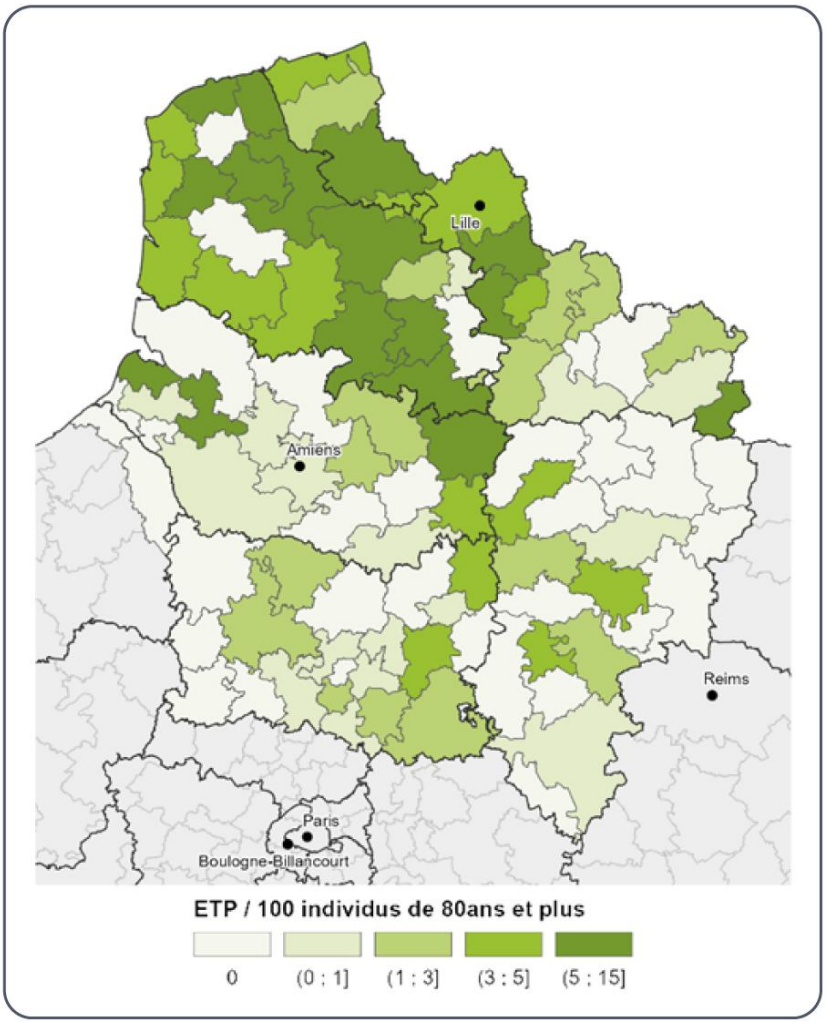
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 21 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour la Guyane



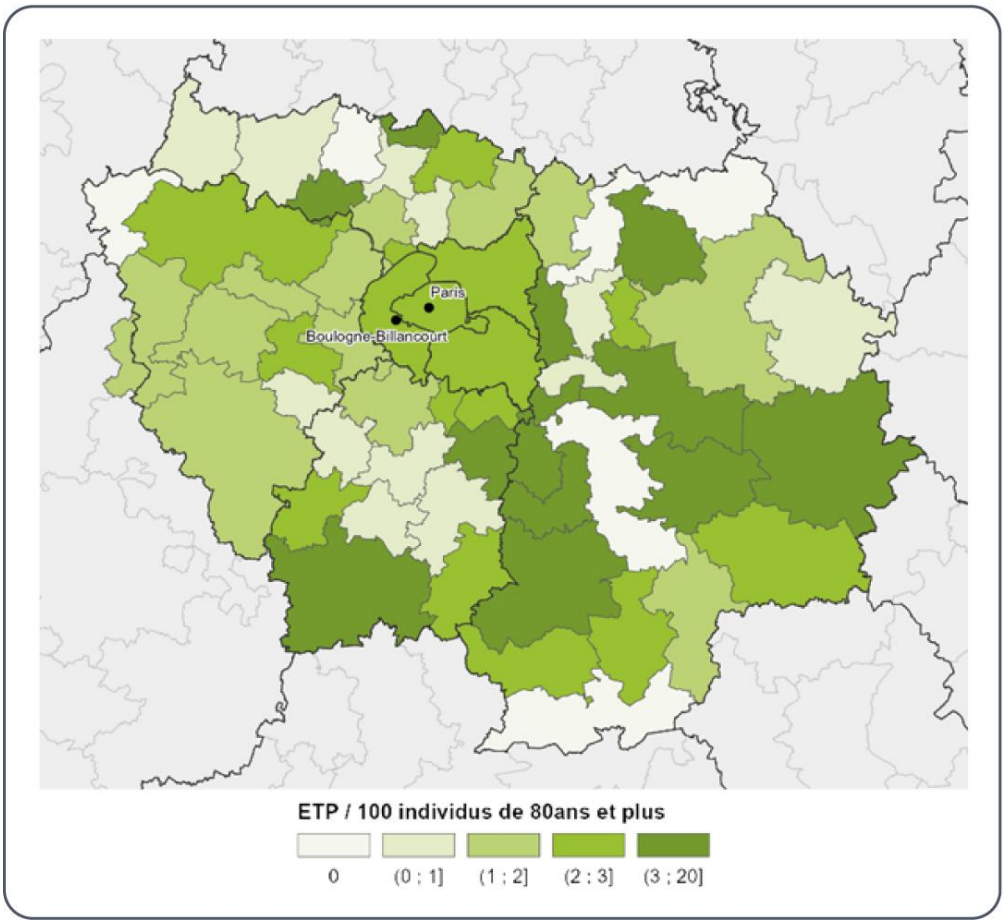
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 22 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour la région Hauts-de-France



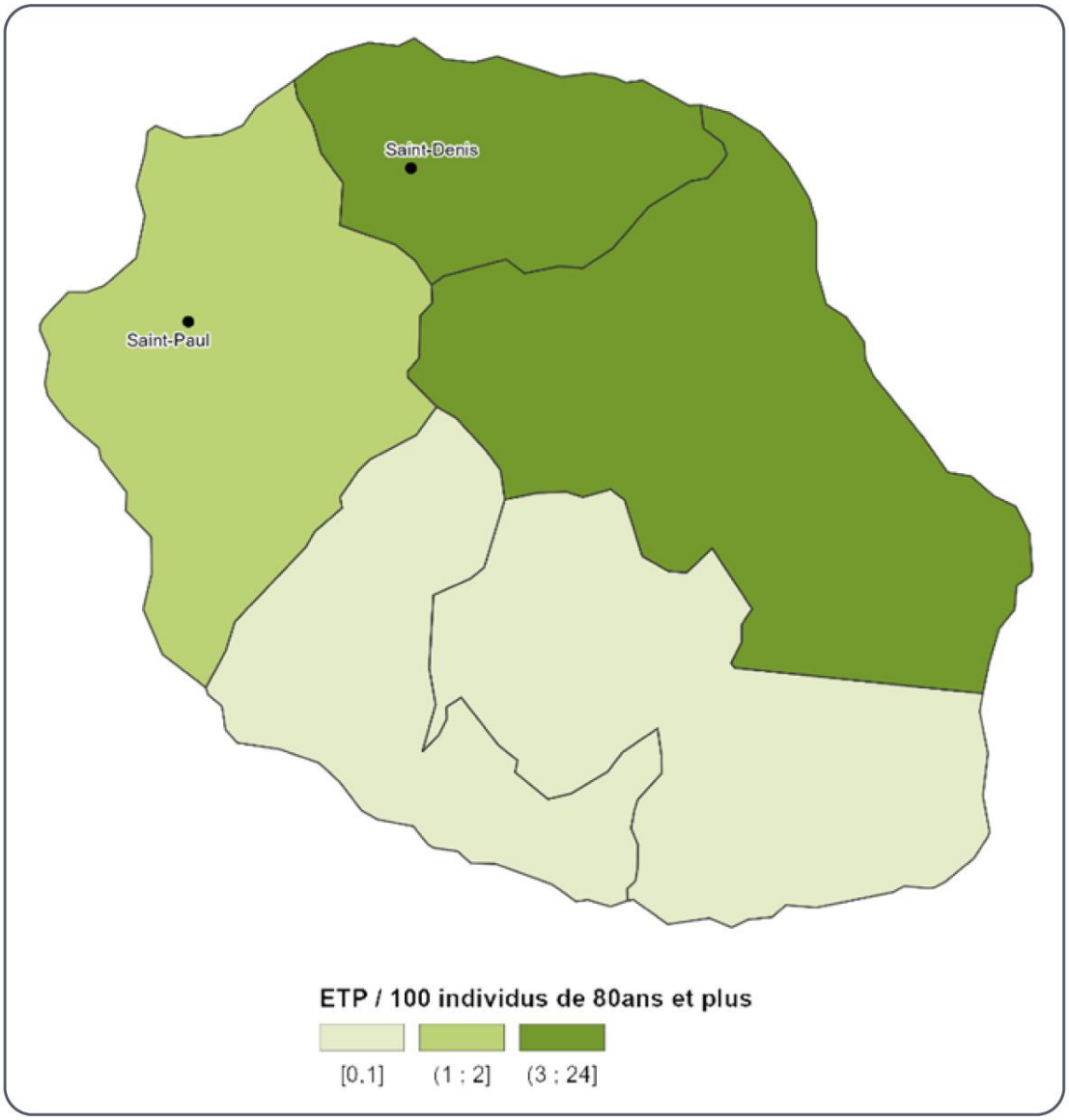
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 23 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour la région Île-de-France



Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 24 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour La Réunion

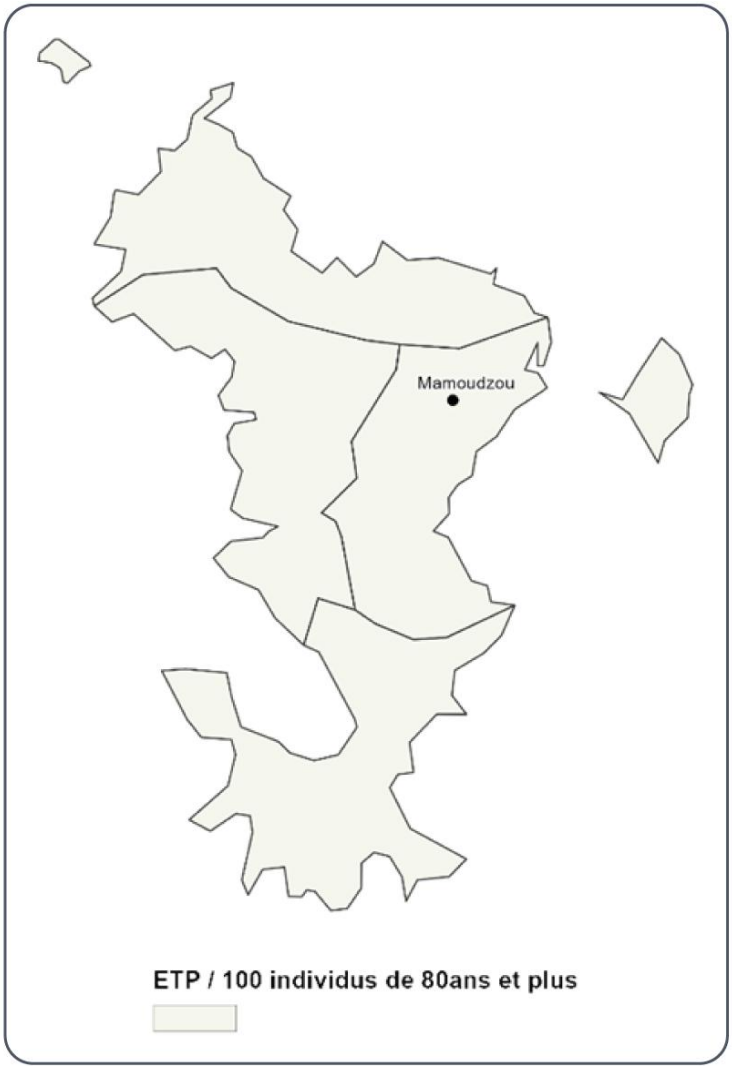


Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 25 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour la collectivité territoriale de la Martinique

