



CONSEIL DE L'AGE

LE RECOURS DES PERSONNES AGEES VULNERABLES AUX EMPLOIS ET SERVICES D'AIDE A DOMICILE

**Rapport adopté par consensus¹ en avril 2020
(procédure électronique en raison des circonstances liées
à l'épidémie de Covid-19)**

¹ Les organisations syndicales, UCR-CGT, UNIR-CFE-CGC, UCR-FO, FGR-FP, FSU, UNRPA, prennent acte de ce rapport.

SOMMAIRE

Introduction	9
Note liminaire sur le secteur des services à la personne	13
1) Le secteur des Services à la Personne (SAP)	13
2) Les chiffres clé du secteur des services à la personne	13
3) Les recours des personnes âgées de 60 ans et plus aux emplois et services d'aide à domicile	14
4) Coûts et taux d'effort des personnes âgées	16
Section I Une offre de services à domicile renouvelée pour répondre aux besoins et attentes des personnes âgées vulnérables	24
Sous-Section I – Attentes et soutien à l'autonomie des personnes âgées vulnérables à domicile	25
I) Un dispositif de soutien à l'autonomie perfectible	25
A) L'entrée dans le dispositif APA	25
1) Recours, non-recours et recours tardif à l'APA	25
2) Le travail des équipes départementales d'instruction de l'APA	26
3) Les difficultés signalées par les instructeurs	27
B) La mise en œuvre et la révision des plans d'aide APA	27
1) La sous-consommation des plans notifiés	27
2) Un besoin d'accompagnement de la personne dans la mise en œuvre du plan d'aide, la gestion de ses prestations et la coordination du parcours	27
3) Les révisions des plans d'aide	30
C) Des garanties insuffisantes en termes de qualité et de continuité de l'intervention et du service à domicile	31
1) Qualifications et formation	31
2) Continuité du service	32
D) le principe du libre choix du mode d'intervention et sa difficile mise en œuvre	32
1) On oriente les personnes les plus vulnérables vers les services prestataires, sauf refus exprès de leur part	34
2) Les financeurs peuvent influencer sur le choix du mode d'intervention prestataire	34
3) Deux contraintes peuvent limiter le mode prestataire	34
E) La question de l'opposabilité des tarifs de facturation	35
1) Définition	35
2) L'opposabilité des tarifs de facturation pour les bénéficiaires de l'APA	35
3) Incidence	35
4) Étendue de l'opposabilité dans l'APA	36
F) Tensions entre le principe d'égalité et la variation des pratiques locales	37

II) Des premières améliorations à apporter	38
A) Pour l'ensemble des personnes âgées vulnérables qui recourent à des aides à leur domicile	38
B) Pour les allocataires de l'APA	38
1) L'accès aux droits et prestations	38
2) L'amélioration du processus APA	39
Sous-section II Un modèle renouvelé de services à domicile	42
I) Des services à domicile aux missions étendues	42
II) Des acteurs majeurs du lien social et de la lutte contre l'isolement	44
III) Des acteurs majeurs de prévention et de santé	47
A) Des « vigies » du dispositif de soutien à l'autonomie et du système de santé	47
B) Des acteurs participant au virage ambulatoire	48
IV) Des services à domicile, acteurs du parcours de santé et de vie des personnes âgées, et intégrés dans les dispositifs de coordination et d'intégration territoriaux	50
V) Des services à domicile partenaires des acteurs institutionnels	51
VI) Des services à domicile sous quelles formes ?	52
A) Les Spasad, un modèle de service intéressant qui nécessite une plus grande intégration	52
1) Le lancement d'une expérimentation de Spasad intégrés	53
2) Evaluation de l'expérimentation	53
3) La nécessité d'aller plus loin dans l'intégration et la reconnaissance des Spasad	55
B) Autres modalités et formes d'intégration sur les territoires et plateformes de services à domicile	55
VII) Des acteurs qui doivent pouvoir intervenir dans tous les « domiciles » des personnes âgées	57
A) Une croissance à prévoir et à soutenir des modes d'habitats partagés/ regroupés	57
B) L'intervention des services à domicile dans les habitats partagés/regroupés	59
1) Faciliter l'intervention des services à domicile au sein de ces domiciles, quelle que soit leur forme	59
2) Faut-il solvabiliser de façon identique les personnes âgées quel(les) que soi(en)t leur domicile ou les parties de celui-ci ?	59
3) Faciliter la mise en commun de l'APA au sein des habitats inclusifs, voire des autres habitats partagés	60
Sous-section III Coûts pour les finances publiques et orientations politiques possibles	64
I) La dépense publique va substantiellement augmenter	64
A) Rappel du montant des aides publiques	64
B) Facteurs d'évolution	64
II) Soutenabilité du système d'aides	64

Section II Les services prestataires d'aide et d'accompagnement à domicile	65
Sous-section I Prestations offertes, coûts induits et financement	66
I. Nature des prestations offertes au domicile de la personne âgée	66
A. Prestations directes	66
B. Prestations indirectes	68
C. Quelles évolutions souhaitables des prestations offertes ?	70
II Eléments de cadrage sur le coût de production actuel	71
A. Un coût moyen de l'heure d'intervention proche de 24 €	72
B. Des écarts importants entre services	72
1) Il n'y a pas de différences nettes entre les services relevant de la convention collective des services à domicile et ceux relevant de la convention collective des services à la personne	72
2) Le coût horaire moyen est vraisemblablement peu sensible à la taille des services	73
3) Variation du coût en fonction du profil des bénéficiaires et du niveau de qualification des intervenants	74
4) Le recours à des bénévoles et la mise à disposition de locaux, une source d'économie importante pour les services	75
5) Des durées d'intervention courtes qui augmentent le poids des frais de déplacement	75
C. Structure des coûts	76
1) Les charges de personnel représentent entre 85 % et 90 % du coût de l'heure	76
2) Le coût des interventions hors fonctions supports (« coût direct »)	77
3) Le coût des fonctions supports est un peu supérieur à 5 € par heure d'intervention	79
III Le modèle de tarification des Saad prestataires	80
A. Cadre général du modèle de tarification actuel	80
1) Deux tarifs doivent être distingués : le tarif de facturation et le tarif de remboursement	80
2) Deux régimes tarifaires (Saad HAS et Saad non HAS)	81
3) Fixation du tarif de facturation (pour les Saad HAS)	81
4) Fixation du tarif de remboursement	82
B) Typologie des pratiques de tarification des conseils départementaux	84
1) Le modèle mis en œuvre par une majorité des départements	84
2) Autres modèles de tarification des Saad HAS	88
IV Conditions de travail et d'emploi des professionnels et difficultés de recrutement	91
Sous-Section 2 Faire des Saad un acteur majeur et structurant de la politique de soutien à domicile des personnes âgées vulnérables	94
I) Evolutions des missions des services prestataires et impact estimé sur leur coût	94
A) Augmenter de manière significative les temps de concertation, de coordination et de formation des intervenants	95
B) Augmenter de manière significative le salaire brut des intervenants	96
C) Augmenter de manière significative le taux d'encadrement opérationnel	97

D) Cumul des évolutions-types	98
III) Quel modèle de financement Saad ?	102
A) Retour sur le schéma actuel	102
1) Le financement public assure en moyenne un haut niveau de couverture du coût de l'heure d'aide	102
2) Le modèle de financement fragilise l'économie des Saad en ne leur garantissant pas les ressources nécessaires à leur bon fonctionnement.	103
3) Le modèle de financement est source d'inéquité entre allocataires au regard des RAC horaires effectifs	106
B) Pour un schéma de financement basé sur la définition d'un tarif opposable unique ?	108
1) Principes et implications	108
2) Effets attendus sur le partage du coût unitaire	110
C) Evolution du barème de l'APA ?	113
Section III L'Emploi direct d'un salarié à domicile	115
Sous-Section I Etat des lieux du secteur de l'emploi direct	116
I) Rappels	116
II) Les particuliers employeurs d'aides à domicile	118
A) 60 % des particuliers employeurs (hors garde d'enfants) sont âgés de 60 ans et plus	118
B) Les particuliers employeurs âgés « fragiles »	120
C) Les particuliers employeurs « fragiles » bénéficiaires de l'APA	121
D) Distributions des heures rémunérées	122
E) En 2011, les bénéficiaires de l'APA en GIR1 recourent plus fréquemment à l'emploi direct que ceux en GIR 4	123
F) Les modes emploi direct et mandataire représentent aujourd'hui 16 % des dépenses d'APA mais mobiliseraient environ 30 % des heures payées	125
III) Avantages et contraintes de l'emploi direct pour le bénéficiaire de l'APA	130
A) Certains intervenants évoquent plusieurs avantages à l'emploi direct	130
B) D'autres intervenants soulignent les contraintes et risques de l'emploi direct	131
1) La lourdeur des responsabilités liées à la fonction de l'employeur	131
2) Le reste à charge	131
3) Continuité et qualité de service	132
4) L'isolement du salarié	132
IV) Biais dans le choix du mode d'intervention	133
A) Une préférence des pouvoirs publics pour le mode prestataire	133
B) Incidence de la saturation des plans APA	134

V) Coût et politique tarifaire des départements	134
A) Comparaison du coût de l'heure d'aide en emploi direct et en mode prestataire	134
B) Les tarifs de référence fixés par les départements	135
C) Evolutions des tarifs	138
D) Cesu préfinancé et tiers-payant	138
Sous-section II Perspectives du secteur de l'emploi direct	140
I) Informer et accompagner le particulier employeur	141
A) Développer l'information sur le particulier employeur et simplifier ses démarches	141
B) Poursuivre la simplification des démarches administratives du particulier employeur	141
II) Valoriser les métiers de l'emploi à domicile et la professionnalisation des intervenants	143
A) La formation des salariés des particuliers employeurs	143
B) Le développement des Relais Assistants de vie	144
C) Le taux de formation professionnelle des salariés du particulier employeur demeure très faible	145
III) Le développement de l'activité mandataire : un moyen de sécuriser les relations particulier employeur-salarié ?	147
IV) Relever le niveau du tarif de solvabilisation du plan APA en emploi direct	149

ANNEXES **151**

ANNEXE 1	
Article d7231-1 du code du travail décrivant les activités de service à la personne	151
ANNEXE 2	
Prestataire ou emploi direct, quelles différences ?	151
ANNEXE 3	
Éléments de calcul du taux de prise en charge publique du coût des heures d'emploi à domicile (population des personnes âgées de 60 ans et plus)	151
ANNEXE 4	
Les dispositifs d'information, de coordination et d'intégration du parcours des personnes âgées	151
ANNEXE 5	
Quelques éléments de bilan du « rapport d'étape sur l'évaluation des expérimentations menées sur les Spasad intégrés » de la DGCS, juin 2019	151
ANNEXE 6	
Principaux constats issus du « plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024 » de Mme Myriam El Khomri, octobre 2019	151
ANNEXE 7	
Historique du dispositif d'exonération de cotisations patronales pour les particuliers employeurs « fragiles »	151

INTRODUCTION¹

La France compte en 2015 16,2 millions de personnes de 60 ans ou plus, dont 2,5 millions de « personnes âgées en perte d'autonomie » (15,3 % des seniors – hors Mayotte²), selon la terminologie et la définition large retenue par l'Insee³. Parmi celles-ci, seules 22 % vivent en établissement. La très grande majorité des seniors, y compris ceux ayant un besoin de soutien à l'autonomie pour l'accomplissement de certains actes de la vie quotidienne, vivent ainsi à leur domicile, qui reste le lieu où elles désirent vieillir et dans la mesure du possible y être accompagnées et finir leurs jours.

Dans le contexte actuel de vieillissement de la population, d'arrivée au grand âge des générations du baby-boom et de préférence pour le maintien à domicile, les besoins d'aide notamment ne feront que s'accroître dans les prochaines années. L'Insee prévoit ainsi que sous réserve de la poursuite de l'amélioration de l'état de santé, la France (hors Mayotte) compterait 4 millions de seniors en perte d'autonomie en 2050.

Si à plusieurs reprises déjà, la priorité au soutien à domicile a été affichée, force est de constater que le « virage domiciliaire » annoncé n'a pas encore eu les résultats escomptés : en atteste la part des personnes âgées vulnérables vivant en établissement, qui a peu évolué ces dernières années. Selon les données du recensement de la population, près de 9,5 % des personnes âgées de 75 ans ou plus vivaient en communauté⁴, soit une proportion quasiment identique à celle observée en 1968 (9 %). Chez les allocataires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), le constat est le même : depuis 2008, près de 40 % d'entre eux résident en établissement.

Le secteur de l'aide à domicile des personnes âgées vulnérables, terme choisi par le Conseil de l'âge pour remplacer celui de « personnes âgées en perte d'autonomie »⁵, est actuellement dans une situation préoccupante et fragile, qui ne lui permet pas en l'état de répondre à la hauteur des enjeux du vieillissement des personnes âgées à leur domicile.

Le secteur souffre d'un émiettement et d'un isolement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad). On en compte plus de 7 000 sur le territoire français. Malgré l'unification des deux régimes juridiques applicables aux Saad instaurée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 (loi ASV), on reste face à un dispositif extrêmement complexe et à des acteurs aux enjeux divers : d'un côté, des services (souvent « historiques »)

¹ Ce rapport a été élaboré par le secrétariat général du Haut conseil avec la collaboration de Carole Bonnet et Roméo Fontaine, collaborateurs scientifiques. Nous remercions également tous les membres, notamment la direction générale de la cohésion sociale et les représentants de fédérations de services à domicile, pour leur relecture attentive et pour leurs commentaires mais également la Fepem pour sa contribution à nos travaux.

² 700 000 seniors peuvent être considérés en perte d'autonomie sévère.

³ Insee Première, n° 1767, juillet 2019

⁴ Inclus principalement, au sens du recensement, les maisons de retraites ainsi que les services de moyen ou de long séjour des établissements de santé.

⁵ Depuis son avis du 30 septembre 2019 sur la terminologie du grand âge, le Conseil de l'âge emploie le terme de « personnes âgées vulnérables » pour désigner les personnes âgées encore souvent qualifiées de « dépendantes » ou « en perte d'autonomie », dans un souci de changer le regard sur le grand âge et d'adopter une terminologie plus positive, inclusive et participative, valorisant les compétences de la personne âgée, le maintien de sa dignité et de son libre arbitre. Cette appellation recouvre très majoritairement les allocataires de l'APA. Le rapport n'aborde pas ici la situation des personnes âgées en situation de handicap.

autorisés et habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et tarifés par le conseil départemental qui fixe les prix des prestations et de l'autre, des services (de création plus récente) autorisés et non habilités à l'aide sociale, ayant une autorisation spécifique pour intervenir auprès des bénéficiaires de l'APA (ou de la prestation de compensation du handicap [PCH]) et qui fixent librement leur tarifs⁶.

Les conditions de travail pour les professionnels (que ceux-ci soient salariés d'un Saad ou directement employés par la personne âgée) sont particulièrement difficiles (faible rémunération, pénibilité, isolement, déficit de reconnaissance sociale). Du coup, les services doivent faire face à un *turnover* important et à la pénurie de professionnels en raison du manque d'attractivité des métiers du domicile.

Les politiques départementales de soutien à l'autonomie, sur lesquelles on manque de visibilité et de remontées au niveau national, sont particulièrement hétérogènes en termes d'organisation et de financement. Le pilotage et l'organisation territoriale de l'offre apparaissent insuffisants, la complexité du système de financement et la sous-tarification actuelle des services fragilisent déjà depuis quelques années le modèle économique des structures, qui pour certaines peinent à survivre. On manque d'ailleurs à ce sujet d'études globales et suffisamment robustes sur les coûts réels et les besoins financiers des services.

Tous ces facteurs viennent limiter la capacité du secteur à se moderniser alors qu'une rénovation apparaît nécessaire, et pèsent inévitablement sur la qualité de l'accompagnement offert aux personnes à leur domicile.

Du côté des personnes âgées, leur voix se fait peu entendre.

La revalorisation par la loi ASV des plafonds de l'APA à domicile (c'est-à-dire les montants maximaux pouvant donner lieu à une prise en charge) a permis d'augmenter le niveau des plans personnalisés et facilité une révision des plans d'aide qui étaient saturés (c'est-à-dire qui butaient sur l'ancien plafond)⁷. Les bénéficiaires de l'APA sont ainsi 38 % à bénéficier d'un plan d'un montant supérieur aux plafonds avant réforme à la fin 2016 contre 46 % fin 2017. La revalorisation des plafonds profite notamment aux bénéficiaires classés en groupe iso-ressources 1 (GIR 1) selon la grille Aggir, c'est-à-dire les personnes les plus vulnérables et ayant les plus forts besoins de soutien à l'autonomie. On a néanmoins aujourd'hui peu de visibilité, sur l'évolution des montants des plans d'aide non saturés et de la consommation réelle des plans d'aide notifiés comme sur le contenu précis de l'ensemble des plans d'aide notamment d'un point de vue qualitatif (on sait qu'ils sont composés majoritairement d'aide humaine, quatre plans sur dix comportant également des aides techniques).

En ce qui concerne les restes à charge, la revalorisation des plans d'aide et l'extension du crédit d'impôt aux retraités depuis le vote de la loi de finances 2017 ont permis de les réduire de façon majeure. Dans ces conditions, le Conseil de l'âge a considéré que le taux d'effort des allocataires de l'APA ne faisait pas peser de trop fortes contraintes sur eux et que des ajustements

⁶ Dans la limite d'un taux d'évolution fixé par arrêté.

⁷ Louis Arnault, 2019, Montants d'APA à domicile depuis 2011 : une réallocation au bénéfice des plus dépendants, *Études et Résultats*, n° 1118, Drees, juillet.

du barème de l'APA n'étaient pas prioritaires⁸ au regard des besoins financiers à consacrer pour améliorer l'offre.

Face à une situation jugée préoccupante, le Conseil s'interroge dans la section I du rapport sur ce que les personnes âgées vulnérables sont en droit d'attendre d'un service ou d'un professionnel à domicile (accès aux prestations, notamment l'APA, prévisibilité et transparence des plans d'aide, équité territoriale, offre de services disponible et accessible financièrement et géographiquement, plus grande qualité de service, problèmes analysés dans la sous-section I). Pour répondre aux attentes des personnes âgées et en s'appuyant sur la vision portée par les acteurs et fédérations du secteur de l'aide à domicile, le Conseil appelle à une réforme en profondeur et à la rénovation du modèle de services à domicile (sous-section II). Il en conclut que le coût des interventions à domicile et les besoins de financement seront amenés à augmenter, du fait de la démographie, de l'accroissement – souhaité – des plans personnalisés d'aide et de l'amélioration nécessaire des conditions de travail des professionnels et de la qualité de l'accompagnement (sous-section III).

Dans la section II du rapport, le Conseil s'intéresse plus spécifiquement aux services d'aide à domicile prestataires, à la nature des prestations offertes par ces services, à leur coût de production actuel, à leur modèle de fonctionnement et de tarification ainsi qu'à l'hétérogénéité des politiques départementales et aux conditions de travail et d'emploi des professionnels dans ces services (sous-section I). Il propose de faire des Saad des acteurs structurants de la politique de soutien à domicile des personnes âgées vulnérables et de faire évoluer leurs missions. Il évalue l'augmentation des coûts nécessaires et les besoins de financements associés, en tenant compte de potentielles sources d'économies. Enfin, il interroge le modèle de financement et de tarification actuelle des Saad, qui n'apporte pas toutes les garanties pour les services et pour les personnes âgées, et propose un schéma de financement basé sur la définition d'un tarif opposable unique (sous-section II).

Dans une section III, le Conseil traite d'un autre pan de l'offre de services à domicile, l'emploi direct d'un salarié (en mode direct ou en mode accompagné, c'est-à-dire par l'intermédiaire d'un service mandataire) par la personne âgée vulnérable qui devient alors particulier-employeur. Après une description des différents profils de particulier employeur (âgé de plus de 60 ans, fragile et bénéficiaire de l'APA) et de leur consommation de services à domicile, le Conseil met en avant les avantages et contraintes de l'emploi direct pour le bénéficiaire de l'APA, les biais existants dans le choix de ce mode d'intervention, le coût de ces services et à nouveau l'hétérogénéité des pratiques départementales (sous-section I). Il s'interroge enfin sur les perspectives de développement de ce secteur (sous-section II).

Une note liminaire au rapport apporte un éclairage sur le secteur des services à la personne dans son ensemble, les caractéristiques du recours des personnes âgées de plus de 60 ans aux services à domicile, les aides auxquelles elles peuvent prétendre et le coût pour les finances publiques.

⁸ Contribution du Conseil de l'âge à la concertation Grand âge et autonomie, note 3 : les politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées, décembre 2018.

Périmètre du rapport

Le Conseil de l'âge a choisi de centrer son propos :

- sur les personnes âgées vulnérables de 60 ans et plus, ayant recours à un service ou à un professionnel à domicile pour satisfaire leurs besoins de soutien à l'autonomie. Une part importante des développements porte ainsi sur les bénéficiaires de l'APA, c'est-à-dire ayant été classés par les équipes médicosociales des départements en GIR 1 à 4. La question des GIR 5 et 6, qui bénéficient d'autres aides existantes financées notamment par les caisses des retraite est peu abordée, même si elle justifierait d'être intégrée dans une réflexion plus globale ;
- sur les aides humaines à domicile (la question des aides techniques et des aménagements du logement ayant déjà été abordée dans les précédents rapports du Conseil⁹) ;
- sur les Saad. On ne couvre donc pas l'ensemble des services à domicile et notamment les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), qui interviennent en complémentarité des Saad. Le rapport aborde tout de même la question primordiale de l'articulation entre l'aide et le soin, de la place des Saad dans l'ensemble de l'offre sociale, médicosociale et sanitaire, du parcours de la personne et de l'accompagnement global nécessaire de la personne âgée. Il interroge également la pertinence du modèle des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad). Ces questions, notamment les liens avec le secteur sanitaire, devront être prolongées car ils constituent une dimension essentielle de l'accompagnement de la personne âgée vulnérable à son domicile ;
- sur l'emploi d'un salarié à domicile par la personne âgée, secteur trop souvent traité à part dans les rapports publics, alors pourtant que ces professionnels font partie intégrantes de l'offre à domicile, qu'ils portent déjà un tiers du volume des heures totales d'intervention à domicile et qu'ils sont soumis à des difficultés et enjeux similaires en termes d'accompagnement des personnes.

Si les questions des conditions de travail des professionnels, d'attractivité des métiers et de la qualité de l'accompagnement à domicile apparaissent comme prioritaires, ne sont ici repris que les principaux éléments de constats. Le Conseil de l'âge ne formule pas de propositions à ce sujet et renvoie à l'analyse plus approfondie faite par d'autres rapports, notamment celui de la mission de Mme El Khomri¹⁰.

La notion de « domicile » renvoie dans ce rapport au domicile d'origine, privé, familial ou conjugal, mais également aux autres formes de domicile, dits « domiciles intermédiaires », « regroupés » ou « partagés » (résidence autonomie, résidences services seniors, habitat inclusif, intergénérationnel). Ces derniers sont appréciés des personnes âgées et sont amenés à se développer dans les prochaines années. La réflexion menée ici est néanmoins indissociable d'une réflexion plus large à mener sur la notion domiciliaire au sens du chapitre prospectif 2019 de la CNSA¹¹, qui considère que quel que soit le lieu de vie de la personne, domicile ou institution, la personne a les mêmes droits à vivre « chez soi » (droit à l'autonomie, au respect de la dignité et intimité, à une vie sociale, etc.) et dans les mêmes conditions.

⁹ Notamment le rapport du Conseil de l'âge, « Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030 », novembre 2018.

¹⁰ Mission el khomri.

¹¹ Démarche prospective du Conseil de la CNSA, « Chapitre 2 : Chez soi, l'approche domiciliaire », juillet 2019.

NOTE LIMINAIRE SUR LE SECTEUR DES SERVICES A LA PERSONNE

1) Le secteur des Services à la Personne (SAP)

Celui-ci désigne l'ensemble des services effectués à domicile chez un particulier. La liste des activités de services à la personne est définie par l'article D.7231-1 du code du travail (cf. annexe 1). Il énumère 26 activités que l'on peut regrouper en trois grands domaines :

- les services d'aide à la famille ;
- les services d'assistance et d'accompagnement aux personnes âgées, en perte d'autonomie ou handicapées ;
- les services de la vie quotidienne (ménage, jardinage...).

On se limite dans le présent rapport aux services « sociaux » sans aborder directement les problèmes sanitaires (notamment la place des services de soins infirmiers à domicile –Ssiad) ; mais on analyse dans la section I (sous-section II) du rapport la problématique des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad).

On retient le champ des personnes de 60 ans et plus.

2) Les chiffres clé du secteur des services à la personne

a) L'emploi déclaré à domicile

On recense en 2018, 28 000 organismes prestataires de services à la personne actifs¹², tous types d'employeurs confondus (dont 4 % d'établissements publics, 18 % d'associations et 78 % d'entreprises¹³). Ce secteur représente :

- 1,22 million de professionnels au 1^{er} juillet 2016 (ensemble des intervenants : salariés des particuliers employeurs, salariés et non salariés des organismes prestataires) ;
- 4,1 millions de ménages bénéficiaires du crédit d'impôt au titre de l'emploi d'un salarié à domicile¹⁴ ;
- 869 millions d'heures rémunérées en 2017 (385 700 d'heures en mode prestataire¹⁵ et 479 000 en mode emploi direct¹⁶).