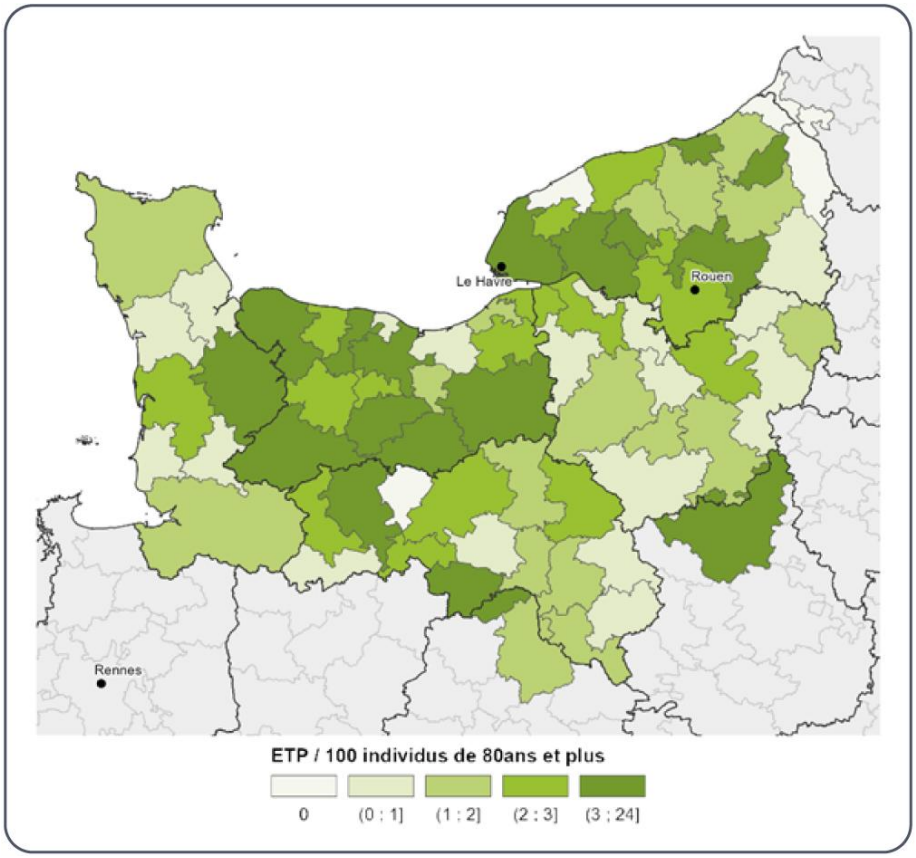
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 26 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour Mayotte



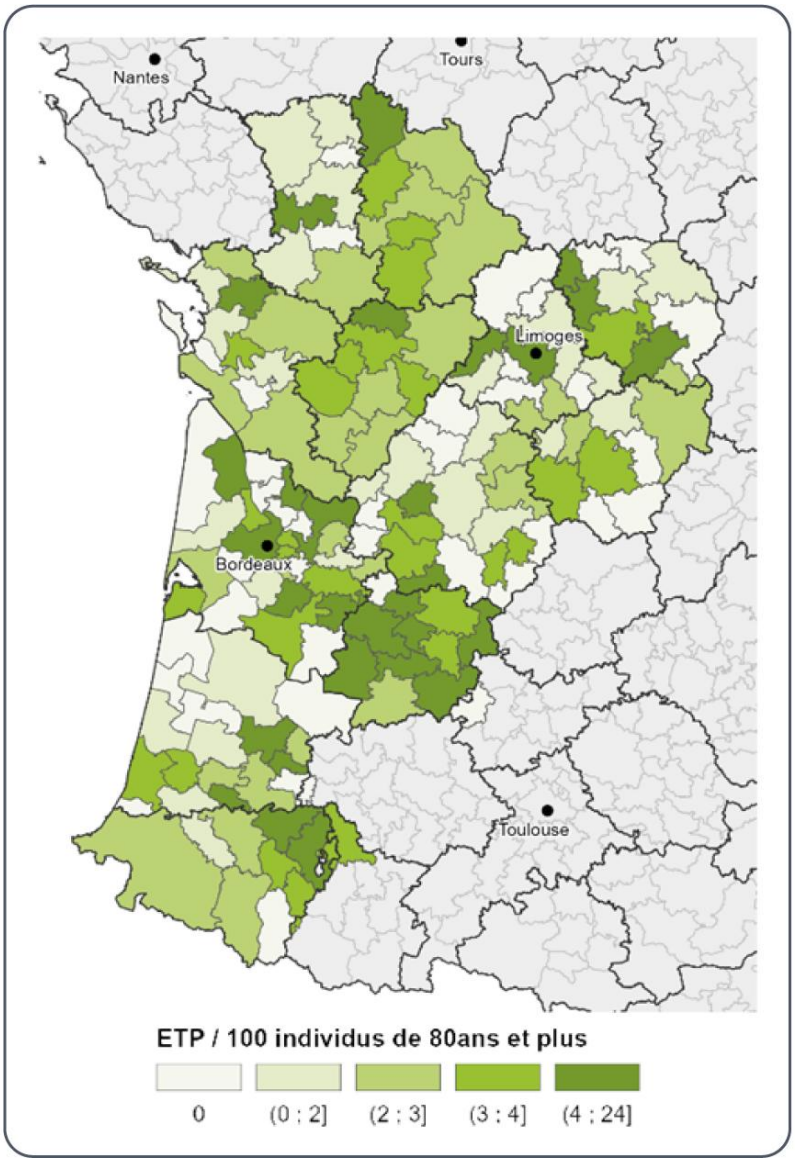
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 27 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour la région Normandie



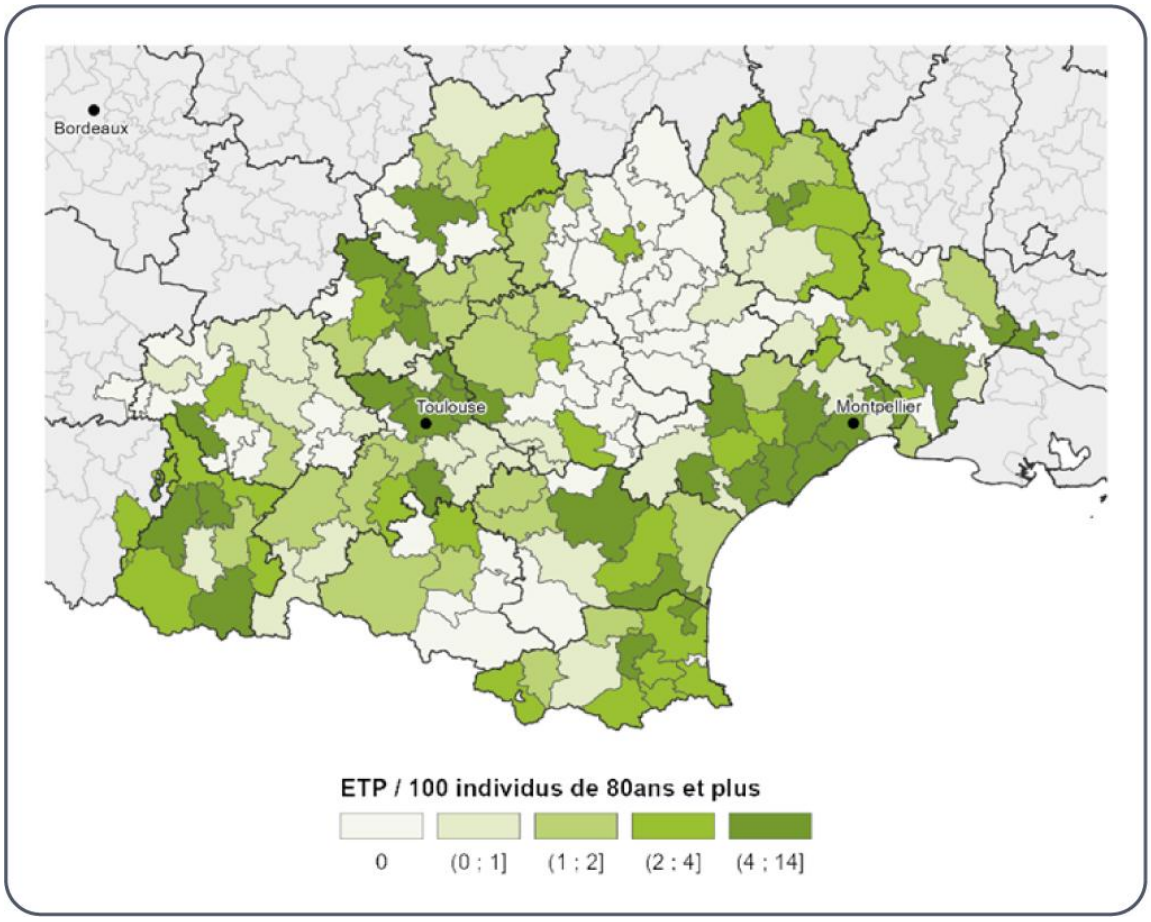
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 28 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour la région Nouvelle-Aquitaine



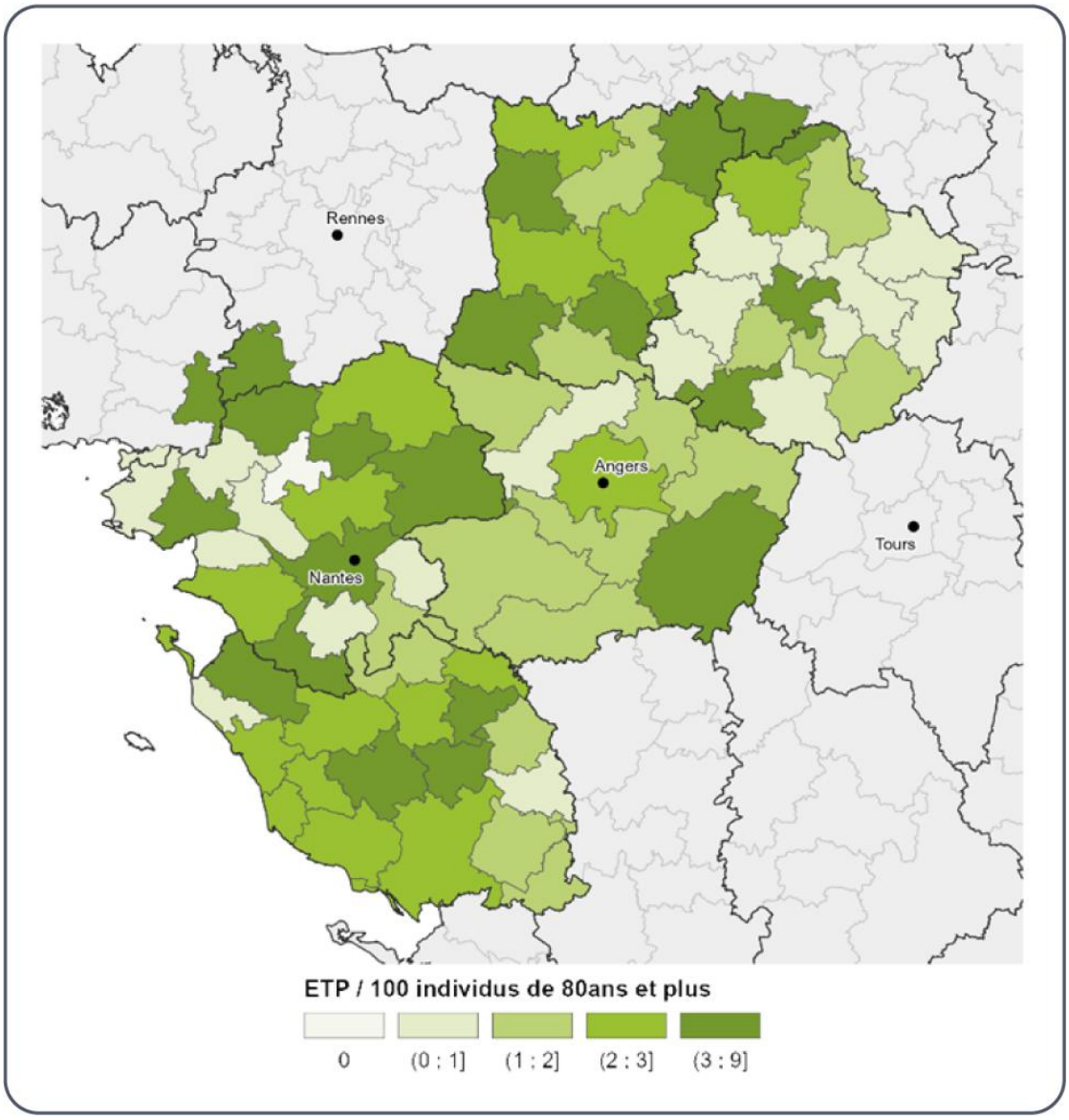
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 29 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour la région Occitanie