¹² « Sont considérés comme actifs, les organismes ayant effectué au moins une heure dans l'année », Kulanthaivelu E., 2020, Les services à la personne en 2018. Légère baisse de l'activité, hausse du recours aux organismes prestataires, *Dares Résultats*, n° 11.

¹³ Dont des micro-entrepreneurs.

¹⁴ Annexe au projet de loi de Finances pour 2020, Evaluation des Voies et Moyens II, tome II, Les dépenses Fiscales.

¹⁵ Kulanthaivelu E., 2020, *op. cit.*

¹⁶ Acooss, 2019, Le particuliers employeurs au 4^e trimestre 2018, Acoosstat Conjoncture, n° 285.

b) Le travail à domicile non déclaré

Marbot (2008)¹⁷ indique que « d'après les données d'enquête, le nombre d'utilisateurs de services à domicile – qu'ils soient déclarés ou non – aurait augmenté de 30 % entre 1989 et 2005 et plus particulièrement de 22 % sur les dix dernières années, contre une hausse de 76 % entre 1996 et 2005 d'après la source fiscale ». Les deux tiers de l'augmentation seraient ainsi imputables à la déclaration de salarié(e)s qui étaient auparavant non déclaré(e)s.

La part de travail non déclaré dans les services à domicile serait ainsi passée de 50 % en 1996¹⁸ à 28 % en 2005 et 25 % en 2011¹⁹.

3) Les recours des personnes âgées de 60 ans et plus aux emplois et services d'aide à domicile

a) Le mode de recours : prestataire ou emploi direct

Deux modes de recours aux services à la personne coexistent aujourd'hui (cf. annexe 2) :

- l'emploi direct : la personne âgée est alors l'employeur direct (elle devient « particulier employeur ») du salarié qui va intervenir à son domicile :
 - o lors de ce recours à l'emploi direct, la personne âgée peut charger un service mandataire des formalités administratives. Elle reste cependant employeur du salarié qui intervient à son domicile ;
- le mode prestataire : l'intervention « tout compris » est assurée par un service d'aide à domicile qui est l'employeur.

En mode prestataire, il convient de distinguer :

- les activités d'aide et d'accompagnement à domicile qui sont exercées auprès de publics vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées ou atteintes de maladies chroniques et familles fragiles), qui relèvent du régime de l'autorisation. Ce régime implique le respect d'un cahier des charges, prévu à l'article L.313-1-3 du code de l'action sociale et des familles et défini par décret²⁰. Ce cahier des charges définit en particulier un certain nombre d'obligations réglementaires (obligations relatives à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, modalités d'évaluation des services, niveaux de qualification requis des directeurs, processus de recrutement, élaboration d'un projet de service, adhésion obligatoire à la charte nationale qualité des services à la personne) et de principes d'organisation interne et de prise en charge à domicile (individualisation de la prise en charge, coordination, recours possible à une personne de confiance, prise en compte du rôle du proche aidant) ;
- les activités de services à la personne qui ne sont pas exercées auprès d'un public fragile et qui peuvent être créées librement en respectant le cadre de droit commun de la prestation de service aux particuliers.

¹⁷ Marbot C., 2008, En France, qui recourt aux services à domicile ?, *Portrait social*, Insee, France, p. 143-162.

¹⁸ Marbot C., 2008, *op. cit.*

¹⁹ Benoteau I., Goin A., 2014, Les services à la personne qui y recourt ? Et à quel coût ?, *Dares Analyses*, n° 63.

²⁰ Décret n° 2016-502 du 22 avril 2016.

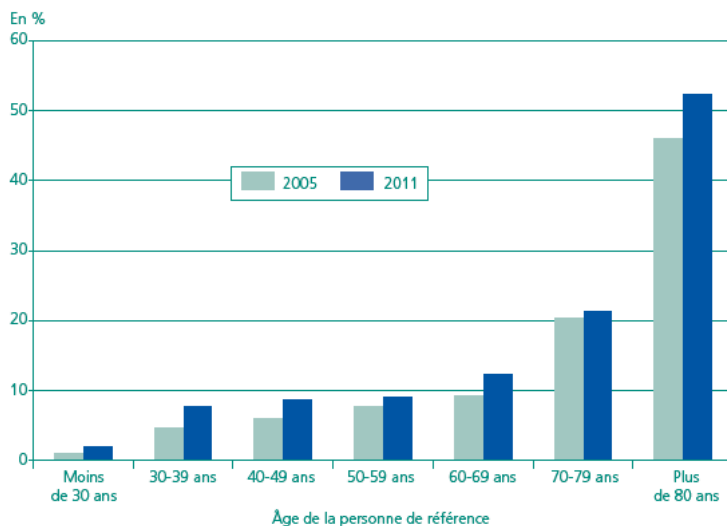
Ces deux types d'activités relèvent également de la déclaration (formalité facultative qui permet à la structure de bénéficiaire des exonérations de charges sociales et aux usagers de bénéficier du crédit d'impôt « emploi à domicile »).

Les heures de services à la personne sont majoritairement réalisées auprès de publics « fragiles » (au sens du code de la Sécurité Sociale²¹). Ainsi, en 2012, 35 % des heures de services à la personne sont destinées aux personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap, 21 % aux personnes âgées non vulnérables (de 70 ans et plus), 9 % à la garde d'enfants et 35 % à d'autres utilisateurs (relevant davantage du confort)²².

b) Importance du recours et âge des recourants

Le taux de déclarants augmente avec l'âge (cf. figure 1). En 2011, la moitié des ménages dont la personne de référence est âgée de 80 ans et plus a recours à des services à domicile contre 13 % des ménages en population générale²³.

Figure 1 – Taux de recours aux services à domicile selon l'âge de la personne de référence



Lecture : en 2011, 2 % des ménages dont la personne de référence a moins de 30 ans recourent aux services à domicile.

Champ : France métropolitaine.

Source : enquête Budget des familles, 2005 et 2011.

2,7 millions de foyers dont un membre est âgé de 60 ans et plus sont bénéficiaires du crédit d'impôt²⁴.

²¹ Article L. 241-10 (I) du code de la Sécurité sociale. Sont concernées les personnes âgées de plus de 70 ans, les allocataires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de la majoration pour tierce personne (MTP) au titre d'une invalidité.

²² Benoteau I., Goin A., 2015, Services à la personne : aides publiques et coût pour l'utilisateur, *Document d'études de la Dares*, n° 194.

²³ Benoteau I., Goin A., 2014, *op. cit.*

²⁴ Source : DGFIP.

c) Importance du recours et degré de fragilité/vulnérabilité.

Plus le degré de fragilité/vulnérabilité de la personne est élevé, plus les besoins sont jugés « nécessaires ». L'encadrement réglementaire est de plus en plus présent et le recours est facilité par des aides publiques plus importantes :

- pour les personnes âgées « non fragiles », il n'y a en général pas de norme de besoins. C'est la personne âgée elle-même qui définit l'importance de son recours en fonction de ses souhaits et de sa capacité de financement ;
- la situation est la même pour la majorité des personnes « fragiles », notamment celles ayant plus de 70 ans.

Dans ces cas, le niveau du reste à charge, même après exonérations et crédit d'impôt, peut limiter le recours à l'aide au domicile pour les personnes modestes. D'où la croissance du recours avec le revenu ;

- certaines personnes âgées fragiles sont « suivies » par des institutions qui définissent avec elles l'ampleur du recours qu'elles vont solvabiliser. C'est le cas notamment des départements avec l'aide sociale légale ou des régimes de retraite avec leur action sociale ;
- pour les personnes âgées les plus vulnérables – les allocataires de l'APA – le recours est organisé par un plan personnalisé calé sur leurs besoins.

Un haut niveau de solvabilisation par les aides publiques permet de financer ces plans sans (trop) de contraintes financières pour tous les allocataires. On analyse *infra* les éléments qui ont amené le Conseil de l'âge, dans son appréciation globale, à conclure que le niveau et la qualité des plans personnalisés pour les allocataires de l'APA étaient insuffisants.

d) Importance du recours et niveau de revenu

La dépense déclarée au titre du crédit d'impôt (ensemble des déclarants y compris ménages < 65 ans) augmente avec le revenu. Le dernier décile mobilise 25 % de cette dépense (avec une dépense déclarée proche de 10 000 €).

4) Coûts et taux d'effort des personnes âgées

a) Tous les recours donnent lieu à des aides publiques

Ces aides, décrites ci-dessous, visent à faciliter le service à domicile d'une part, à développer l'emploi et contenir l'emploi non déclaré d'autre part.

La sensibilité du recours (déclaré) au niveau de l'aide varierait significativement.

Ainsi, la Fepem²⁵ indique « *en renchérissant le coût de l'emploi, la suppression de l'abattement forfaitaire sur les cotisations patronales, dont bénéficiaient de nombreux particuliers employeurs en 2011, et la suppression de la déclaration des cotisations sociales sur*

²⁵ Fepem, 2019, Le Baromètre des emplois de la famille, janvier, n° 27.

une base forfaitaire en 2013 peuvent contribuer à expliquer le recul des effectifs de particuliers employeurs de 60 ans et plus et du volume horaire déclaré. Plus récemment, la revalorisation de la déduction forfaitaire à 2 euros en 2015 et la généralisation en 2017 du crédit d'impôt à l'ensemble des particuliers employeurs ont permis une relative stabilisation de l'évolution des effectifs de particuliers employeurs ».

b) La nature et le niveau de ces aides

Le niveau des aides est élevé et la nature des aides varie considérablement avec les particularités du ménage bénéficiaire (ses besoins et son revenu notamment).

b1) Personne âgée au-dessous de 70 ans (hors aide sociale départementale et action sociale des caisses de retraite)

L'aide combine notamment :

- un abaissement du coût du travail avec une réduction forfaitaire de 2 €/heure sur les charges sociales patronales pour l'emploi direct (soit 12 % du coût pour une valeur de salaire superbrut – sans exonération, ni déduction – de 17 €/heure et 9,4 € de salaire net). Les services prestataires bénéficient des allègements généraux de charges ;
- un crédit d'impôt (CI) égal à 50 % des dépenses déclarées nettes des aides publiques dans la limite de 12 000 € (pour une personne seule) et de 20 000 € pour les personnes les plus vulnérables

* *de facto* le montant du CI est de 45 % de la dépense déclarée (l'écart par rapport au taux nominal de 50 % provenant de la saturation du plafond et de l'effet du plafonnement des niches fiscales) ;

* le taux de saturation du plafond est faible.

Très logiquement, le volume du recours augmente avec le revenu, les personnes les plus modestes ne pouvant assumer un reste à charge élevé.

b2) Personne âgée de plus de 70 ans

Dans le cas ordinaire (elle ne bénéficie ni de l'aide sociale, ni de l'action sociale des caisses de retraite ni de l'APA ou de la PCH), la personne âgée bénéficie d'une exonération des charges sociales patronales (les cotisations restant dues s'élèvent environ à 13 % du salaire brut)²⁶ mais pas de la déduction forfaitaire de 2 €/heure. L'écart avec la situation des personnes de moins de 70 ans à ce titre n'est pas considérable (cf. encadré).

La personne bénéficie du crédit d'impôt comme analysé *supra*. Le taux de saturation du plafond est faible. Tous âges confondus, il est de 2,6 % mais il est significatif aux âges élevés (6 % > 90 ans, 15% lorsqu'un membre du foyer possède une carte d'invalidité).

²⁶ Les organismes prestataires bénéficient également d'une exonération de cotisations sociales patronales de Sécurité sociale (hors ATMP), plus favorable que les allègements généraux de charges, pour services auprès de personnes fragiles. Depuis le 1^{er} janvier 2019, ce dispositif a évolué suite à la transformation du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) et du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS) en baisse de cotisations sociales employeurs.



Coût d'une heure d'emploi à domicile

→ Écart de coût entre l'exonération de cotisations patronales et la déduction forfaitaire (emploi direct)

Les personnes de 70 ans et plus bénéficient, au titre de l'âge, d'une exonération des cotisations patronales de Sécurité sociale lors de l'emploi d'un salarié à domicile. L'exonération est automatique²⁷, le bénéficiaire n'ayant aucune démarche à effectuer. Restent dues les cotisations patronales d'assurance chômage et d'accident du travail, les cotisations de retraite complémentaire et de prévoyance (Ircem), la contribution d'équilibre général (CEG), la contribution au fonds national d'aide au logement (Fnal), la contribution solidarité autonomie (CSA), la contribution à la formation professionnelle, la contribution au dialogue social (CDS)²⁸. L'exonération pour les plus de 70 ans est limitée à un plafond de rémunération de 65 Smic horaire brut par mois (soit 642,20 € en 2018).

Les cotisations restant dues s'élèvent environ à 13 % du salaire brut. Cette exonération au titre de « publics fragiles » n'est pas cumulable avec la déduction forfaitaire de cotisations patronales de Sécurité sociale de 2 € pour chaque heure de travail effectuée depuis le 1^{er} décembre 2015 (les heures de congés payés ne sont pas concernées par cette déduction forfaitaire, alors qu'elle sont exonérées de cotisations pour les publics « fragiles »).