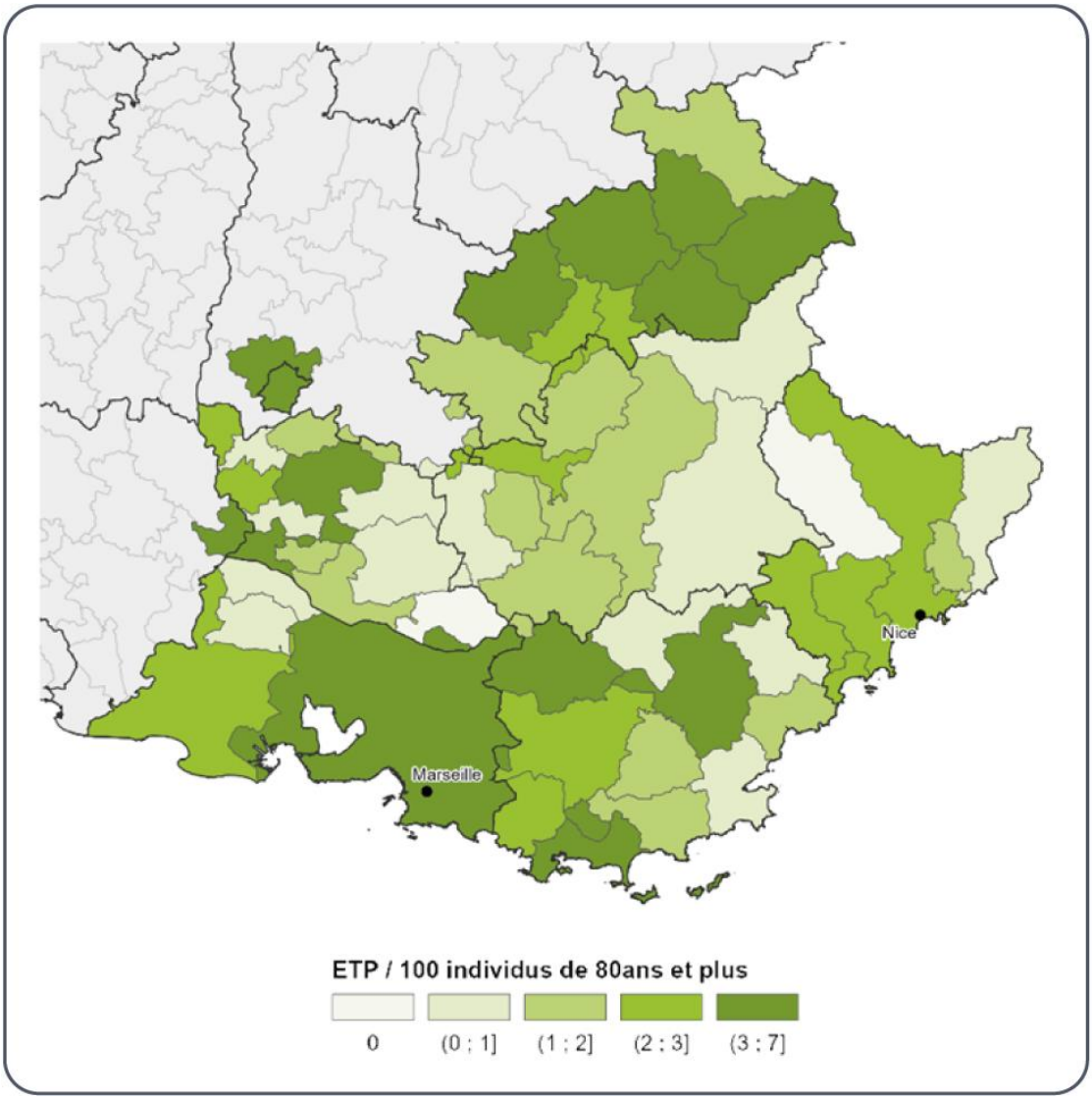
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 30 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour la région Pays de la Loire



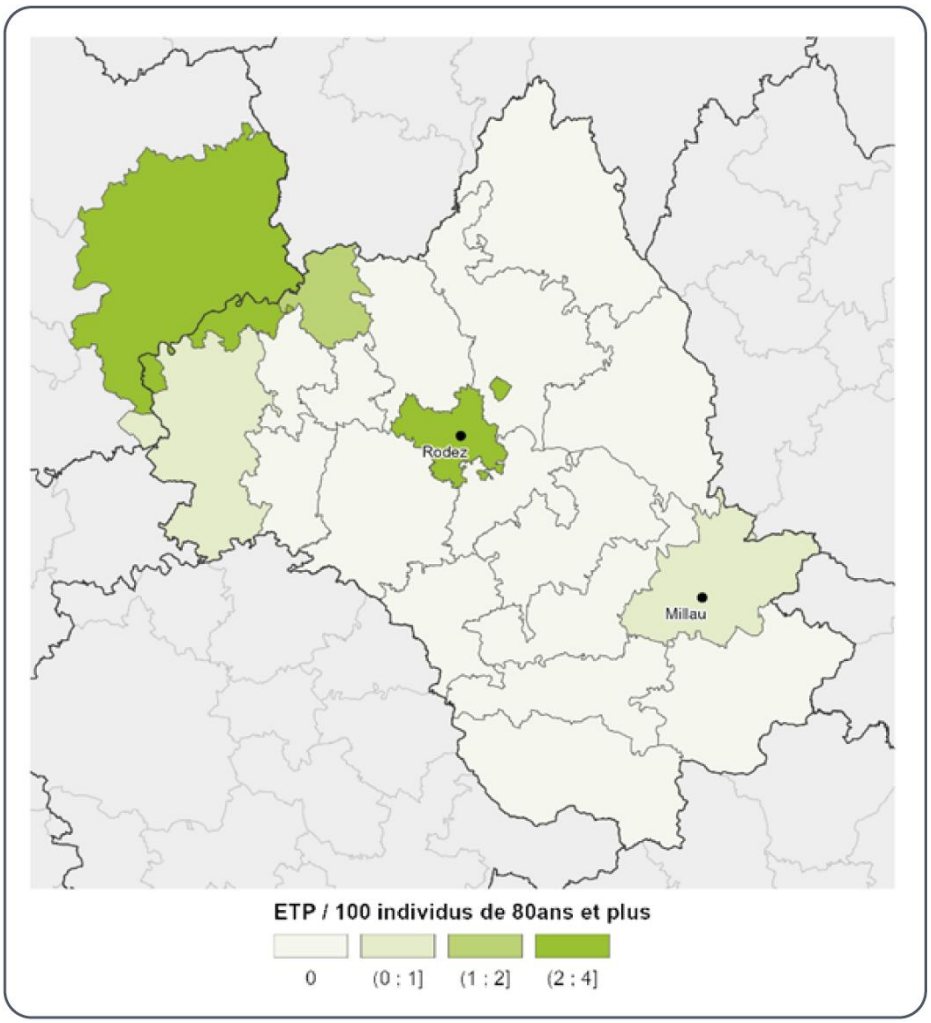
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 31 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur



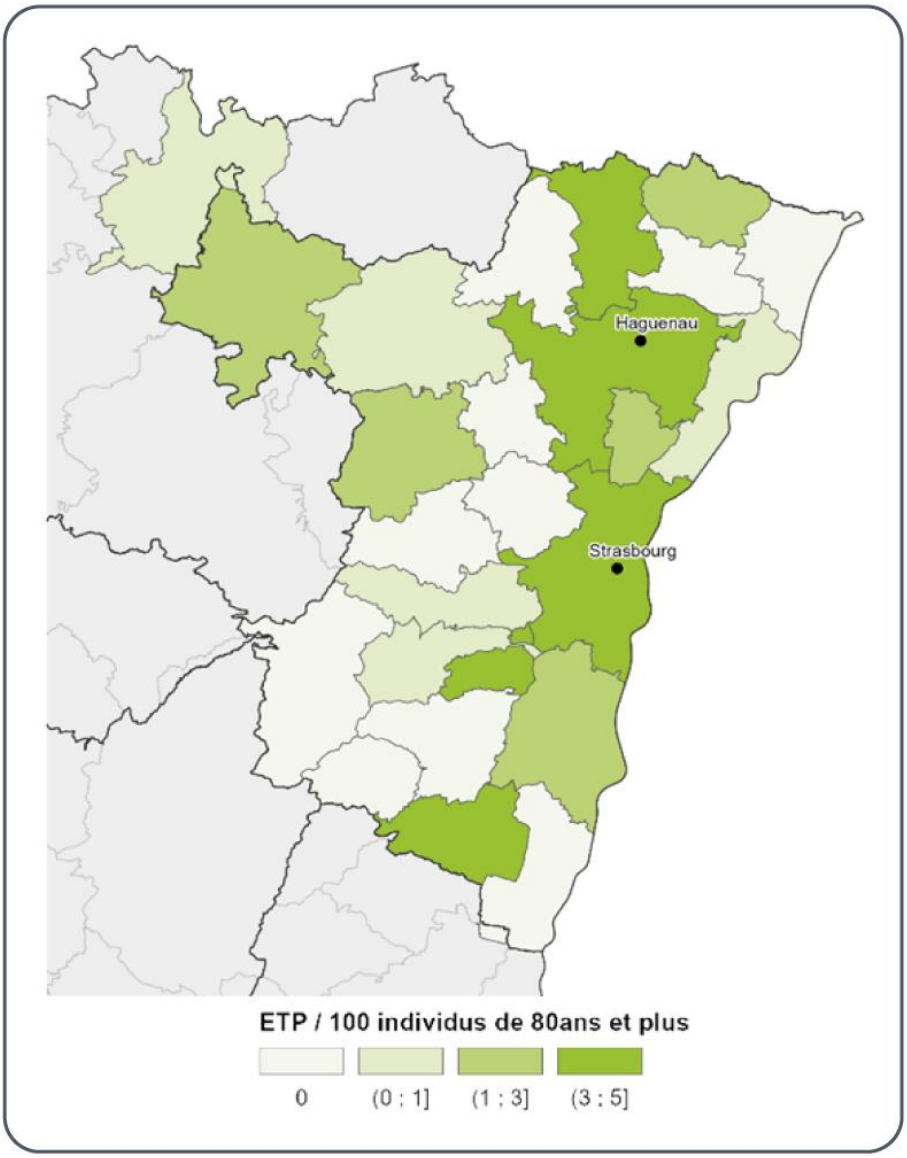
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 32 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour le département de l'Aveyron



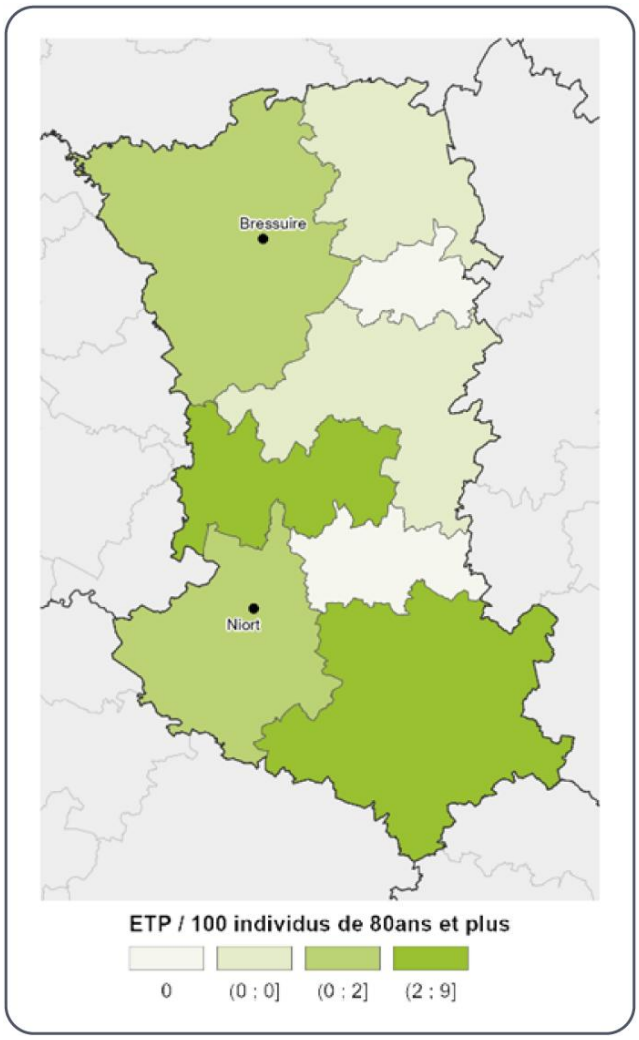
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 33 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour la communauté européenne d'Alsace