Ainsi, la suppression de l'exonération au titre des 70 ans et plus, conduirait à un coût supplémentaire de 0,5 € par heure au niveau du Smic (on suppose que les personnes ne bénéficiant plus de cette exonération bénéficieraient de la déduction forfaitaire de 2 € par heure) (tableau 1). Cet écart augmente avec le niveau de salaire.

Pour le particulier employeur « moyen » bénéficiaire de l'exonération au titre des 70 ans et plus, qui rémunère 18 heures mensuelles au salaire horaire net de 11,2 €²⁹, le coût supplémentaire serait de 19 € mensuels (38 € avant crédit d'impôt).

Tableau 1 Coût d'une heure en emploi direct

	Type d'exonération	Smic	Smic (+10 % de congés payés)	1,2 Smic	Bénéficiaire « moyen » exo 70 ans et plus ⁽²⁾
Salaire net		7,8	8,6	9,4	11,2
Salaire brut		10,03	11,14	12,0	14,4
Salaire super-brut	Avec exo 70 ans et plus	11,4	12,6	13,6	16,3
	Avec exo forfaitaire ⁽¹⁾	12,3	13,8	15,1	18,4
	Sans exonération	14,3	15,8	17,1	20,4
Coût total après crédit d'impôt	Avec exo 70 ans et plus	5,7	6,3	6,8	8,1
	Avec exo forfaitaire	6,2	6,9	7,5	9,2
	Sans exonération	7,2	7,9	8,5	10,2

Source : calculs du SG HCFEA.

(1) Déduction forfaitaire de cotisations patronales de 2 € par heure.

(2) Particulier employeur avec le salaire horaire net moyen et le volume horaire moyen d'un bénéficiaire de l'exonération 70 ans et plus.

²⁷ Depuis 1999. Voir Fepem, 2015, Les particuliers employeurs fragiles – Un bilan des dix dernières années, *Le Baromètre des Emplois de la Famille*, n° 16, décembre.

²⁸ Site du Cesu <https://www.cesu.urssaf.fr/info/accueil/beneficier-d-avantages/des-exonerations-adaptees/puis-je-beneficier-dune-exonerat.html>.

²⁹ Source : Fepem.

→ **Rendement budgétaire du projet – abandonné – de supprimer l'exonération de cotisations patronales (emploi direct et organismes prestataires)**

Le rendement budgétaire de ce projet est modeste en raison du report qu'il y aurait sur la déduction forfaitaire de deux euros (et sur les allègements généraux étendus de charges pour les services prestataires), sur le crédit d'impôt (ainsi que sur l'exonération au titre de l'APA pour une partie des bénéficiaires de l'exonération 70 ans et plus). Ainsi, selon les évaluations préalables des articles du projet de loi de finances pour 2020, la suppression de l'exonération des cotisations patronales, aurait entraîné une « économie pour les finances publiques de 202 M€ en 2020, 232 M€ en 2021 et 233 M€ en 2023. À compter de 2021, cette économie était réduite pour moitié environ par une augmentation du crédit d'impôt SAP, soit une économie nette de 115 M€ à compter de 2021 ».

b3) Personne âgée dont les besoins de service à domicile sont partiellement pris en charge par des tiers

Le coût du recours est alors abaissé de façon sélective à l'appui d'une politique sociale (pour les ménages modestes et/ou en tenant compte des ressources) ou d'une démarche de prévention.

b31) L'aide sociale départementale légale

L'aide-ménagère intervient lorsque la personne âgée de plus de 65 ans a, compte tenu de son état de santé, des difficultés à réaliser seule les tâches ménagères³⁰ et que l'intervention d'une aide doit lui permettre de rester à domicile.

L'aide du département est alors mise en œuvre :

- sous condition de nationalité française ou, pour les étrangers, sous condition d'une résidence ininterrompue depuis au moins 15 ans avant l'âge de 70 ans ;
- sous condition de ressources : 868 € pour une personne seule et 1 347 € pour un couple³¹ ;
- dans la limite de 30 heures/mois (ou 48 heures si chacun des deux membres du couple a droit à l'aide). Pour comparaison, le plafond du plan d'aide pour une personne en GIR 4, permet de financer 32h/mois en mode prestataire, pour une valeur de 21 €/h ;
- avec (ou sans) participation financière selon le choix des départements (par exemple 0,99 €/heure en Seine Maritime) ;
- avec un versement au prestataire « autorisé à condition qu'il soit habilité à l'aide sociale » ou un versement direct en cas d'emploi direct (sur présentation de justificatifs) ;
- avec récupération sur succession si la succession (actif net) est supérieure à 46 000 €.

Les dépenses brutes sont de 75M€ en 2016 ; les effectifs sont réduits (au plus une centaine de milliers³²). Avec la montée en charge de l'APA (notamment en GIR 4), cet effectif est en forte régression. En euros courants, on passe de 498M€ en 2002 à 75M€ en 2016.

L'aide-ménagère à domicile du département est versée directement au service d'aide à domicile choisi par la personne. Une participation financière peut être demandée au bénéficiaire. Le service à domicile doit être habilité à l'aide sociale par le conseil départemental. Une

³⁰ Et que son conjoint éventuel ne peut lui apporter cette aide.

³¹ Le département peut adopter un barème plus généreux (exemple en Seine Maritime, majoration de 5 % pour les personnes de plus de 70 ans et pour celles qui bénéficient de l'aide-ménagère depuis au moins cinq ans).

³² Dans l'hypothèse – très vraisemblablement supérieure à la réalité – de 30h/mois et d'une valeur horaire de 20 €.

somme d'argent peut être versée directement à la personne s'il n'existe pas de service d'aide à domicile dans sa commune ou si la personne préfère avoir recours à un salarié qu'elle emploie elle-même. Dans ce cas, la personne doit présenter les justificatifs de dépense des montants perçus.

b32) L'aide humaine à domicile de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) et des caisses de retraite

L'aide humaine à domicile (entretien du logement, préparation des repas, etc.) est prise en charge dans le cadre d'un plan d'actions personnalisé (PAP) après une évaluation globale des besoins à domicile, évaluation de la fragilité multidimensionnelle relevant d'un référentiel national unique et interrégimes déployé depuis 2017 et dénommé SIREVA (support d'évaluation interrégimes). Ce référentiel intègre notamment la grille AGGIR et la grille FRAGIRE³³. L'évaluation est réalisée par un travailleur social formé à SIREVA, appartenant à une structure tierce mandatée et rémunérée par les caisses de retraite. L'offre d'évaluation est financée par les caisses de retraite sans reste à charge pour le demandeur.

L'évaluation permet également d'évaluer si des travaux d'adaptation du domicile se révèlent nécessaires et dans l'affirmative de déclencher l'attribution d'un forfait pour l'achat et la pose d'aides techniques ainsi que si besoin l'intervention d'un opérateur habitat et l'attribution d'une aide à l'habitat, aide financière pour solvabiliser une partie du coût des travaux selon un barème national existant.

Les aides humaines des PAP ne sont pas cumulables avec l'APA, la PCH, l'ACTP, la MTP et l'aide sociale légale des départements.

Le montant plafond des PAP est de 3 000 € (participation du retraité comprise) par an.

La demande d'aide se fait sur un formulaire de demande d'aide pour bien vieillir chez soi, téléchargeable sur le site www.lassurance retraite.fr et disponible chez les partenaires des caisses de retraite notamment les CCAS, les CLIC, les SAAD etc. Une expérimentation va démarrer prochainement en lien avec la CNSA pour simplifier le parcours des personnes âgées et de leur entourage au travers de la mise en place d'un formulaire unique de demande d'aide à domicile caisses de retraite/ conseil départemental, quel que soit son niveau de perte d'autonomie (GIR).

La Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) apporte une subvention horaire variant avec le revenu du retraité³⁴. Elle passe de 90 % du coût de référence pour les retraités les plus modestes (revenu inférieur à 843 € pour une personne seule) à 27 % pour les retraités les plus aisés (revenu supérieur à 2 153 €).

Pour un plan au plafond, le reste à charge (RAC) et le taux d'effort varient comme suit avec le revenu.

³³ Cette grille a été élaborée par le pôle gérontologique d'innovation de Bourgogne Franche Comté avec un consortium de professionnels du champ sanitaire, médico-social et social, qui permet de scorer la fragilité selon une approche prédictive du risque d'entrée en perte d'autonomie

³⁴ Des travaux sont en cours pour actualiser les paramètres financiers et le barème national de ressources dans le contexte de la revalorisation de l'ASPA, qui a écrasé les premières tranches, avec l'objectif de déployer ce nouveau barème au 1^{er} janvier 2021.

Tableau 2 : Variation du reste à charge et du taux d'effort en fonction du revenu

	Personne seule	Couple	Couple
Revenu mensuel	843 €	1 836 €	2 153 €
RAC mensuel	25 €	127,5 €	182,5 €
Taux d'effort	3 %	6,7 %	8,5 %

Source : calculs SG HCFEA.

Le tarif national de référence de 21 €/heure fixé par la Cnav est opposable en mode prestataire (ce dernier ne peut facturer un tarif supérieur au tarif de référence à l'utilisateur). Le mode prestataire permet la télégestion et aux bénéficiaires de n'acquitter que le reste à charge sur le modèle du tiers payant. En emploi direct, l'aide de la Cnav est faite sur production des factures et pièces justificatives des retraités concernés.

Deux problématiques restent liées :

1° la régulation de la demande : l'effectif potentiel de demandeurs est très élevé puisqu'il concerne tous les retraités du régime général en GIR 5 et 6 qui sont très nombreux et que la clause de ressources n'élimine personne alors que la dotation financière est limitée.

2° le lien entre la prestation d'aide humaine à domicile et la prévention : le Conseil d'administration de la Cnav a validé le déploiement dans tous les territoires avant la fin de la COG 2018-2022 d'une nouvelle génération de plans d'aides répondant à une logique de paniers de services expérimentés sur plusieurs années. Ces futurs plans d'aides reposeront sur deux familles de prestations : les heures d'intervention humaine à domicile et des services de prévention financés à 100% par la caisse de retraite dans la limite de 500€ par an et par plan pour favoriser la socialisation et les comportements protecteurs en santé notamment. Par ailleurs, d'autres évolutions importantes accompagneront ces nouveaux plans : une mission de coordination rémunérée forfaitairement pour le service d'aide intervenant notamment pour renforcer l'accompagnement et le suivi des besoins et attentes des bénéficiaires et la mise en place dans ce cadre d'un carnet de liaison.

b33) L'aide départementale aux allocataires de l'APA

Le coût du recours est abaissé par l'exonération des charges sociales patronales³⁵ en emploi direct et en mode prestataire (dispositifs d'exonération spécifique en faveur des aides à domicile intervenant auprès de publics fragiles).

Le niveau de l'allocation est fixé par le plan personnalisé dans la limite de plafonds variant avec le GIR.

Ces plafonds permettent de financer un nombre d'heures significatif supposé correspondre aux besoins de la personne âgée vulnérable (cf. tableau ci-dessous).

³⁵ Cf. ci-dessus, les bénéficiaires de l'APA sont exonérés de cotisations patronales au titre de « publics fragiles », sans plafond.

Tableau 3 : Nombre d'heures d'aide financées dans le cadre de l'APA en fonction du mode d'intervention choisi et du GIR de la personne

		GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
Niveau du plafond (1 ^{er} janvier 2019) (€ mensuels)		1 731,14	1 394,86	1 007,83	672,26
Nombre d'heures en..	mode prestataire (tarif horaire 21 €)	82	66	48	32
	emploi direct (tarif horaire 15 €)	115	93	67	45

Source : calculs SG HCFEA.

L'aide est généralisée (aucune personne vulnérable n'est exclue par une condition de ressource). Mais l'allocataire participe financièrement à l'APA selon un barème national. Sa quote-part augmente avec le revenu (participation nulle avant 810,96 € puis croissante avec le revenu jusqu'à 90 % pour 2 986,85 € mensuel pour une personne seule). En 2016, 80 % des plans d'aide notifiés étaient pris en charge par l'APA.

Le crédit d'impôt couvre le reste à charge à un taux un peu inférieur à 50 %.

Pour les allocataires les plus vulnérables (GIR 1 et 2 de façon « automatique » et autres GIR si les allocataires ont droit à la carte d'invalidité³⁶), le plafond du crédit d'impôt est porté à 20 000 €.

Il est possible que des allocataires éligibles ne fassent pas valoir leurs droits.

In fine, le recours est pris globalement en charge à un niveau élevé (un peu inférieur à 90 % en moyenne).

Le RAC augmente avec le revenu (de 0 à un taux voisin de 45 %) et, à niveau de recours donné, le taux d'effort augmente avec le revenu.