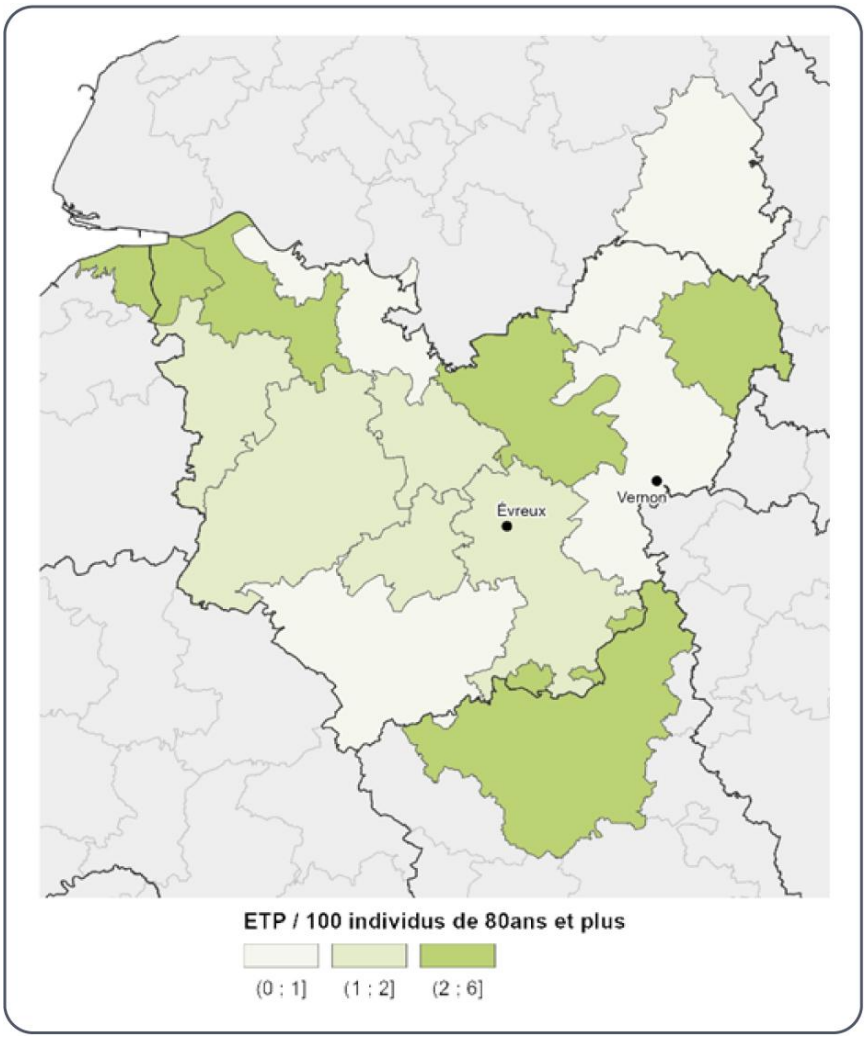
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 34 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour le département des Deux-Sèvres



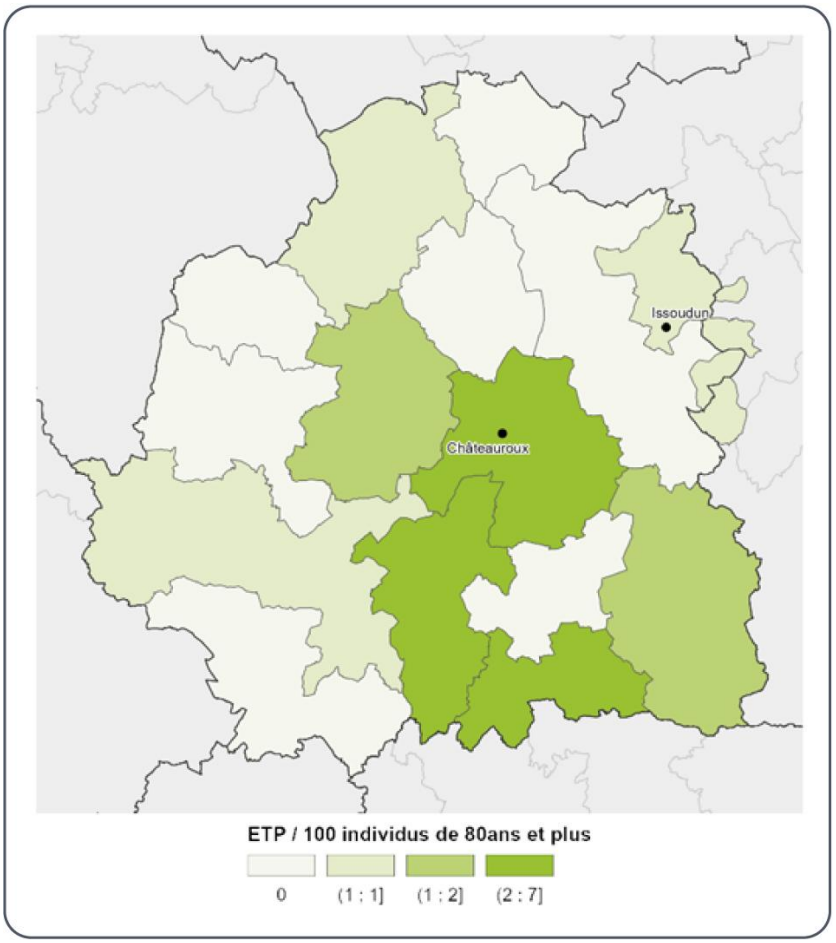
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 35 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour le département de l'Eure



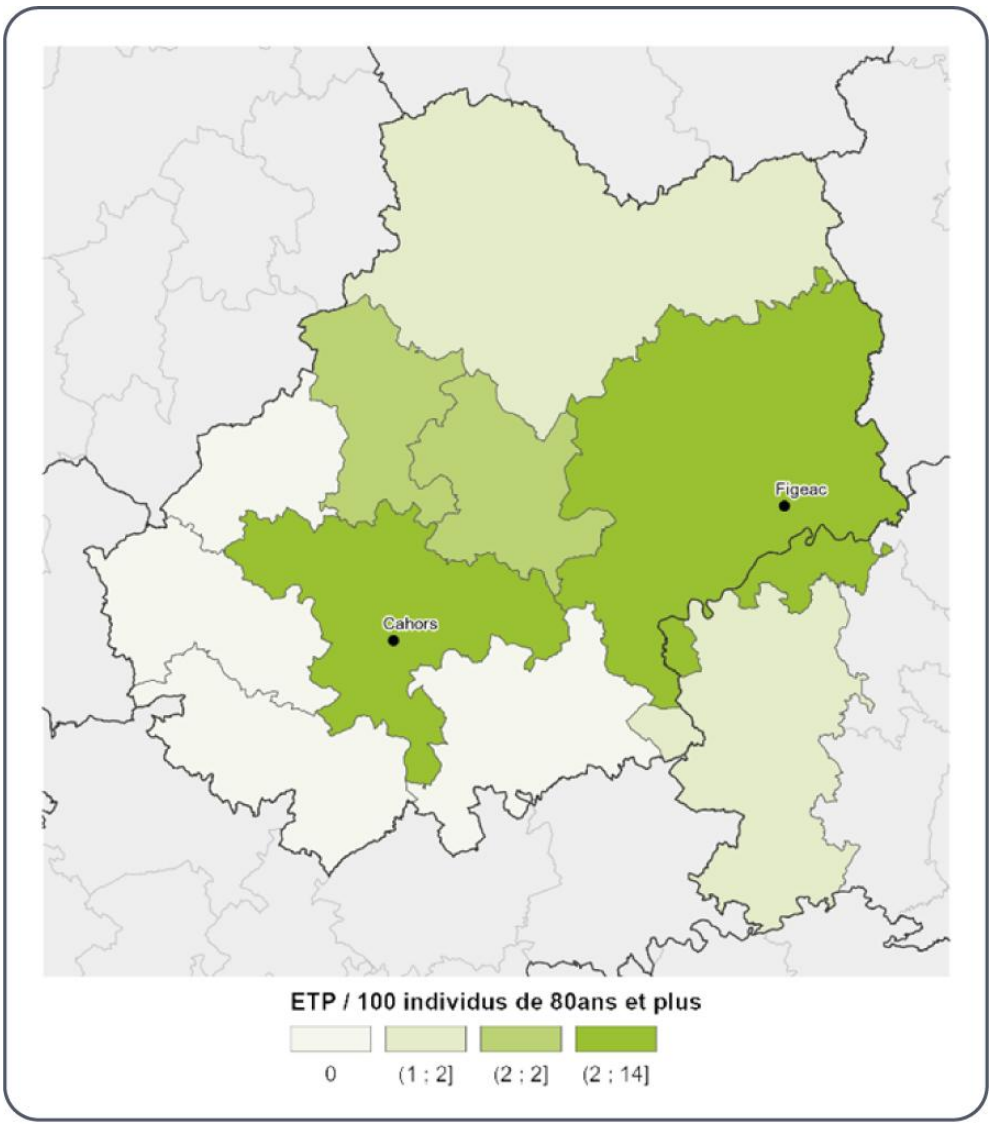
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 36 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour le département de l'Indre



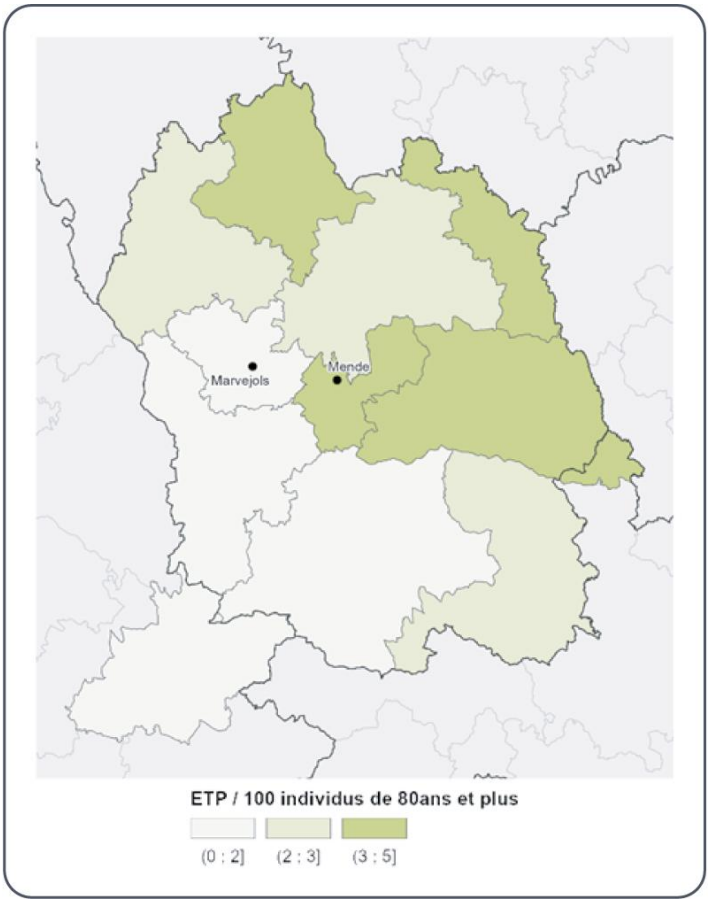
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 37 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour le département du Lot



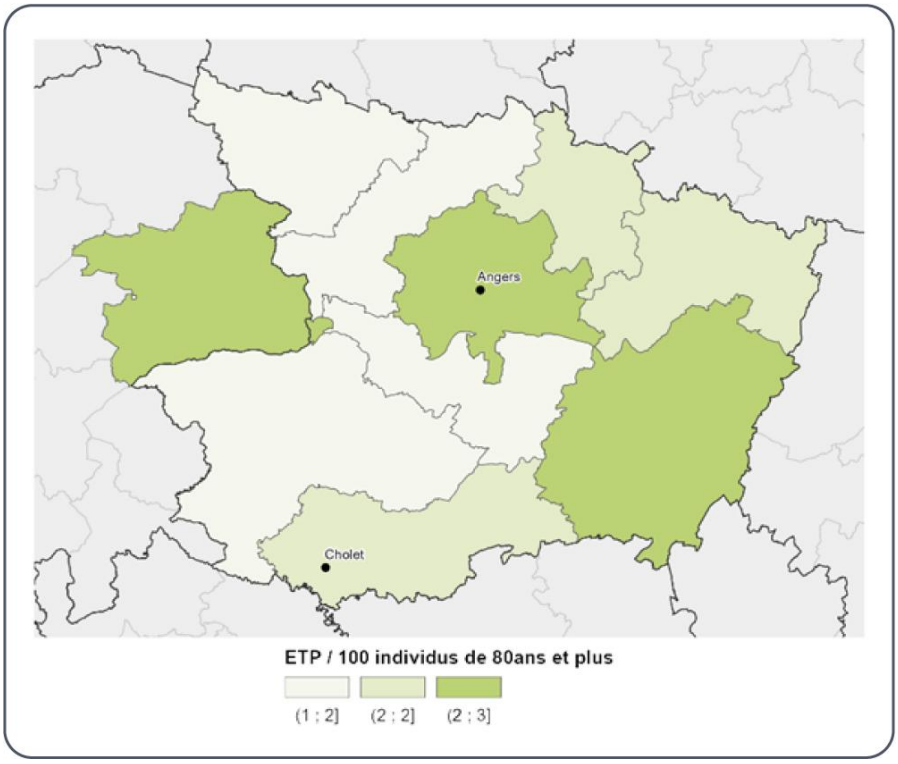
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 38 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour le département de la Lozère



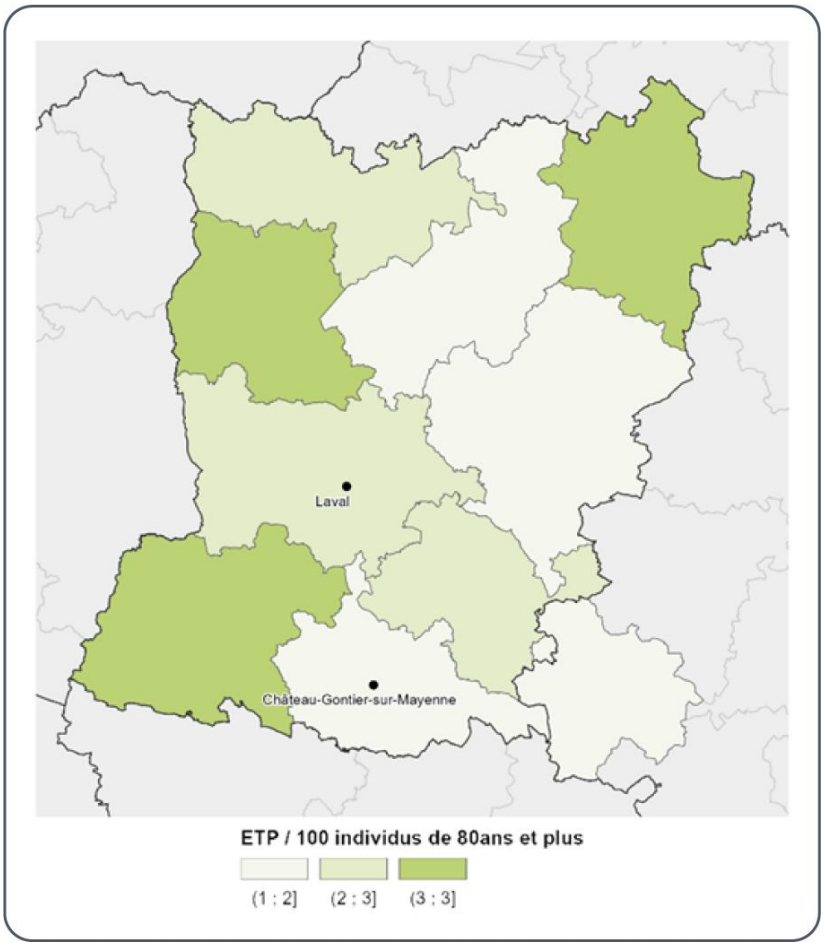
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 39 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour le département du Maine-et-Loire



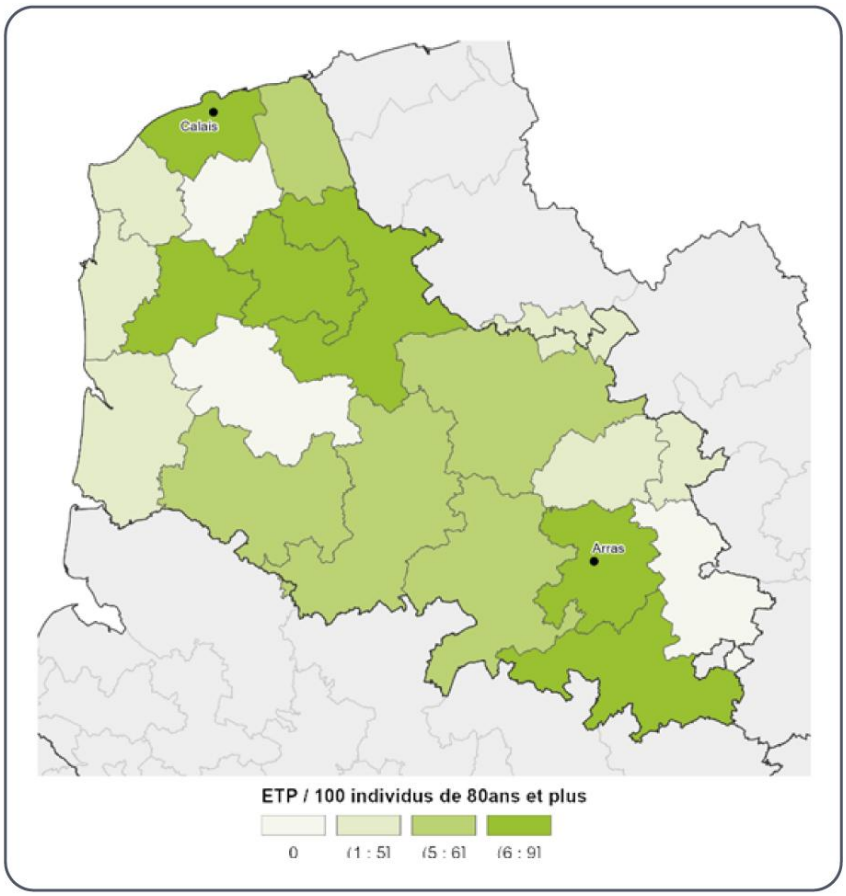
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 40 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour le département de la Mayenne



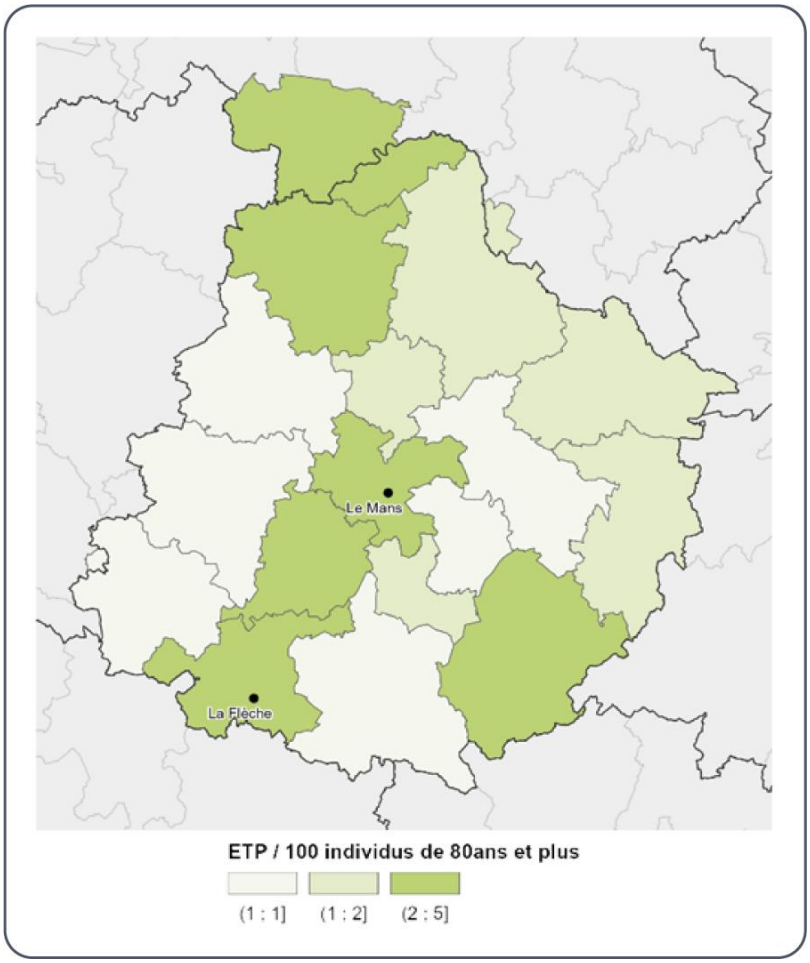
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 41 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour le département du Pas-de-Calais



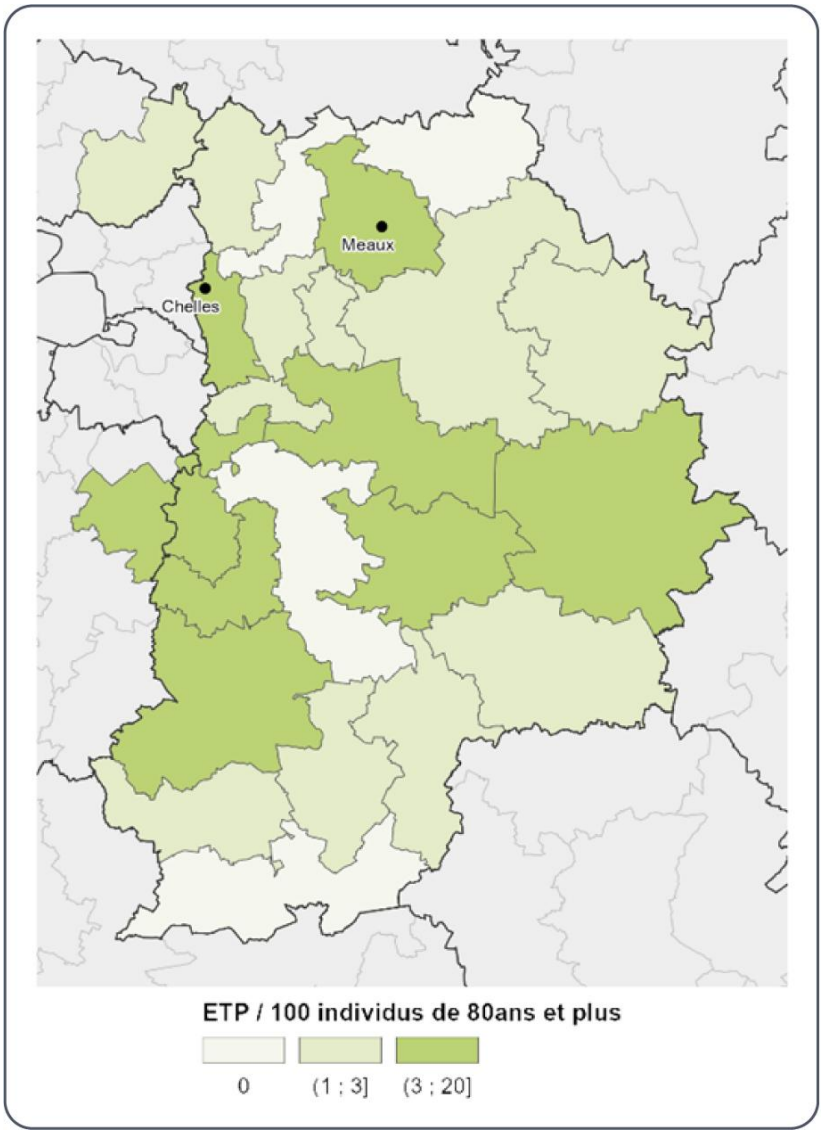
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 42 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour le département de la Sarthe



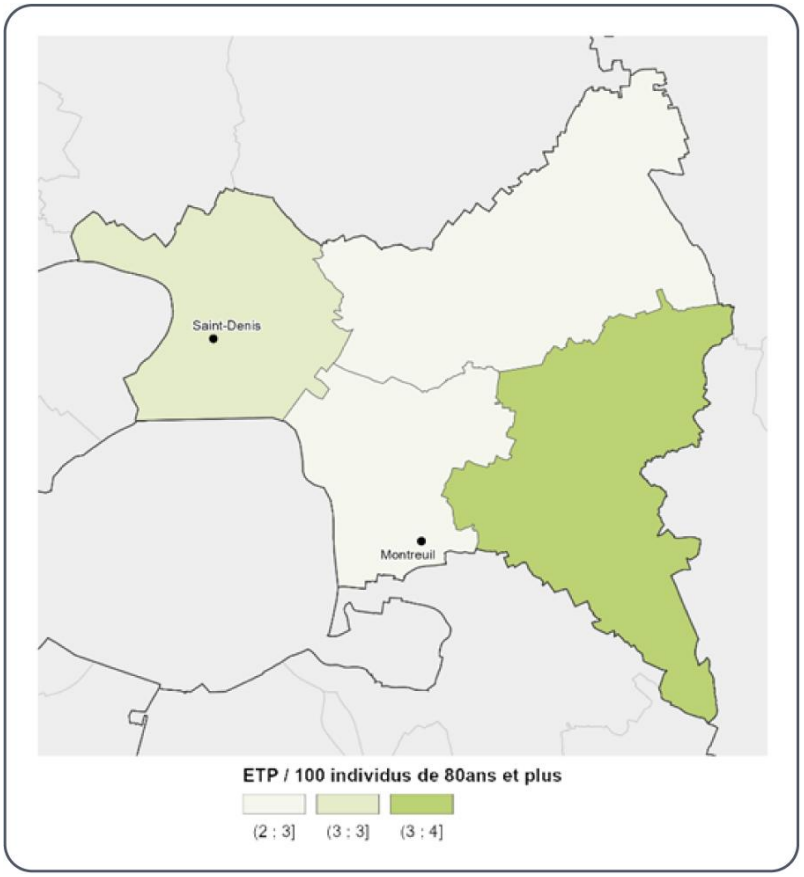
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 43 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour le département de Seine-et-Marne