La réforme de 2015 a en outre modifié le calcul du taux de participation qui, à revenu donné, diminue avec le montant du plan d'aide notifié.

c) Le compte des aides publiques

La dépense publique pour la prise en charge du coût des heures d'emploi à domicile est élevée. On recense trois dispositifs principaux : les exonérations de cotisations sociales patronales, l'APA et le crédit d'impôt.

Afin de calculer le taux de couverture par l'aide publique, calculé comme le ratio entre les dépenses publiques et le coût (hors toute aide publique) qui serait payé par les personnes de 60 ans et plus, un certain nombre d'hypothèses sont nécessaires. En particulier, on ne dispose pas du nombre d'heures d'aide à domicile pour cette population spécifique, ni de leur coût. Il est nécessaire de ventiler de grands agrégats couvrant une population plus large.

³⁶ Selon les travaux de la CNSA, une grande majorité des allocataires en GIR 3 seraient éligibles au réhaussement du plafond du crédit d'impôt.

**Tableau 4 : Nombre d'heures rémunérées d'emplois à domicile
(personnes de plus de 60 ans), en millions**

	Particuliers employeurs	Prestataires ³⁷	Ensemble
Non Fragiles	46,1	19,8	65,9
Fragiles	221	225	446
Ensemble	267,1	244,8	511,9
Part des heures pour les Fragiles	82,7 %	92,0 %	87,2 %

Source : Dares pour les services prestataires, Acoess pour les particuliers employeurs et DGCS ; l'ensemble des sources utilisées et les calculs effectués sont détaillés en annexe 3, calculs SG du HCFEA.

L'estimation du taux de couverture par l'aide publique des heures rémunérées d'emploi à domicile présentée ci-dessous est donc à considérer avec prudence. Cependant, même si le taux peut varier un peu selon les hypothèses³⁸, la conclusion d'une prise en charge publique très élevée du coût des heures d'emploi à domicile est robuste. On estime le taux de couverture aux alentours de 75 % (hypothèse 2, cf. tableau ci-dessous). Des éléments explicatifs sur les hypothèses faites sont donnés en annexe 3³⁹.

Tableau 5 - Taux de couverture par l'aide publique des heures rémunérées d'emploi à domicile

Montant des aides publiques (en millions d' €)	8 067	
Exonération de cotisations patronales	1 557	
Déduction forfaitaire de 2 €	77	
AP A	3 100	
Allégements généraux de charges ^(b)	-	
Aide-ménagère	80	
Action sociale caisse de retraite	341	
Crédit d'impôt	2 912	
Coût des heures d'emploi à domicile	Hypothèse 2^(a)	Hypothèse 1^(a)
Nombre d'heures (en milliers)	487,3	511,9
Coût horaire hors aides publiques	21,1	21,1
Coût total (en millions d' €)	10 300	10 800
Taux de couverture	78,5 %	74,7 %

(a) Les hypothèses portent sur la part du total des heures des services prestataires attribuée aux personnes de 60 ans.

(b) À ce stade, nous n'avons pas l'information. Il manque aussi les montants correspondants à l'exonération ou réduction de TVA.

Source : calculs SG HCFEA.

³⁷ Les données disponibles sur les heures des services prestataires ne permettant d'isoler les bénéficiaires de 60 ans et plus dans les heures d'interventions des services prestataires. On fait une estimation à partir du nombre d'heures total des services prestataires et du type d'activité reporté (par exemple : assistance aux personnes âgées, entretien de la maison...), disponible dans la Base Nova (source : Dares, 2018, Les services à la personne en 2016, *Dares Résultats*, n° 17).

³⁸ On présente dans le tableau 5 deux hypothèses sur le niveau de la part du total des heures des services prestataires attribuée aux personnes de 60 ans et plus.

³⁹ Cf. annexe 3 sur les éléments de calcul du taux de prise en charge publique du coût des heures d'emploi à domicile (population des personnes âgées de 60 ans et plus).

SECTION I
UNE OFFRE DE SERVICES A DOMICILE
RENOUVELEE POUR REpondre AUX BESOINS ET
ATTENTES DES PERSONNES AGEES VULNERABLES

SOUS-SECTION I - ATTENTES ET SOUTIEN A L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES VULNERABLES A DOMICILE

Les personnes âgées vulnérables de plus de 60 ans ayant besoin de soutien pour accomplir certains des actes essentiels de la vie quotidienne peuvent prétendre au bénéfice de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Lorsqu'elles vivent à leur domicile, ces personnes sont en droit d'attendre l'intervention de professionnels et/ou de services à domicile de qualité, de nature différente (prestataires, mandataires, emploi direct) et en nombre suffisant (pour permettre l'exercice du libre choix et éviter ainsi de risquer de trop peser sur les aidants familiaux), offrant une prestation à hauteur de leurs besoins, sans qu'elles supportent un taux d'effort excessif.

Il convient d'améliorer substantiellement la situation actuelle. On en indique les éléments les plus marquants au I et on propose quelques premières améliorations au II.

I) UN DISPOSITIF DE SOUTIEN A L'AUTONOMIE PERFECTIBLE

A) L'ENTREE DANS LE DISPOSITIF APA

Beaucoup se joue à l'entrée (établissement du GIR de la personne à partir de la grille Aggir⁴⁰, élaboration et mise en place du plan d'aide).

On s'appuie dans les développements qui suivent sur les travaux de la Drees et l'étude de la Fondation France Alzheimer⁴¹.

1) Recours, non-recours et recours tardif à l'APA

Selon l'enquête trimestrielle APA (Drees), on comptait en 2017 près de 550 premières demandes d'APA ayant reçu une réponse favorable par trimestre et par département. Cela représente approximativement 220 000 nouveaux allocataires par an au niveau national.

On ne dispose pas d'information sur les demandes instruites par les équipes médico-sociales n'ayant pas reçu de réponse favorable (classement en GIR 5 par exemple).

⁴⁰ La grille nationale Aggir permet de mesurer le degré de perte d'autonomie du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Elle sert à déterminer si le demandeur a droit à l'APA et, s'il y a effectivement droit, le niveau d'aides dont il a besoin. Les degrés de perte d'autonomie sont classés en 6 groupes dits « iso-ressources » (GIR). À chaque GIR correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Seuls les GIR 1 à 4 ouvrent droit à l'APA. La personne relevant des GIR 5 ou 6 peut demander une aide-ménagère ou une aide auprès de sa caisse de retraite.

⁴¹ Fondation Médéric Alzheimer, [La Lettre de l'Observatoire n° 54 – « Enquête auprès des professionnels chargés de l'évaluation APA »](#), juillet 2019.

On manque d'éléments sur le non-recours et le recours tardif.

Le rapprochement entre les données administratives sur le nombre de bénéficiaires de l'APA d'une part et les enquêtes en population générale permettant d'approximer le nombre de bénéficiaires potentiels d'autre part a permis d'estimer entre 20 % et 28 % la part de personnes âgées ne bénéficiant pas de l'APA alors qu'elles pourraient y prétendre⁴².

Le non recours pourrait affecter surtout le GIR 4.

2) Le travail des équipes départementales d'instruction de l'APA

Les professionnels traitent en moyenne 31 dossiers de demandes par mois.

L'instruction est assurée à 95 % par un seul professionnel alors que le code l'action sociale et des familles (CASF) prévoit l'intervention d'au moins deux professionnels.

La répartition des répondants à l'enquête par métier d'origine s'établit comme suit : 37 % d'assistantes sociales ; 24 % de conseillers en économie sociale et familiale ; 26 % d'infirmiers et seulement 3 % de médecins (et seulement pour une partie de leur temps).

Les équipes soulignent que leurs besoins de formation ne sont pas assez satisfaits.

L'implication des équipes est variable : 18 % des professionnels assurent uniquement la mise en œuvre du plan ; 11 % le suivent ; 47 % assurent les deux missions. Mais un quart se bornent à la phase initiale (dite de Girage, c'est-à-dire de détermination du nombre d'heures préconisé, premiers contacts administratifs) mais n'assurent ni la mise en œuvre, alors renvoyée aux prestataires, ni le suivi du plan.

L'association des proches est réelle :

- la présence d'un proche lors des premiers contacts est fréquente (« très souvent » selon les répondants) ;
- ensuite 98 % des proches sont consultés sur le plan d'aide.

Alors qu'on attendait beaucoup du référentiel d'évaluation défini par l'arrêté du 5 décembre 2016⁴³ pour mieux établir les plans personnalisés, son appropriation par les équipes était incomplète (54 % des répondants emploient un outil de recueil conforme à ce nouveau référentiel et ce depuis 11 mois en moyenne). Mais on n'est pas assuré qu'on puisse en attendre une meilleure qualité en termes de Girage et de plan d'aide. Selon l'analyse des informations recueillies par les professionnels de l'évaluation qui n'utilisent pas le référentiel, il semblerait qu'il y ait un déficit de connaissance sur la situation et les besoins des proches aidants.

En ce qui concerne la détermination du GIR, on ne sait pas si le référentiel permet d'harmoniser les pratiques de détermination du GIR. La forte variation du classement en GIR,

⁴² Ramos-Gorand M., 2016, Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain, *Les dossiers de la Drees*, n° 10, Drees.

⁴³ La loi ASV du 28 décembre 2015 a instauré une évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants dans le cadre de l'évaluation de la demande d'APA par les équipes médico-sociales des conseils départementaux. L'article L.232-6 du CASF prévoit l'existence d'un référentiel d'évaluation qui a été défini par l'arrêté du 5 décembre 2016.

notamment en GIR 4 dont une importante partie est inexpliquée dans les travaux de la CNSA – conduit à penser que cet apport est limité.

3) Les difficultés signalées par les instructeurs

L'étude menée par la Fondation Médéric Alzheimer fait état de plusieurs difficultés :

- plus de la moitié des répondants ont déclaré avoir rencontré au moins une situation de maltraitance au cours des six mois précédant l'enquête (2,9 situations en moyenne par professionnel dont 2,3 en cas de maladie neurologique) ; 37 % ont déclaré au moins un signalement au cours des six mois précédant l'enquête sans qu'on sache s'ils se préoccupent des suites ;
- pour les professionnels ayant cité trois difficultés, sont évoqués le déni de ses difficultés par la personne âgée ; son isolement (l'isolement géographique est cité dans 20 % des réponses) et le refus des aides proposées (plus d'un instructeur sur deux déclare être très souvent ou souvent confrontés à des refus) ;
- l'insuffisance de l'offre des services de soins et d'aide est souvent évoquée (à 67 % très souvent/souvent) ce qui conduit à une intervention insuffisante des services ;
- l'insuffisance des ressources financières des bénéficiaires de l'APA est citée dans la moitié des réponses, score qui peut sembler élevé pour une enquête intervenant après les mesures de renforcement des aides financières (relèvement des plafonds et basculement vers le crédit d'impôt) ;
- la saturation des plafonds est parfois évoquée, ce qui intrigue compte tenu de ce que leur relèvement devrait avoir diminué le taux de saturation ;
- l'épuisement des aidants est cité dans le cas où l'allocataire souffre de troubles cognitifs (qui sont mentionnés dans 38 % des dossiers) ;
- l'insalubrité du logement n'est citée que très rarement.

B) LA MISE EN ŒUVRE ET LA REVISION DES PLANS D'AIDE APA

1) La sous-consommation des plans notifiés

On avait indiqué dans le rapport du Conseil de 2017 que cette sous-consommation était de l'ordre de 17 % et pourrait avoir diminuée avec une meilleure solvabilisation des allocataires avec la mise œuvre de la loi de 2015 et du crédit d'impôt.

2) Un besoin d'accompagnement de la personne dans la mise en œuvre du plan d'aide, la gestion de ses prestations et la coordination du parcours

Les plans personnalisés APA à domicile sont aujourd'hui souvent sommaires et se limitent généralement au nombre d'heures d'aide allouée et au montant d'APA compte tenu du mode d'intervention choisi. Il revient alors à la personne âgée ou son proche aidant de définir plus précisément le contenu du plan avec le service qu'elle sollicite ou le salarié qu'elle souhaite employer.

En mode prestataire, le service effectue une nouvelle évaluation de la situation de la personne à son domicile et établit, en fonction des besoins de la personne et des contraintes du service, un devis de prise en charge puis le document individuel de prise en charge (Dipec)⁴⁴. Le cahier des charges national des Saad précise que « *le gestionnaire garantit aux personnes accompagnées auprès desquelles il intervient l'exercice des droits et libertés individuels* ».

En emploi direct et en mode mandataire, la personne ou, le cas échéant, un proche aidant définit et négocie les modalités du plan d'aide directement avec la personne qu'elle veut recruter, celle-ci tenant compte elle-même de ses autres contraintes professionnelles et bien souvent aussi familiales. L'accompagnement dans la mise en œuvre du plan d'aide consiste aussi ici en une aide ou une assistance à l'emploi d'un salarié à domicile (ce qu'offrent le mode mandataire, certains lieux d'information et de coordination, ou encore le développement d'outils comme le Chèque emploi service universel [Cesu]).