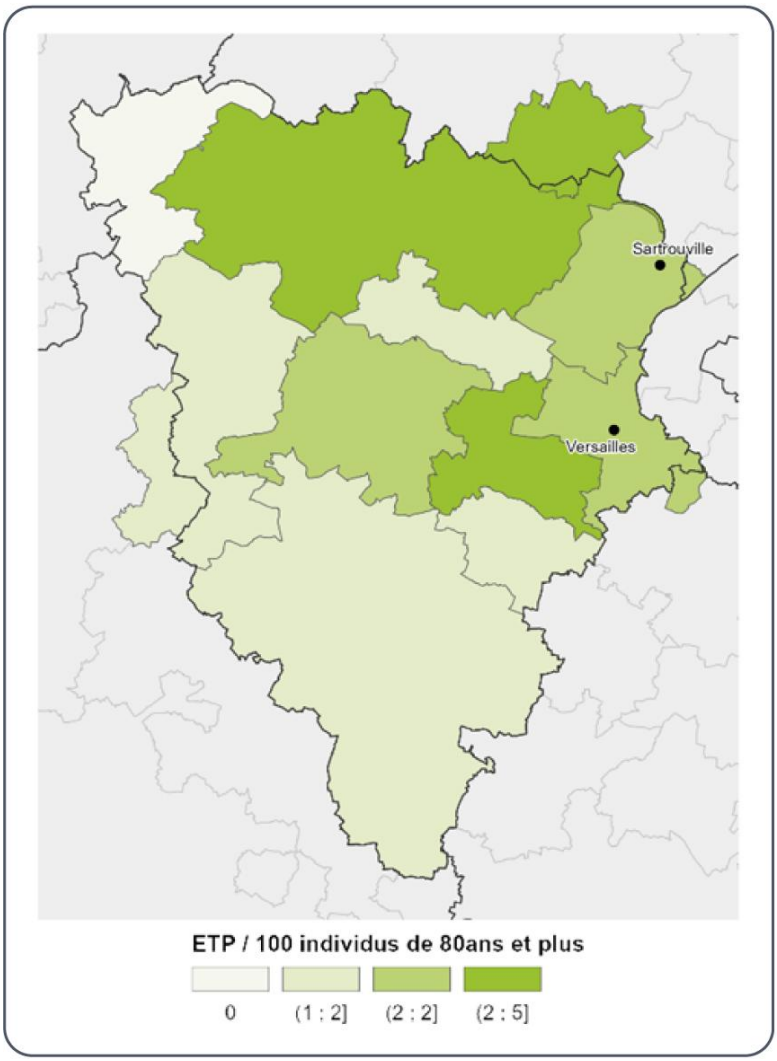
Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Carte n° 44 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour le département de Seine-Saint-Denis



Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

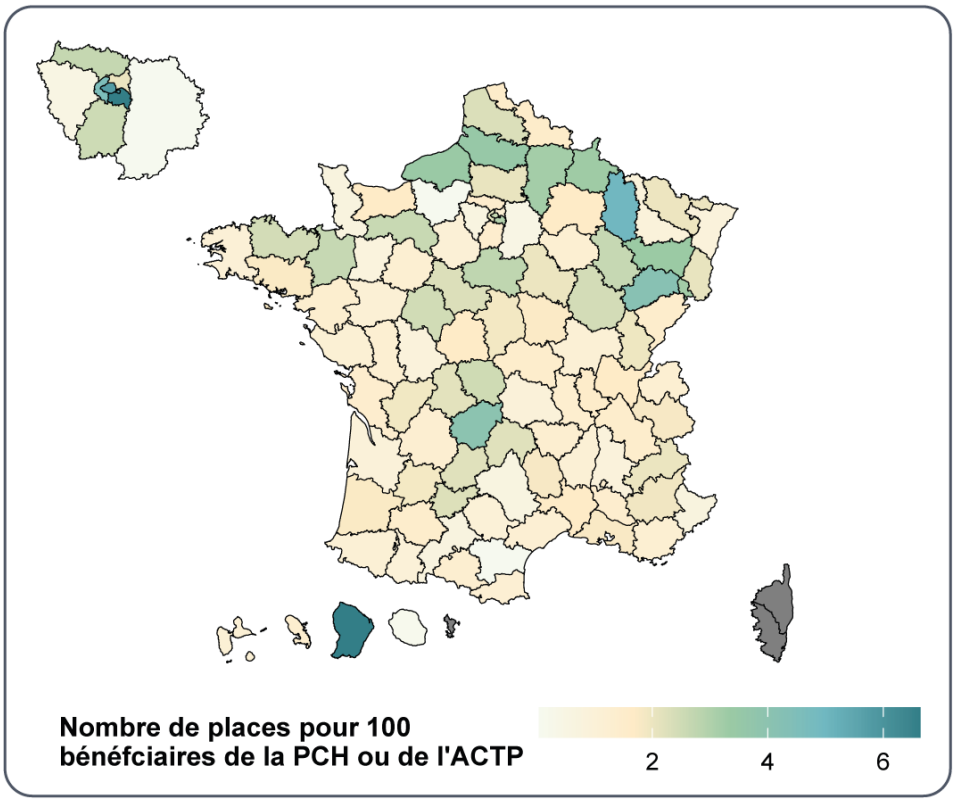
Carte n° 45 : carte des contrastes par établissement public de coopération intercommunale entre les heures d'aide à domicile mobilisées et le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, pour le département des Yvelines



Sources : ACOSS, déclaration sociale nominative 2024 ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2025 pour l'année 2023, traitement Cour des comptes

Annexe n° 7 : contrastes entre départements concernant le taux d'équipement en places de SSIAD pour les personnes en situation de handicap

Carte n° 46 : taux d'équipement en places de SSIAD pour 100 personnes en situation de handicap bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap et de l'allocation compensatrice tierce personne en 2024



Source : DREES, données 2024, traitement Cour des comptes

Annexe n° 8 : enseignements croisés des données de l'enquête ADMR 2024 et du référentiel ARGOS de l'UNA[159] 2019-2023

La présente annexe analyse la situation financière des SAAD de statut associatif à partir de deux sources indépendantes : la base de l'enquête ADMR 2025 portant sur l'exercice 2024 (88 fédérations répondantes, dont 62 tarifées et 26 non tarifées) et le référentiel de coûts ARGOS édité par l'UNA pour l'exercice 2023 (180 structures, 558 services, 49 millions d'heures d'activité). Les deux dispositifs couvrent le seul secteur non lucratif (associatif à 80 % pour ARGOS) et ne fournissent donc aucune information sur les structures lucratives.

Les millésimes ne sont pas identiques (2023 pour Argos, 2024 pour ADMR) et les méthodes de consolidation diffèrent – l'UNA publie des moyennes à partir d'agrégats comptables saisis sur une plateforme unique, ADMR publie des moyennes et médianes à partir d'un questionnaire renseigné par les fédérations départementales. La comparaison se justifie néanmoins par la convergence des ordres de grandeur sur les variables comparables, qui renforce la robustesse du diagnostic.

1. L'écart structurel entre tarif et coût de revient ou « coût complet »

Les deux sources convergent pour mesurer un écart de 7 à 9 € de l'heure entre la recette tarifaire principale (APA) et le coût horaire de production du service.

Sur l'échantillon ADMR tarifé, le tarif APA médian s'établit à 24,76 € de l'heure et le coût de revient médian à 32,20 € de l'heure, soit un écart de 7,44 € de l'heure entre les deux agrégats médians - chiffre retenu par l'ADMR dans sa propre communication. L'écart moyen entre tarif et coût de revient par fédération, calculé sur l'échantillon purgé des valeurs inexploitables[160)], est de 6,83 € de l'heure. L'écart est positif pour 56 fédérations sur 57 ; 48 d'entre elles présentent un écart supérieur à 5 € de l'heure, 16 un écart supérieur à 8 € de l'heure. La dispersion des tarifs est par ailleurs substantielle : 23,50 € de l'heure au minimum (tarif socle national, appliqué par 16 des 62 fédérations tarifées), 32,15 € de l'heure au maximum, soit un écart relatif de 36,8 % pour des services relevant des mêmes conventions collectives.

L'écart de 7,44 € de l'heure mesure la différence entre la médiane des coûts (32,20 € de l'heure) et la médiane des tarifs (24,76 € de l'heure), calculées séparément. Elle diffère légèrement de la médiane des écarts individuels fédération par fédération (7,19 € de l'heure), parce que la fédération qui porte le coût médian n'est pas nécessairement celle qui porte le tarif médian. Seule la moyenne offre une égalité exacte entre les deux approches. Les trois mesures - 7,44 € de l'heure (différence des médianes), 7,19 € de l'heure (médiane des différences) et 6,83 € de l'heure (moyenne des différences) - décrivent toutes le même phénomène de sous-financement, dans une fourchette cohérente.

[159] Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles.

[160] Cinq fédérations parmi celles ayant déclaré une tarification (Cher, Haute-Corse, Hérault, Haute-Loire, Lot) n'ont pas renseigné leur coût de revient, mais la formule de la colonne « coût de revient moins tarif » produit tout de même une valeur, égale à l'opposé du tarif. Il en résulte cinq écarts apparents compris entre −23,50 € de l'heure et −29,80 € de l'heure qui ne sont pas des écarts réels mais des artefacts du traitement d'une cellule vide comme une valeur nulle. Trois fédérations non tarifées sont également sans coût renseigné (Indre, Haute-Saône, Yvelines). Ainsi la moyenne brute de l'écart tarif/coût figurant dans le fichier ressort-elle à 4,18 € de l'heure pour les fédérations tarifées, alors qu'elle s'établit à 6,83 € de l'heure une fois ces cinq observations écartées. Toutes les statistiques de l'annexe sont calculées sur l'échantillon nettoyé (57 fédérations tarifées, 23 non tarifées).

Sur l'échantillon ARGOS-UNA 2023, le tarif APA moyen est de 24,77 € de l'heure pour un coût complet moyen de 33,73 € de l'heure, soit un écart brut de 8,96 € de l'heure. La proximité entre les deux sources sur le tarif APA (24,76 € de l'heure en médiane ADMR 2024, 24,77 € de l'heure en moyenne dans le référentiel ARGOS 2023) est remarquable. L'écart de 1,53 € de l'heure sur le coût de revient entre les deux sources (33,73 € de l'heure ARGOS 2023 contre 32,20 € de l'heure ADMR 2024 médian) reste inférieur à la hausse documentée du coût complet entre deux exercices.

Tableau n° 35 : comparaison de l'écart entre le coût de revient ou complet et le tarif entre l'enquête ADMR et le référentiel ARGOS de l'UNA

Indicateur	Enquête ADMR 2024 (médianes, n = 57)	Référentiel ARGOS UNA 2023 (moyennes, n = 180)
Tarif APA (€ de l'heure)	24,76	24,77
Coût de revient / coût complet (€ de l'heure)	32,20	33,73
Écart brut tarif / coût (€ de l'heure)	- 7,44	- 8,96

Sources : enquête ADMR 2024 et référentiel ARGOS UNA 2019-2023

Pour les 26 fédérations non tarifées du réseau ADMR, le tarif départemental moyen est de 23,79 € de l'heure (23,50 € de l'heure en valeur médiane, reflet du tarif socle national) et le coût de revient médian de 31 € de l'heure sur les 23 observations exploitables, soit un écart du même ordre de grandeur que pour les fédérations tarifées. L'équilibre y est obtenu, lorsqu'il l'est, par un reste à charge extra-légal appliqué par 21 fédérations sur 26, d'un montant moyen de 3,72 € de l'heure.

2. Structure et dynamique des coûts

Le référentiel ARGOS offre une décomposition analytique absente de la base ADMR. En 2023, le coût complet de 33,73 € de l'heure se ventile en 24,85 € de l'heure de coûts directs (73,7 %) et 8,88 € de l'heure de coûts indirects (26,3 %). Les charges de personnel, tous types confondus (personnel intervenant : 22,72 € de l'heure, personnel « fonctionnel » ou non intervenant : 5,21 € de l'heure, frais de déplacement : 2,13 € de l'heure), représentent 30,06 € de l'heure, soit 89,1 % du coût complet. Les frais généraux s'élèvent à 3,67 € de l'heure, soit 10,9 %. Cette structure est cohérente avec les données FARE 2023 publiées par la Banque de France, qui situent les frais de personnel à 78 % du chiffre d'affaires en valeur médiane sur le périmètre plus large du secteur (l'écart entre les deux ratios tenant à la différence de dénominateur : coût complet dans ARGOS, chiffre d'affaires dans FARE).

Entre 2019 et 2023, le coût complet est passé de 24,16 € de l'heure à 33,73 € de l'heure, soit + 39,6 % en quatre ans. La hausse se décompose en 32,7 % sur les coûts directs et 63,2 % sur les coûts indirects. L'accélération est concentrée sur 2022 et 2023 : le coût complet reste quasiment stable entre 2020 et 2021 (26,57 € de l'heure puis 26,72 € de l'heure), puis progresse de 16 % en 2022 et de 8,8 % en 2023.

Tableau n° 36 : évolution analytique des coûts dans le référentiel ARGOS UNA

Indicateur (en €/h)	2019	2020	2021	2022	2023	Évolution 2029 /2023
Coût complet	24,16	26,57	26,72	31,00	33,73	+ 39,6 %
Dont coût direct	18,72	20,00	20,24	23,40	24,85	+ 32,7 %
Dont coût indirect	5,44	6,57	6,48	7,60	8,88	+ 63,2 %
Tarif APA moyen	n.d.	22,13	22,59	23,75	24,77	+ 11,9 %*
Résultat	n.d.	+ 0,10	- 0,02	- 0,98	- 0,73	n.d.

n.d. : non disponible.
** évolution 2020-2023 (2029 non renseignée).*
Source : référentiel ARGOS UNA 2019-2023

Deux facteurs expliquent l'inflexion de 2022-2023 selon le référentiel. D'une part, la revalorisation du SMIC, qui passe de 10,85 € de l'heure en 2022 à 11,44 € de l'heure en 2023 (+ 5,44 %), a des répercussions sur les grilles conventionnelles. D'autre part, l'avenant 54 à la convention collective nationale de l'aide, accompagnement, soins et services à domicile, agréé en mai 2023 mais applicable au 1er août 2022, a produit un effet rétroactif estimé par ARGOS à 0,25 € de l'heure au titre de 2022 et 0,61 € de l'heure au titre de l'année 2023. La hausse des frais généraux (30,1 % en un an) combine, quant à elle, l'inflation (4,9 % en 2023), les dépenses engagées pour les évaluations de la Haute Autorité de santé et la dilution mécanique des charges fixes sur un volume d'heures en baisse.

La progression des tarifs n'a pas suivi celle des coûts. Entre 2020 et 2023, le tarif APA moyen est passé de 22,13 € de l'heure à 24,77 € de l'heure (+ 11,9 %) quand le coût complet progressait de 26,57 € de l'heure à 33,73 € de l'heure (+ 26,9 %). Les données ADMR confirment cet effet de ciseau sur l'exercice 2023-2024 : le coût de revient progresse de 7,4 % quand le tarif départemental moyen progresse de 4,1 %. L'écart se creuse mécaniquement et le reste à charge global du bénéficiaire augmente de 20,4 % dans les services tarifés (4,21 € de l'heure en 2023, 5,07 € de l'heure en 2024) et de 27 % dans les services non tarifés (6,67 € de l'heure à 8,47 € de l'heure). La baisse tendancielle du volume d'activité (6,95 % en 2022, 3,42 % en 2023, dans un contexte de difficultés de recrutement) amplifie cet effet en dégradant le ratio de personnel fonctionnel - d'un équivalent temps plein pour 13 163 heures d'intervention en 2019 à un équivalent temps plein pour 10 864 heures en 2023.

Mécanismes compensatoires et déficit résiduel

Le sous-financement tarifaire est partiellement compensé par deux dispositifs distincts dans leur nature juridique : l'avenant 43 à la CCN de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (universel et systématique, pris en charge à hauteur de 4,10 € de l'heure d'APA et de l'heure de PCH réalisées) et la dotation complémentaire qualité (discrétionnaire, plafonnée à 3,311 € de l'heure en 2024, subordonnée à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens).

Sur l'échantillon ADMR tarifé, le financement médian de l'avenant 43 s'établit à 4,10 € de l'heure, valeur conforme au montant théorique. Vingt-cinq pour cent des fédérations tarifées perçoivent cependant un financement inférieur à ce montant (minimum observé : 1 € de l'heure). La dotation complémentaire qualité est perçue avec une médiane de 3,31 € de l'heure mais deux fédérations l'affichent à 0 et six ont une base inférieure au plafond théorique. Calculé comme le coût de revient diminué du tarif et de la compensation de l'avenant 43, le déficit

résiduel médian hors dotation complémentaire qualité ressort à 3,11 € de l'heure sur l'échantillon ADMR ; 46 fédérations sur les 51 pour lesquelles les trois données sont renseignées demeurent déficitaires après intégration de l'avenant 43 et avant prise en compte de la dotation complémentaire.

Le référentiel ARGOS documente en parallèle la progression des « autres produits » (subventions d'exploitation, transferts de charges, dotations fléchées dont avenant 43 et dotation complémentaire qualité, produits exceptionnels). Ceux-ci passent de 2,74 € de l'heure en 2020 à 6,30 € de l'heure en 2023 (+ 130 %) et représentent désormais 19,1 % des produits totaux. Le maintien à flot du secteur repose donc de plus en plus sur des recettes non pérennes et dont ARGOS signale qu'elles sont « inégalement distribuées selon les territoires », les structures à faible capacité administrative peinant à constituer les dossiers de justification requis.

Situation bilancielle et effets de taille

En 2023, 17 % des structures ayant renseigné ces indicateurs présentaient des fonds propres négatifs et la liquidité immédiate moyenne était de 1,12 (un peu plus d'un euro de disponibilités pour un euro de dettes à court terme), sans marge de sécurité face à un aléa de trésorerie dans un secteur où les charges salariales sont quasi-intégralement proportionnelles au volume d'activité et où les paiements départementaux interviennent avec délai.

Le référentiel ARGOS met également en évidence un net effet de taille. Les structures réalisant moins de 60 000 heures d'intervention perdaient en moyenne près de 1 € de l'heure en 2023 contre 0,25 € de l'heure pour celles qui dépassent ce seuil. Le même gradient se lit sur l'évolution de l'activité : les premières enregistraient une baisse de 4,63 % en 2023, les secondes de 3,13 %. Cette asymétrie tient à la capacité des structures de grande taille à mutualiser leurs charges fixes et à constituer les dossiers d'accès aux financements complémentaires. Elle dessine un seuil de viabilité en deçà duquel la structure des coûts fixes est incompatible avec l'équilibre d'exploitation et confirme les constats déjà formulés par d'autres sources (Banque de France, travaux d'un cabinet de conseil) sur la fragilité des petites structures.

Le référentiel consacre enfin un focus aux SAAD gérés par des collectivités publiques (CCAS, CIAS), dont le coût complet s'établissait à 34,25 € de l'heure, soit 0,52 € de l'heure de plus que la moyenne associative, pour une baisse d'activité plus marquée (5,7 % entre 2022 et 2023). Les produits issus des prestations à 25,79 € de l'heure laissent un écart brut de 8,46 € de l'heure avec le coût complet, confirmant que la question du sous-financement n'est pas propre à un statut juridique et concerne l'ensemble des opérateurs à but non lucratif.

Synthèse

Les deux sources convergent sur un diagnostic en quatre points.

L'écart entre le tarif APA et le coût de production se situe dans une fourchette de 7 à 9 € de l'heure (26 % à 27 % du coût), à un niveau homogène sur deux échantillons et deux millésimes distincts. Les coûts ont progressé d'environ 40 % en quatre ans, avec une accélération concentrée sur 2022-2023 liée à la revalorisation du SMIC et à l'avenant 54 à la CCN de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile, tandis que les tarifs n'ont, sur la même période, progressé que d'environ 12 %, entraînant un effet de ciseau qui se traduit par un reste à charge croissant pour les bénéficiaires. L'équilibre d'exploitation n'est donc atteint qu'au prix de financements complémentaires hétérogènes et non pérennes. La situation bilancielle documentée par ARGOS (17 % de structures à fonds propres négatifs, liquidité immédiate à 1,12) témoigne d'une fragilité structurelle concentrée sur les structures en deçà d'un seuil de l'ordre de 60 000 heures d'activité annuelle.

Annexe n° 9 : APA, PCH, crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile : mécanismes de financement, de participation et d'exonération

L'APA à domicile

Fondements et conditions d'éligibilité

Fondement juridique : articles L. 232-1 à L. 232-28 et R. 232-1 à D. 232-57 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, modifiée par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV).

Conditions d'éligibilité : âge minimum de 60 ans, résidence stable et régulière en France, classement GIR 1 à 4 selon la grille AGGIR. L'APA n'est pas soumise à condition de ressources pour son attribution (art. L. 232-1 du CASF).

Sources : articles L. 232-1 à L. 232-28 du CASF ; loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 ; loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015.

Plafonds nationaux des plans d'aide à domicile

Les plafonds sont révisés par décret au 1er janvier de chaque année. Ils sont indexés sur la majoration pour tierce personne (MTP), dont la valeur retenue est celle en vigueur au 1er janvier (éventuellement revalorisée au 1er avril de l'année précédente). La MTP s'établissait à 1 288,13 € au 1er avril 2025.

Tableau n° 37 : plafonds mensuels par GIR

GIR	Plafond mensuel d'aide (2026)
GIR 1 – dépendance totale	2 080,33 €
GIR 2 – dépendance partielle lourde	1 682,30 €
GIR 3 - autonomie locomotrice partielle	1 215,99 €
GIR 4 – aide ponctuelle pour les transferts, la toilette et l'habillage	**811,52 €**

Source : articles L. 232-3 et R. 232-10 du CASF ; décret n° 2025-1228 du 17 décembre 2025 portant relèvement du SMIC

Majorations possibles

- **Forfait répit aidant** (583,52 € par an) : accordé lorsque le proche aidant qualifié d'indispensable par l'équipe médico-sociale a besoin d'un répit et ne peut être remplacé par l'entourage (article L. 232-3-2 du CASF).
- **Forfait hospitalisation de l'aidant** (1 159,32 € par hospitalisation) : accordé en cas d'hospitalisation du proche aidant indispensable (article L. 232-3-3 du CASF).

L'APA n'est pas versée si le montant calculé après participation est inférieur à 36,06 € (seuil minimum au 1er janvier 2026) (article R. 232-10 du CASF).

Participation financière du bénéficiaire (ticket modérateur légal)

La participation est calculée selon un barème national progressif défini à l'article R. 232-11 du CASF, qui tient compte des ressources mensuelles du foyer. L'assiette retenue comprend les revenus courants imposables (pensions, salaires, revenus de placements), à l'exclusion de certaines prestations sociales. Pour un couple, les ressources communes sont divisées par un coefficient de 1,7 avant application du barème, afin de déterminer les ressources retenues pour chaque membre du foyer.

Tableau n° 38 : grille du ticket modérateur légal

Ressources mensuelles du bénéficiaire	Participation du bénéficiaire
Inférieur à 0,725 MTP = 933,89 €	0 %
De 0,725 à 2,67 MTP = 933,89 – 3 439,31 €	De 0 à 90 % (progressif)
Supérieur à 2,67 MTP = 3 439 €	90 % du plan d'aide (plafond)

Note : les seuils sont calculés en fractions de la MTP (1 288 € au 1er janvier 2026).
Source : article R. 232-11 du CASF

La part extra-légale

Les départements disposent d'une compétence propre pour exercer, sur leurs propres crédits, les actions suivantes (article L. 232-3 du CASF) :

- majorer les plafonds nationaux des plans d'aide ;
- modérer ou supprimer le ticket modérateur ;
- fixer les tarifs horaires opposables aux prestataires : pour les bénéficiaires en mode prestataire, c'est le département qui fixe par arrêté le tarif horaire de référence auquel l'APA est liquidée.

Structure de financement public (CNSA – Départements)

Le financement de l'APA repose sur un partage entre les départements et la CNSA, qui verse aux départements un concours annuel dont les règles sont fixées par le code de la sécurité sociale (articles L. 223-8, L. 223-11 et R. 178-7). Le taux de couverture des dépenses départementales d'APA par ce concours est inférieur à 50 % (voire inférieur à 40 %).

Source : articles L. 232-21 CASF ; L. 223-8 et L. 223-11 du CSS.

La PCH

Fondement et conditions d'éligibilité

Fondement juridique : articles L. 245-1 à L. 245-14 et D. 245-1 à D. 245-78 du CASF. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Conditions d'éligibilité : être en situation de handicap présentant une difficulté absolue dans au moins une activité importante du quotidien, ou des difficultés graves dans au moins deux activités, telles que définies par le référentiel annexé au CASF (annexe 2-5) ; être âgé de moins de 60 ans, ou avoir déposé une première demande avant 60 ans dès lors que la situation de handicap remplissait alors les critères d'éligibilité et, le cas échéant, avoir poursuivi une activité professionnelle jusqu'à cet âge (régime des droits acquis, article L. 245-1 II CASF) ; résider de façon stable et régulière en France. La PCH est attribuée sans condition de ressources.

La PCH est attribuée par la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) de la MDPH et versée par le département. Les sommes versées ne sont pas récupérables sur succession.

Sources : articles L. 245-1 à L. 245-14 du CASF ; loi n° 2005-102 du 11 février 2005 ; arrêté du 28 décembre 2005 modifié fixant le référentiel d'accès à la PCH ; service-public.fr (vérifié au 1er avril 2026).