Les personnes âgées étant souvent fragiles et parfois peu à même de maîtriser les procédures administratives et le recours au numérique (cf. encadré ci-dessous), on doit porter une attention particulière à les accompagner dans la gestion de leurs prestations.

À l'heure de la dématérialisation de nombreuses démarches administratives, la lutte contre l'illectronisme devient un enjeu majeur pour ce public et les autres publics vulnérables, afin qu'ils puissent avoir accès à l'information sur Internet, effectuer des démarches administratives et ouvrir ou renouveler leurs droits. Elle constitue également un enjeu en termes de lutte contre l'isolement social et relationnel qui touche déjà fortement les personnes âgées.

Encadré : Les personnes âgées de 75 ans et plus particulièrement touchées par l'illectronisme

« *Ne pas avoir accès à Internet ou ne pas savoir utiliser les outils numériques représente un réel handicap, notamment pour effectuer des démarches administratives ou encore accéder aux services publics, pouvant accroître la vulnérabilité sociale de populations potentiellement déjà fragiles* », nous explique une étude *Insee Première* d'octobre 2019⁴⁵.

Les personnes âgées de 75 ans ou plus sont les plus touchées par l'illectronisme, se définissant comme le fait de ne pas se servir d'Internet (incapacité ou impossibilité matérielle en raison par exemple d'un défaut d'équipement) ou de ne pas posséder les compétences numériques de base. 17 % de la population française serait touchée et davantage encore chez les personnes âgées :

- 53 % d'entre elles n'ont ainsi pas accès à Internet (34 % des personnes sans diplôme ou titulaires d'un certificat d'études primaires (CEP), 16 % des plus modestes ;
- 64 % ne se sont pas connectées au cours de l'année (41 % des personnes sans diplôme) ;
- 19 % se sont connectées quasi-quotidiennement en 2019, ce chiffre est progression depuis dix ans (5 % seulement en 2009) mais reste bien inférieur à l'ensemble de la population (71 %) ;
- la discrimination par l'âge joue plus sur les compétences que sur l'équipement numérique.

⁴⁴ Pour les SAAD, le DIPEC est synonyme de contrat de prestation (cf. 3° de l'article 1 du décret n° 2016-502 du 22 avril 2016 relatif au cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile et modifiant le code de l'action sociale et des familles et l'annexe 3-0 du décret notamment le lexique). Cela a une importante conséquence qui est que le bénéficiaire peut ne vouloir contracter que sur une partie du plan d'aide APA. La contractualisation implique que le SAAD n'a pas le pouvoir d'imposer une stricte application du plan d'aide APA.

⁴⁵ *Insee Première*, n° 1780, « Une personne sur six n'utilise pas Internet, plus d'un usager sur trois manque de compétences numériques de base », Stéphane Legleye, Annaïck Rolland (division Conditions de vie des ménages, Insee), octobre 2019.

Des travaux sont actuellement en cours à la CNAV et à la CNSA pour la mise en oeuvre de parcours d'accompagnement favorisant l'inclusion numérique des seniors :

- une étude quantitative et qualitative de la Cnav et de Whetechcare autour des leviers de motivation des seniors dans l'usage du numérique, des réseaux existants, des ressources et moyens à mobiliser pour construire une offre de parcours d'accompagnement des seniors en fonction de profils de fragilités par rapport au digital ;
- des travaux de la Cnav avec l'interrégime et la CNSA, sur l'élaboration d'un référentiel national sur les actions collectives de prévention en matière d'inclusion numérique, afin de favoriser le déploiement d'une offre homogène et de qualité sur tous les territoires et qui soit adaptée aux seniors.

Enfin, la question de la coordination du parcours de la personne et de l'ensemble des acteurs sociaux médicosociaux et sanitaires apparaît également essentielle.

Pour rendre effectifs ces droits et prestations, les dispositifs d'information, de coordination ou d'intégration ne manquent pas : on trouve ainsi les centres locaux d'information et de coordination (Clic) ou maisons de l'autonomie selon les départements, le dispositif Maia (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide), le programme Paerpa (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) plutôt centrés sur l'accompagnement et la coordination du parcours de la personne. On trouve également sur le champ plus sanitaire les plateformes territoriales d'appui (PTA) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), ces dernières étant amenées à se développer dans le cadre du plan de transformation du système de santé (cf. encadré ci-dessous et les détails en annexe 4).

Les dispositifs d'appui et de coordination pour les personnes âgées

Les points d'information locaux dénommés le plus souvent **centres locaux d'information et de coordination (Clic)** ou coordination gérontologique : ce sont des structures d'accueil de proximité ayant pour missions l'accueil, l'écoute, l'information, le conseil et le soutien aux personnes âgées et à leurs familles. Ils assurent ainsi l'information sur les démarches à accomplir et l'orientation de la personne âgée ou son aidant vers les services existants (portage de repas, Saad, établissements, etc.). Certains Clic peuvent également développer d'autres types d'accompagnement, tels que l'évaluation des besoins d'aide, l'élaboration et, le cas échéant, le suivi d'un plan d'accompagnement.

Se développent également sur certains territoires **des maisons des aînés et des aidants**, qui ont pour missions d'accueillir et de conseiller les personnes âgées de plus de 60 ans et leur entourage dans tous les domaines de la vie quotidienne (prestations, droits, aides à domicile, soutien aux aidants) ; de réaliser une évaluation à domicile par un professionnel (médecin gériatre et/ou assistante sociale, ergothérapeute, etc.) ; de proposer un plan d'aide et de soins et de le coordonner (aide à domicile, téléassistance, portage de repas) ; d'assurer un suivi intensif des situations complexes (gestion de cas) ; de mettre en place des actions de soutien pour les aidants (groupe de parole, suivi individuel) et des actions de prévention et de formation. Ces maisons sont amenées à se développer dans le cadre de la stratégie de mobilisation et soutien en faveur des aidants, qui prévoit la mise en place d'un numéro téléphonique national et d'une plateforme numérique « Je réponds aux aidants », doublée du déploiement d'un réseau de lieux d'accueil labellisés.

Le dispositif Maia ou méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche d'intégration des services d'aide et de soins.

Le programme Paerpa (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) optimise la coordination des professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) autour de la personne âgée de 75 ans et plus identifiée comme fragile ou en perte d'autonomie en lui proposant un plan personnalisé de santé.

Les **plates-formes d'appui (PTA)** apportent des fonctions d'appui à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes, quel que soit leur âge, leur pathologie ou handicap. Elles sont organisées en soutien des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux par les agences régionales de santé (ARS). Elles interviennent en subsidiarité des ressources d'appui à la coordination présentes sur le territoire (gestion de cas Maia, réseaux de santé, Clic, coordination territoriale d'appui [CTA] de Paerpa), les mettent en cohérence et les articulent.

Les **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** sont le fruit de l'initiative de professionnels exerçant en maison de santé ou organisés, le cas échéant, en équipes de soins primaires, auxquels viendront s'adjoindre, selon les projets des fondateurs de la communauté, des acteurs du premier et/ou du second recours, et/ou des acteurs médico-sociaux et sociaux. Elles visent ainsi à faciliter le maintien à domicile.

Il est aujourd'hui difficile d'appréhender les rôles et spécificités de chacun de ces dispositifs. Si le besoin de décloisonnement est identifié depuis longtemps, les dispositifs peuvent en effet parfois se chevaucher sur les territoires et se heurtent encore bien souvent aux logiques traditionnelles de fonctionnement isolé des secteurs sanitaire, médico-social et social, et de la séparation entre ville et hôpital. Ils sont devenus illisibles tant pour les personnes âgées et leurs familles que pour les services et les professionnels eux-mêmes.

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé met en place « *des dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours complexes* » (article 23). Elle prévoit sur les territoires d'ici trois ans une fusion de quatre des dispositifs existants (CTA de Paerpa, Maia, réseaux de santé et PTA) en un seul qui prendra le nom de dispositif d'appui à la coordination (DAC). Cette loi devrait faciliter l'identification des acteurs et la coordination des parcours.

En lien avec le médecin traitant, les futurs DAC auront vocation à assurer une réponse globale aux demandes d'appui de l'ensemble des professionnels des territoires (du soin, médicosociaux et sociaux) sur des situations complexes. Cet appui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations, ainsi que la planification des prises en charge. Les DAC contribueront également avec d'autres acteurs à la réponse donnée aux personnes âgées elles-mêmes et à leurs aidants. Sur décision du conseil départemental, les Clic pourront d'ailleurs rejoindre le DAC.

Les personnes âgées compte tenu des difficultés qu'elles rencontrent seront probablement le public majoritaire pris en charge par ces dispositifs.

Ce mouvement d'unification des dispositifs de coordination est porté par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et par le secrétariat général des ministères sociaux.

3) Les révisions des plans d'aide

On avait signalé dans le rapport 2017 du Conseil de l'âge que les révisions n'intervenaient souvent que de façon tardive.

Comme le signale la Drees dans son bilan sur la mise en œuvre de la loi de 2015, la situation s'est améliorée parce que l'accent avait été mis sur la révision rapide des plans plafonnés. La

plupart des plans saturés (dans les plafonds antérieurs à la loi ASV) ont été révisés, ce qui est cohérent avec le taux de plafonnement constaté avant ladite loi.

Mais on ne connaît actuellement :

- ni le montant de ces révisions ;
- ni le taux de plafonnement sur les nouveaux plafonds.

Mais les premières indications financières sur l'évolution des dépenses d'APA ne concluent qu'à une très légère augmentation des dépenses d'APA.

C) DES GARANTIES INSUFFISANTES EN TERMES DE QUALITE ET DE CONTINUTE DE L'INTERVENTION ET DU SERVICE A DOMICILE

1) Qualifications et formation

En emploi direct, il n'existe pas d'exigence de qualification. Toute personne est apte à se porter sur ce marché du travail et être salariée à domicile.

Par exception à ce principe, le conjoint/concubin/partenaire d'un allocataire de l'APA ne peut être son employé⁴⁶. Mais un membre de sa famille peut l'être. Il est regrettable qu'on ne dispose que d'indications très anciennes sur l'ampleur du salariat d'un proche (on l'estimait à 8 % des bénéficiaires de l'APA en 2003⁴⁷).

Les conventions collectives reconnaissent et valorisent les qualifications acquises. On ne sait pas de façon précise si les employeurs suivent ces conventions collectives.

Si certaines associations militent pour qu'on encadre les métiers concernés (pour développer la formation professionnelle, voire subordonner une embauche à une qualification minimale, au moins lorsque la vulnérabilité de l'employeur est avérée), leurs aspirations n'ont pas été retenues.

Droit à la formation professionnelle

Les salariés des particuliers employeurs bénéficient depuis avril 2018 dès la première heure travaillée de 58 heures de formation entièrement prises en charge dans le cadre du plan de développement des compétences (anciennement plan formation). Le salarié dispose aussi d'un compte personnel de formation (CPF).

Dans le cadre de ces 58 heures, le salarié peut se former sur son temps de travail et est rémunéré au taux horaire du particulier employeur porteur (particulier employeur qui accompagne administrativement le projet de formation du salarié).

La branche des salariés du particulier employeur propose des formations permettant d'accéder à trois titres professionnels pour les salariés du particulier employeur : assistant de vie (dépendance), employé familial, assistant maternel/garde d'enfants à domicile. Ce sont des titres de niveau V, inscrits au répertoire national des certifications professionnelles depuis 2009.

⁴⁶ Le salariat du conjoint est possible dans la PCH.

⁴⁷ Petite S., Weber A., 2006, Les effets de l'Allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées, Études et Résultats, n° 459.

En emploi prestataire, le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) est la référence en terme de qualification pour le poste d'auxiliaire de vie sociale auprès des personnes âgées. Il est délivré à l'issue d'une formation alliant enseignement théorique et stage pratique. Elle est ouverte aux personnes de 18 ans au moins, sans condition de diplôme.

La mention complémentaire aide à domicile est un diplôme de l'Éducation nationale équivalant au DEAVS et accessible en formation initiale et continue. Le titre assistant de vie est un diplôme également apprécié.

Ces trois diplômes sont accessibles par la validation des acquis de l'expérience (VAE). Ce dispositif est ouvert à toute personne pouvant prétendre à trois années d'activités dans l'aide à domicile sans condition d'âge, de statut et de niveau de formation ou de qualification. Il permet de transformer cette expérience professionnelle salariée, non salariée, bénévole ou volontaire en certification.

L'amélioration de la qualité passera, quel que soit le mode d'intervention, par une amélioration des conditions de travail des professionnels du secteur. Le rapport de Madame Myriam El Khomri sur les métiers du grand âge en établissement et à domicile⁴⁸ rendu fin octobre décrit une situation particulièrement préoccupante qui a des conséquences négatives sur l'image et l'attractivité de ces métiers et également sur les besoins en recrutement (difficulté à susciter des vocations) (cf. *infra* section II). Les propos sont très largement centrés sur les métiers d'aide-soignante et d'accompagnement éducatif et social (DAES) en mode d'intervention prestataire.