Structure de la prestation et tarifs de l'aide humaine (au 1er janvier 2026)

Les tarifs de la PCH font l'objet de deux révisions annuelles, au 1er janvier et au 1er avril, en fonction notamment des évolutions du SMIC et des conventions collectives de branche. Le tableau ci-dessous présente les tarifs applicables au 1er janvier 2026.

Tableau n° 39 : tarifs des modes d'aide humaine (PCH)

Mode d'aide humaine	Tarif horaire (1er janvier 2026)
Emploi direct (principe général)	19,34 € de l'heure
Emploi direct (gestes de soins ou aspirations endotrachéales)	20,10 € de l'heure
Service mandataire (principe général)	21,27 € de l'heure
Service mandataire (gestes de soins ou aspirations endotrachéales)	22,11 € de l'heure
Service prestataire	25 € de l'heure
Dédommagement aidant familial (standard)	4,78 € de l'heure
Dédommagement aidant familial (activité réduite ou cessée)	7,16 € de l'heure
Dédommagement mensuel maximum (aidant familial)	1 231,15 €
Dédommagement mensuel maximum majoré (aidant familial)	1 477,38 €

Sources : CNSA, « Tarifs et montants applicables aux différents éléments de la prestation de compensation (PCH) à compter du 1er janvier 2026 » (DGCS, document officiel, janvier 2026) ; décret n° 2025-1228 du 17 décembre 2025 portant relèvement du SMIC ; arrêté du 25 février 2025 portant extension de l'avenant n° 9 à la convention collective des particuliers employeurs (n° 3239) ; art. L. 314-2-1 et D. 314-130-1 CASF (tarif prestataire) ; article D. 245-9 CASF (modalités de calcul)

Le plafond d'heures d'aide humaine est fixé en principe à 9h05 par jour (6h05 pour actes essentiels et surveillance, 3 heures pour soutien à l'autonomie depuis le 1er janvier 2023 pour les personnes présentant des troubles psychiques, mentaux, cognitifs ou du neurodéveloppement), mais peut atteindre 24 heures par jour voire plus (déplafonnement) pour les personnes nécessitant une présence constante ou quasi-constante, sur décision du président du conseil départemental (article D. 245-9 du CASF).

Tableau n° 40 : plafonds des cinq éléments de la PCH

Élément PCH	Plafond / période
Aide humaine	9h05 / jour standard (jusqu'à 24h / jour si présence constante)
Aides techniques	13 200 € sur 10 ans
Aménagement du logement, du véhicule et surcoûts liés aux transports	Logement : 10 000 € sur 10 ans Véhicule et transports : 10 000 € sur 10 ans (24 000 € sous conditions)
Charges spécifiques et exceptionnelles	Spécifiques : 100 € par mois pendant 10 ans Exceptionnelles : 6 000 € sur 10 ans
Aide animalière	6 000 € sur 10 ans (ou 50 € par mois si versement mensuel)

Sources : article L. 245-3 CASF ; CNSA / DGCS, « Tarifs et montants applicables aux différents éléments de la PCH à compter du 1er janvier 2026 », tableau 8 « Autres montants »

Modulation selon les ressources patrimoniales

Contrairement à l'APA, la PCH n'est pas modulée selon les revenus courants. Les revenus d'activité professionnelle (y compris du conjoint), les indemnités journalières de remplacement, les prestations familiales sont explicitement exclues. Sont pris en compte (théoriquement) les revenus du patrimoine et certaines rentes.

Seuil au 1er janvier 2026 : 30 915,30 € par an de revenus patrimoniaux (seuil fixé à deux fois le montant annuel de la MTP en vigueur au 1er janvier, soit 1 288,13 € par mois au 1er avril 2025).

- en-dessous du seuil : prise en charge à 100 % des tarifs dans la limite des plafonds ;
- au-dessus du seuil : prise en charge à 80 % des tarifs dans la limite des plafonds ; le reste à charge (20 %) est à la charge du bénéficiaire.

Cette règle traduit une conception du handicap comme risque devant être intégralement compensé par la solidarité, sauf pour ceux qui ont constitué un patrimoine générateur de revenus. Une personne disposant d'une bonne retraite mais sans patrimoine placé bénéficiera d'une PCH à 100 %, tandis qu'une personne au même revenu mais disposant d'un patrimoine locatif important verra sa PCH réduite à 80 %.

Les exonérations de cotisations sociales patronales

Le particulier employeur déclarant au moyen du CESU

Fondement : articles L. 241-10 et D. 241-5-7 du CSS ; décret n° 2025-1228 du 17 décembre 2025 (SMIC au 1er janvier 2026).

Le particulier employeur bénéficie d'une exonération totale des cotisations patronales de sécurité sociale (maladie, maternité, invalidité, décès, vieillesse plafonnée et déplafonnée, allocations familiales) s'il remplit l'une des conditions suivantes (article L. 241-10 I du code de la sécurité sociale (CSS) :

- être bénéficiaire de l'APA (GIR 1 à 4) : exonération totale, sans plafond d'assiette ;
- être titulaire d'une carte mobilité inclusion mention invalidité (CMI-invalidité) ;
- être dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne et être âgé d'au moins 62 ans ;
- être bénéficiaire de la majoration pour tierce personne au titre de la pension d'invalidité ;
- avoir à charge un enfant bénéficiant du complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou de la PCH.

Modification applicable au 1er janvier 2026 - seuil d'âge : jusqu'au 31 décembre 2025, le seul fait d'avoir atteint l'âge de 70 ans suffisait à ouvrir droit à l'exonération automatique sur critère d'âge, dans la limite d'un plafond de 65 fois le SMIC horaire. Depuis le 1er janvier 2026, ce seuil est relevé à 80 ans pour l'emploi direct d'un salarié (article L. 241-10 I du CSS modifié). Le seuil de 70 ans est maintenu pour les personnes accueillies chez des particuliers à titre onéreux (accueil familial, article L. 241-10 II du CSS). Les cotisations dues pour les périodes courant à compter du 1er janvier 2026 sont calculées selon les nouvelles dispositions.

Plafond d'assiette pour les plus de 80 ans ne relevant pas des catégories précédentes : 65 fois le SMIC horaire par mois et par foyer, soit 781,30 € au 1er janvier 2026 (65 × 12,02 €). La part de rémunération excédant ce plafond supporte les cotisations patronales de droit commun.

Restent toujours dues, même en cas d'exonération : les cotisations de retraite complémentaire (IRCEM), assurance chômage, accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP), prévoyance, et l'intégralité des cotisations salariales (article L. 241-10 du CSS).

L'exonération n'est pas cumulable avec la déduction forfaitaire de 2 € de l'heure. Elle est en revanche cumulable avec le crédit d'impôt pour l'emploi direct ou indirect d'un salarié à domicile, celui-ci s'appliquant sur le coût net supporté par le ménage après exonération et après déduction des aides perçues.

Sources : article L. 241-10 du CSS ; décret n° 2025-1228 du 17 décembre 2025 (relèvement du Smic à 12,02 €/heure au 1er janvier 2026) ; art. 199 sexdecies IV CGI

L'organisme prestataire

Fondement : article L. 241-10 II du CSS.

Les associations, entreprises et centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS/CIAS) déclarés ou agréés pour l'exercice des activités d'assistance aux personnes âgées ou handicapées bénéficient d'une exonération des cotisations patronales d'assurances sociales, d'allocations familiales et de la contribution solidarité autonomie (CSA), pour les heures effectuées auprès des publics dits « fragiles » (bénéficiaires de l'APA, de la PCH, personnes âgées de 70 ans et plus, etc.).

Pour les prestations effectuées auprès de personnes âgées de 70 ans et plus non dépendantes, l'exonération est plafonnée à 65 fois le SMIC horaire par mois et par foyer (781,30 € par mois au 1er janvier 2026). La part de rémunération excédant ce plafond supporte les cotisations patronales de droit commun.

Sources : article L. 241-10 II CSS ; urssaf.fr/accueil/employeur/beneficier-exonerations/exoneration-aide-a-domicile (consulté avril 2026)

Le crédit d'impôt pour l'emploi direct ou indirect d'un salarié à domicile

Fondement juridique : article 199 *sexdecies* du code général des impôts (CGI), modifié par la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 (généralisation du crédit d'impôt à l'ensemble des contribuables, y compris non imposables).

Taux : 50 % des dépenses effectivement supportées, après déduction des aides perçues (APA, PCH) qui viennent en diminution de l'assiette (article 199 *sexdecies* IV du CGI).

Nature : crédit d'impôt (et non réduction d'impôt), ce qui signifie que l'excédent sur l'impôt dû est remboursé. Les ménages non imposables bénéficient donc du dispositif par voie de remboursement. À l'exception des prestations d'aide à domicile financées par l'APA et la PCH, l'avance immédiate (CESU+, géré par l'URSSAF) permet depuis 2022 de percevoir le bénéfice du crédit d'impôt en temps réel, sans avance de trésorerie (article L. 133-5-12 du CSS).

Sources : article 199 sexdecies du CGI ; loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 ; article L. 133-5-12 du CSS

Tableau n° 41 : plafonds annuels de dépenses (2026)

Situation du foyer fiscal	Plafond de dépenses	Plafond du crédit d'impôt
Cas général	12 000 € par an	6 000 €
Première année d'emploi d'un salarié	15 000 € par an	7 500 €
Invalide à plus de 80 %, pension d'invalidité 3e catégorie ou complément AEEH	20 000 € par an	10 000 €

Sources : article 199 sexdecies *du CGI dans sa rédaction issue de la loi de finances pour 2026 ; débats PLF 2026, Assemblée nationale, octobre-novembre 2025.*

Les plafonds de 12 000 € et 15 000 € sont majorés de 1 500 € par enfant à charge (750 € en garde alternée) et par membre du foyer de plus de 65 ans, sans pouvoir dépasser respectivement 15 000 € et 18 000 € (article 199 *sexdecies* du CGI).

Sous-plafonds spécifiques pour certains services : petit bricolage (500 € par an), assistance informatique et internet (3 000 € par an), petits travaux de jardinage (5 000 € par an) (article 199 *sexdecies* du CGI).

Note sur l'incidence redistributive : l'avantage fiscal est uniforme en taux (50 %) mais les ménages aisés qui dépensent le plus en services à la personne captent la plus grande part du bénéfice de cette dépense fiscale.

Le rapport[161] de la Cour des comptes sur le soutien de l'État aux services à la personne souligne que l'articulation entre le crédit d'impôt et les prestations sociales (APA, PCH) reste « mal assurée », les deux dispositifs visant parfois les mêmes dépenses sans coordination explicite des objectifs ni des effets redistributifs.

Observations de synthèse

Quatre dispositifs se superposent, avec des logiques redistributives hétérogènes et partiellement contradictoires.

L'APA intègre une redistribution par les revenus courants (ticket modérateur progressif de 0 à 90 %) mais non par le patrimoine. La PCH exclut les revenus courants mais prend en compte les seuls revenus patrimoniaux. Ces deux prestations répondent donc à deux conceptions différentes de la solidarité, même si elles financent des prestations d'aide à domicile comparables dans leurs effets pratiques.

Le crédit d'impôt est redistributif dans son principe (crédit universel, remboursé aux non-imposables). Il fonctionne de manière équitable pour l'aide à domicile pour les personnes âgées et en situation de handicap, sans déséquilibre au profit des personnes disposant de revenus élevés et d'une plus forte capacité de dépense (cf. annexe n° 8 supra). En revanche, le crédit d'impôt est régressif dans ses effets budgétaires pour les autres services à la personne (prestations de jardinage, cours à domicile, autres prestations, etc.) : les ménages aisés, qui dépensent davantage en services à la personne, captent une part structurellement plus que proportionnelle de l'avantage fiscal (cf. graphique de l'annexe n° 8). La Cour des comptes (rapport du 27 mars 2024) en tire argument pour proposer un recentrage sur les seules activités relevant de besoins sociaux prioritaires, comme l'aide à domicile pour les personnes âgées et en situation de handicap.

Les exonérations patronales sont neutres vis-à-vis des ressources du bénéficiaire : elles bénéficient aux opérateurs et, *in fine*, réduisent le coût horaire pour tous les usagers éligibles, quelle que soit leur situation financière.

[161] Cour des comptes, *Le soutien de l'État aux services à la personne*, rapport public thématique, mars 2024.

Dans le cadre de sa mission d'assistance au Parlement, en application de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières, la Cour des comptes réalise toute enquête demandée par les commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat chargées des affaires sociales sur toute question relative à l'application des lois de financement de la sécurité sociale et procède dans ce cadre aux enquêtes sur les organismes soumis à son contrôle.

Cour des comptes
13, rue Cambon
75100 Paris Cedex 01
Tél. : 01 42 98 95 00
www.ccomptes.fr