2) Continuité du service

Elle est normalement garantie dans le mode prestataire. On ne dispose d'aucune étude pour l'emploi direct. On s'interroge à la section III sur la plus-value apportée par l'intervention en mode mandataire en termes de recrutement, suivi ou continuité du service.

D) LE PRINCIPE DU LIBRE CHOIX DU MODE D'INTERVENTION ET SA DIFFICILE MISE EN ŒUVRE

L'article L.232-6 du CASF prévoit dans le cadre de l'APA que l'équipe médicosociale « *informe de l'ensemble des modalités d'intervention existantes et recommande celles qui lui paraissent les plus appropriées compte tenu du besoin d'aide et de la perte d'autonomie du bénéficiaire et des besoins des proches aidants* ». Ce même article précise en particulier que « *dans les cas de perte d'autonomie les plus importants déterminés par voie réglementaire, lorsque le plan d'aide prévoit l'intervention d'une tierce personne à domicile, l'allocation personnalisée d'autonomie est, sauf refus exprès du bénéficiaire, affectée à la rémunération d'un service prestataire d'aide à domicile* ». Bien qu'une orientation vers le mode d'intervention prestataire en cas de perte d'autonomie sévère soit clairement définie, le principe du libre choix du mode d'intervention par le bénéficiaire prévaut. L'article L.232-6 du CASF précise

⁴⁸ Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024 remis à la ministre Mme Agnès Buzyn le 29 octobre 2019.

en effet que « *l'information fournie sur les différentes modalités d'intervention est garante du libre choix du bénéficiaire et présente de manière exhaustive l'ensemble des dispositifs d'aide et de maintien à domicile dans le territoire concerné* ».

Le référentiel des bonnes pratiques élaboré en 2016 par le ministère des Affaires sociales et de la Santé pose à ce titre comme premiers principes la juste information et le libre choix du bénéficiaire de l'APA, en s'appuyant sur l'article 4 de la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionné à l'article L. 311-4 du CASF (cf. encadré). Il en ressort que le choix du salarié ou du service auquel la personne souhaite faire appel relève exclusivement du choix de cette dernière sauf disposition légale, mesure de protection judiciaire ou décision d'orientation.

Article 4 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie - Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

« Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge.

2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement. »

Ces dispositions légales s'appliquant aux équipes médicosociales des départements, celles-ci sont en principe tenues de présenter précisément les différents modes d'intervention. Le guide de bonne pratique identifie en particulier certaines pratiques contraires aux dispositions légales et portant atteintes au libre choix : orientation vers un service en particulier (sauf GIR 1 et 2), liste de services présentée à l'utilisateur ne comprenant pas l'ensemble des services autorisés intervenant sur la zone géographique concernée, incitation à recourir au mode d'intervention moins onéreux pour le département.

1) On oriente les personnes les plus vulnérables vers les services prestataires, sauf refus exprès de leur part

On l'a dit, au titre de l'APA et pour les degrés de vulnérabilité les plus élevés (GIR 1 et 2, soit 19 % des allocataires à domicile en 2018), la « norme » est le recours à un service prestataire et l'allocataire ne peut y déroger que par un refus exprès.

L'article R232-14 du CASF indiquait à l'origine que « *la participation du bénéficiaire de l'APA est majorée de 10 % lorsque ce dernier fait appel soit à un service prestataire d'aide-ménagère non agréé dans les conditions fixées à l'article L. 129-1 du code du travail ou non géré par un centre communal ou intercommunal d'action sociale, soit à une tierce personne qu'il emploie directement et qui ne justifie pas d'une expérience acquise ou d'un niveau de qualification définis par arrêté du ministre chargé des personnes âgées* »⁴⁹. Faute de texte d'application, ce principe n'a pas connu de mise en œuvre effective et cette pénalité a été abandonnée dans la loi ASV⁵⁰.

2) Les financeurs peuvent influencer sur le choix du mode d'intervention prestataire

Ce peut être le cas :

- à l'établissement du plan personnalisé d'autonomie où les équipes d'instruction renvoient souvent l'allocataire au mode prestataire pour définir le contenu du plan ;
- par la détermination des tarifs de référence par le conseil départemental. Comme on le verra plus loin, le tarif retenu en cas d'emploi direct est nettement inférieur aux coûts, ce qui peut dissuader les allocataires de choisir l'emploi direct et/ou le mode mandataire.

3) Deux contraintes peuvent limiter le mode prestataire

- l'incapacité du service à répondre de manière satisfaisante aux besoins de l'utilisateur : faire face aux surcoûts induits par certaines interventions (soir, week-end, interventions fragmentées) ou par le manque de personnels. Une récente étude menée par Opinion Way pour le compte de l'UNA auprès de son réseau de structures d'aide à domicile montrait qu'en 2018 près de 10 % des demandes d'aide à domicile de personnes âgées n'ont pu être honorées intégralement du fait d'un manque de personnel, de moyens financiers et de soutien des politiques publiques ;
- le niveau des plafonds des plans d'aide APA. Aux tarifs usuels, le nombre d'heures finançables est plus élevé en emploi direct qu'en mode prestataire. On peut donc être

⁴⁹ On peut s'interroger sur la manière dont était prévue la vérification du niveau de qualification des employés à domicile.

⁵⁰ Abrogation de l'article R232-14 par le Décret 2016-210 du 26 février 2016 (relatif à la revalorisation et à l'amélioration de l'APA et simplifiant l'attribution des cartes d'invalidité et de stationnement).

conduit à recourir « par nécessité » à l'emploi direct, soit panaché avec un prestataire⁵¹, soit de façon exclusive (cf. partie III sous section I emploi direct).

E) LA QUESTION DE L'OPPOSABILITE DES TARIFS DE FACTURATION

1) Définition

Le tarif de facturation⁵² est dit opposable lorsque le prestataire ne peut dépasser dans la facturation à l'usager un tarif réglementé par une autorité publique.

Le service est alors dit « tarifé » et ne peut pratiquer aucun dépassement. L'opposabilité tarifaire n'existe que pour les recours où une institution prend en charge tout ou partie de son coût selon un barème qu'elle a défini⁵³.

2) L'opposabilité des tarifs de facturation pour les bénéficiaires de l'APA

Concernant l'APA :

- il n'y a pas de tarif de facturation opposable dans les modes emploi direct et mandataire ;
- l'opposabilité du tarif de facturation concerne les services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) habilités à l'aide sociale qui sont tarifés dans le cadre de l'APA et de la PCH par le conseil départemental. Il n'y a normalement pas de dépassements dans le mode prestataire pour ces services ;
- les autres services prestataires, Saad non habilités à l'aide sociale (anciennement agréés), même s'ils interviennent (sur autorisation) auprès des bénéficiaires de l'APA et de la PCH, ne peuvent se voir opposer un tarif de facturation réglementaire. Leur facturation à l'usager est libre. La solvabilisation du recours se fait dans ce cas par un tarif de référence (ou tarif de remboursement). L'écart entre le tarif de remboursement et le tarif de facturation (libre) est à la charge de l'usager.

3) Incidence

L'opposabilité assure la « sécurité » des allocataires qui connaissent avec certitude leur taux de participation, celui-ci étant alors strictement égal à celui qui résulte des barèmes réglementaires. L'opposabilité garantit également l'égalité entre usagers au regard du taux de participation.

Lorsque la tarification dépend, comme dans le cadre de l'APA, des coûts de production des services, celle-ci est théoriquement variable d'un service à l'autre et ne garantit donc pas, malgré l'égalité des taux de participation, l'égalité des RAC effective entre usagers.

⁵¹ La pratique du panachage n'est pas étayée par des études précises. Certains conseils départementaux sont rétifs à cette pratique uniquement pour les difficultés de gestion que cela occasionne (valorisation des plans d'aide, calcul des restes à charge, difficulté de verser l'aide en cas de tiers payant).

⁵² Le terme de « tarif » est ici utilisé comme synonyme de prix.

⁵³ Etre un service « tarifé » est synonyme de service « financé » par des fonds publics (pour les SAAD, le département). Il convient donc de distinguer « tarif » au sens de prix facturé, de « tarification » au sens de financement public.

Quand le tarif de facturation est libre, il est très souvent supérieur au tarif de référence (ou tarif de remboursement). Comme le « dépassement » est, le plus souvent, indépendant du revenu de l'allocataire, il pèse de façon forfaitaire sur les ménages recourants, ce qui accroît le taux d'effort des plus modestes, y compris les allocataires exonérés de participation (leurs ressources sont inférieures à 813,39 €/mois, en 2020) qui, du fait de l'existence d'un dépassement devront supporter un reste à charge.

Certains services pratiquent des tarifs de facturation variables avec le taux de participation de l'utilisateur et donc son revenu. Cette pratique semble largement diffusée parmi les Saad non habilités à l'aide sociale, en particulier lorsque l'intervention concerne un usager caractérisé par un taux de participation nulle. Dans ce cas, le tarif de facturation se rapproche du tarif de remboursement.

La légalité d'une tarification en fonction du revenu est en débat.

4) Étendue de l'opposabilité dans l'APA

On estime que l'opposabilité couvre 56 % du volume d'heures reçues par les bénéficiaires de l'APA (80 % des heures en mode prestataire qui pèse 70 % du total).

En réalité, le taux est vraisemblablement inférieur :

- certains Saad habilités à l'aide sociale ne sont pas tarifés par les conseils départementaux, ce qui n'apparaît pas conforme aux dispositions du CASF. C'est le cas par exemple du département du Nord. Pour les Saad autorisés et habilités à l'aide sociale, le conseil départemental du Nord fixe un tarif de référence APA, identique pour tous et égal à 21 €/h. Il ne fixe en revanche pas de tarif de facturation aux Saad du département. Il autorise donc les Saad à proposer un tarif de facturation supérieur au tarif de référence APA. Il fixe néanmoins un plafond à ce « dépassement » : celui-ci ne peut pas dépasser 10 % du montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) par bénéficiaires et par mois, soit un maximum de 83,32 € par mois. Le plafond est donc forfaitaire, indépendant du revenu de l'allocataire, de son niveau de perte d'autonomie et du volume d'heures consommées ;
- certains départements autorisent les Saad habilités à l'aide sociale à pratiquer des facturations « connexes » (frais de dossiers par exemple) qui viennent générer un dépassement. De l'avis général, ces pratiques se diffuseraient mais resteraient encore faibles en montant. Comme elles n'ont pas fait l'objet de contentieux, on ignore si elles seraient jugées illégales.

À l'inverse, il est possible que certains services non tarifés facturent au barème de référence du département, en particulier aux usagers les plus modestes.

Dans tous les cas, la fréquence et le niveau des « dépassements » semblent varier fortement entre les départements.

On ne dispose pas de données agrégées sur les RAC résultant de ces « dépassements ». Mais à ce stade, on peut estimer que le surcroît de reste à charge résultant des limites au principe de l'opposabilité n'est pas massif. Au demeurant, la moitié de ces sommes sont « effacées » par le crédit d'impôt (sauf dans les situations minoritaires où ces plafonds sont saturés ou dans les

cas où les personnes ne sont pas en mesure de faire l'avance de crédit d'impôt, situation qui devrait disparaître à terme avec la réforme dite de « contemporanéité »).

On avait analysé dans le rapport du Conseil de l'âge de 2017 la situation qui résultait des deux réformes récemment intervenues (augmentation des plafonds, basculement de la réduction d'impôt vers le crédit d'impôt). Le Conseil avait conclu que les taux d'effort étaient adaptés et que le degré d'opposabilité restait élevé malgré les tendances à l'œuvre à son effritement.

F) TENSIONS ENTRE LE PRINCIPE D'EGALITE ET LA VARIATION DES PRATIQUES LOCALES

L'article L.232-1 du CASF prescrit que l'APA est définie de façon identique sur l'ensemble du territoire national.

De fait, comme la réglementation et les outils mis en œuvre pour définir le GIR et le contenu des plans n'ont pas de contenu précis et opposable d'une part, comme les départements ont une pleine liberté pour définir les tarifs de référence d'autre part, il existe de fortes disparités de pratique.

II) DES PREMIERES AMELIORATIONS A APPORTER

A) POUR L'ENSEMBLE DES PERSONNES AGEES VULNERABLES QUI RECOURENT A DES AIDES A LEUR DOMICILE

Nombre des recours des personnes âgées sont financés par une institution publique (les communes et les départements pour l'aide sociale et l'APA, les caisses de retraite pour leur action sociale notamment).

Propositions :

Dans tous ces cas, il convient que les services concernés procèdent à un bilan approfondi de la situation des recourants et les sensibilisent :

- sur les dispositifs dédiés à la prévention de la diminution de leurs capacités ;
- sur l'accès aux droits qui les concernent (voir *infra*).

Lorsque la personne âgée a recours spontanément à l'emploi direct, il est souhaitable qu'on améliore les moyens de l'informer sur ses droits (cf. section III).

B) POUR LES ALLOCATAIRES DE L'APA

1) L'accès aux droits et prestations

a) *L'accès aux prestations sociales et fiscales*

L'accès aux droits et aux prestations passe notamment par une bonne connaissance par les personnes âgées et leurs proches aidants, ainsi que par les différents acteurs amenés à les conseiller, des conditions d'éligibilité et de mise en œuvre de l'APA, qui devrait permettre une diminution du non-recours dont on ne mesure pas aujourd'hui l'étendue et du retard parfois pris dans les démarches.

On pense également à la bonne compréhension du reste à charge et du crédit d'impôt. Le basculement annoncé vers un système où le crédit d'impôt serait contemporain de la dépense va représenter un progrès considérable.

Propositions :

- **conduire une étude visant à évaluer l'étendue du non-recours à l'APA et ses déterminants et à identifier le profil des personnes susceptibles d'être accompagnées vers ce dispositif. On pourrait alors se donner un objectif de baisse de ce taux de non-recours ;**
- **afin de renforcer l'accès aux prestations sociales et fiscales des personnes âgées vulnérables, le Conseil recommande de les aider à comprendre les prestations qui les concernent et de les guider dans leurs démarches. Il souligne notamment les enjeux que constituent :**
 - le crédit d'impôt. L'enjeu est ici que les personnes mesurent son apport, qu'ils comprennent le niveau final de leur reste à charge et le calendrier de son bénéfice (tant qu'on n'aura pas généralisé les procédures rendant contemporaines la participation à l'APA et le crédit d'impôt) ;
 - l'accès à la couverture santé solidaire. Le Conseil a prévu d'analyser au premier

trimestre 2020 les approches facilitant le recours à cette couverture⁵⁴ ;

- la vérification que la personne âgée vulnérable bénéficie, si elle y est éligible, de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) et d'une aide au logement (dans ce dernier cas, on estime que le taux de bénéfice est élevé mais autant le vérifier).

b) L'accès aux aides à l'aménagement du logement

Le bilan d'entrée en APA devrait systématiquement comporter un volet sur les aides au logement, qu'il s'agisse d'équipements internes de sécurité et de commodité ou de travaux plus consistants.

Propositions :

Le Conseil recommande que :

- pour les aménagements du logement de sécurité ou de commodité, on les individualise dans les plans personnalisés, leur financement étant assuré par un « élément » autonome à l'instar de ce qui est fait pour la PCH (cette autonomie évite que ces dépenses soient en concurrence avec l'aide humaine) ;
- pour les travaux plus consistants d'aménagement du logement, les départements disposent de personnes qualifiées qui, saisies par les équipes d'instruction de l'APA, assurent le lien avec les institutions (notamment l'Anah) qui en ont la gestion.

2) L'amélioration du processus APA

a) Le renforcement des équipes d'instruction départementales

Propositions :

Le Conseil recommande que les équipes d'instruction s'approprient au plus vite le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants⁵⁵ et bénéficient d'un effort de formation plus soutenu.

Leur rôle ne doit pas se borner à fixer le GIR et déterminer le plafond d'heures en renvoyant aux services prestataires le soin de mettre en place le plan personnalisé. Il leur appartient :

- de traiter de façon explicite l'ensemble des volets du plan (notamment l'appui à apporter aux aidants, les actions à mener pour lutter contre l'isolement ou encore les aides à l'aménagement du logement). Le Conseil de l'âge a sur cette question déjà proposé d'étudier l'individualisation de certains éléments du plan, notamment les aides humaines et les aides techniques (comme c'est le cas pour la PCH), afin d'éviter une concurrence entre les dépenses du plan personnalisé⁵⁶ ;
- de faciliter l'accès aux droits comme indiqué *supra* en s'assurant de la bonne information et compréhension des aides existantes ;
- d'éclairer les allocataires sur le choix du mode de recours (prestataire, mandataire, emploi direct) et de les informer sur les différents services offerts au

⁵⁴ Cf. sur les travaux du Conseil de l'âge sur le site du HCFEA www.hcfea.fr.

⁵⁵ Le travail réalisé et déployé depuis 2017 en Interrégimes avec le déploiement d'un référentiel national unique interrégimes d'évaluation multidimensionnelle des besoins des personnes en GIR 5 et 6 par les structures évaluatrices des caisses de retraite (SIREVA) intégrant la grille Fragire apparaît en avance sur ce point.

⁵⁶ Certains membres n'y sont pas favorables.

niveau local, ce afin de leur permettre un libre choix du service ou du professionnel qui interviendra à leur domicile.

Il est probable que dans nombre de départements, assumer l'ensemble de ces fonctions passera par un renforcement des équipes d'instruction.

Cet investissement doit être prioritaire pour les conseils départementaux.

b) Les enjeux autour de la détermination du GIR

Le choix du GIR définit :

- le plafond envisageable du plan personnalisé ;
- le plafond du crédit d'impôt puisqu'il est majoré automatiquement pour les GIR 1 et 2 (et accessible à une large majorité d'allocataires du GIR 3).

Autre enjeu, à plan donné, la participation financière de l'allocataire diminue légèrement avec le GIR.

Dans la situation née de la loi de 2015 qui a conduit à une augmentation substantielle des plafonds des plans d'aide, le nombre de plans « saturés » (ceux qui butent sur le plafond) a nettement diminué. De ce fait, la détermination du GIR n'a d'incidence réelle que pour une minorité de plans personnalisés.

Mais comme les orientations analysées infra sur le contenu des plans et le coût des services devraient se traduire par une augmentation sensible du montant du plan personnalisé, le niveau des plafonds deviendra à nouveau un enjeu important.

Propositions :

Le Conseil considère qu'il convient de se préparer à une redéfinition du contenu des plans d'aide et à une revalorisation du coût des services :

- en procédant à une analyse critique de la définition du GIR et du niveau des plafonds (exprimés en nombre d'heures) qui leur sont associés ;
- en fixant dans la future loi sur l'autonomie des personnes âgées un rendez-vous quatre ans après son adoption pour actualiser les plafonds. D'ici ce rendez-vous, les plafonds devraient être indexés (par exemple sur le Smic) pour éviter que les plans les plus denses butent sur eux ;
- la même indexation devrait être retenue pour le plafond du crédit d'impôt majoré pour les GIR 1 et 2 (et accessible à une large majorité d'allocataires du GIR 3).

c) Le renforcement du suivi des plans d'aide APA

Le Conseil rappelle l'importance d'assurer la révision régulière des plans personnalisés.

Un suivi cohérent du plan personnalisé suppose également qu'une personne ou une institution soit désignée pour l'assurer. Le « *care manager* » facilite l'organisation de la prise en charge et le suivi du parcours de la personne. Tant la personne âgée, ses proches aidants que les professionnels intervenant bénéficient de cette aide. Cette fonction de « *care manager* » apparaît tout à fait essentielle à l'accompagnement et au maintien de la personne âgée à son domicile⁵⁷.

Trois schémas sont envisageables :

- le suivi par un professionnel désigné, gérant un « portefeuille » d'allocataires comme c'est le cas dans les pays du nord, au Japon ou en France avec les « gestionnaires de cas » des Maia (intervention pour les situations complexes et pour une durée limitée). Ce professionnel doit aider l'allocataire ou ses proches pour assurer la continuité des services, prévoir les dispositions adéquates pour les retours d'hospitalisation, et les assister dans leurs démarches ;
- la délégation de certaines de ces tâches au service prestataire ;
- le suivi « à distance » par l'un des nombreux services mis en place pour l'information des personnes sur leurs droits.

Ces deux dernières configurations se pratiquent déjà dans le cadre de l'élaboration et du suivi du plan d'aide APA par des professionnels des Clic ou du programme Paerpa et souvent aussi par des professionnels d'un service à domicile (Ssiad, Saad, Spasad). Dans ce dernier cas, il apparaît important de pouvoir valoriser ce travail des services et de mieux former les professionnels à cette fonction de suivi.

Propositions :

- **assurer une révision régulière des plans ;**
- **assurer un suivi cohérent de ceux-ci par un professionnel ou une institution désigné(e) : promouvoir le métier de « *care manager* » ou de « gestionnaire de cas », que celui-ci soit rattaché à un dispositif d'appui à la coordination ou à un/plusieurs services à domicile et prévoir des financements dédiés pour ce type de poste (dans la deuxième hypothèse, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec un Saad ou de CPOM territoriaux incluant plusieurs Saad, Ssiad ou Spasad) ;**
- **élaborer un référentiel national sur les situations qui nécessitent l'intervention et l'aide d'un gestionnaire de cas (critères d'éligibilité), les conditions d'exercice du métier de gestionnaire de cas (nombre de suivi raisonnable en file active, modalités de suivi des personnes, formation requise des gestionnaires, qualité des outils d'évaluation et de suivi mis à disposition, etc.).**

⁵⁷ Le rapport El Khomri préconise d'innover dans la coordination territoriale des acteurs par la promotion d'un nouveau métier, le « *care manager* » qu'il convient de mieux définir et de valoriser (mesure 51 du Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge). Voir sur ce point également, les développements du rapport récent de la Caisse des dépôts, « Maintien à domicile : vers des plateformes numériques de services » sur « la coordination des interventions à domicile et le modèle de référent unique, *Care Manager* ».

SOUS-SECTION II UN MODELE RENOUVELE DE SERVICES A DOMICILE

Le Conseil dans son rapport de novembre 2018 sur le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030 avait jugé que la réforme en profondeur du secteur de l'aide à domicile et la rénovation du modèle de ses services constituaient un des principaux enjeux de la politique en faveur des personnes vulnérables.

Le rapport issu de la concertation Grand âge et autonomie remis à Mme Agnès Buzyn en mars 2019 appelle également à une transformation de l'offre pour les personnes âgées notamment à domicile et à un changement profond du modèle d'accompagnement.

Le domicile étant le lieu où les personnes âgées souhaitent rester le plus longtemps possible, il apparaît nécessaire de réorganiser l'offre à partir de ce souhait.

L'objectif apparaît ainsi de faire des acteurs et intervenants des services à domicile des maillons essentiels et reconnus du dispositif de soutien à l'autonomie.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile sont ainsi par essence des acteurs de prévention et de santé car ils permettent aux personnes de répondre à leur choix de vivre à domicile, de prévenir l'isolement et de limiter la perte d'autonomie.

Pour répondre aux nouvelles exigences des personnes âgées, les « services à domicile nouvelle génération » doivent pouvoir intervenir dans tous les domiciles des personnes, qu'il s'agisse de leur domicile conjugal, familial ou d'un habitat regroupé ou partagé.

Enfin est posée dans cette partie la question de la forme que doit prendre ce modèle de services à domicile renouvelé et notamment la question du développement des Spasad et des autres formes de coordination ou d'intégration possibles (domicile renforcé, plateforme du domicile, etc.).

Les développements ci-dessous concernent au premier chef les services d'aide à domicile prestataires dont on attend une véritable évolution mais c'est l'ensemble de l'offre à domicile (y compris les intervenants à domicile en mode direct ou mandataire) qui devra peu à peu changer et proposer des prestations plus diversifiées et complètes.

I) DES SERVICES A DOMICILE AUX MISSIONS ETENDUES

Les acteurs du secteur à domicile s'accordent sur le fait que les interventions à domicile sont mises en œuvre de façon trop restrictive et restent trop centrées sur l'entretien du logement et l'aide aux actes et gestes de la vie quotidienne de la personne (aide au repas et à la toilette principalement).

À ces missions socle, essentielles pour l'autonomie des personnes, proposées par les services à domicile, doivent s'ajouter de nouvelles missions s'inscrivant dans une logique de parcours et de prise en charge globale des besoins de la personne, de respect de sa dignité et de sa citoyenneté.

Les services et intervenants à domicile doivent ainsi enrichir leur palette d'intervention et proposer aux personnes âgées une offre plus diversifiée :

- repérage, prévention des fragilités et de la perte d'autonomie et alerte en cas de changements de la situation (rôle de vigie) ;
- prévention en santé (ex : conseil en nutrition) ;
- aide au retour chez soi après une hospitalisation ;
- coordination et accompagnement des parcours de vie et de santé des personnes ;
- aménagement du domicile (services d'ergothérapie et d'adaptation des logements) et aide à l'appropriation des aides techniques et nouvelles technologies ;
- maintien du lien social, repérage, prévention et lutte contre l'isolement par un renforcement du présentiel auprès des personnes et par le développement d'activités plus récréatives (accès à la culture, aux loisirs - animation, sorties, activités physiques, etc.), des aides à la mobilité (accompagnement des personnes dans leurs déplacements), voire du soutien psychologique. La lutte contre l'isolement social passera également par un accompagnement plus soutenu à la vie sociale et citoyenne (favoriser la participation sociale tant en individuel qu'en collectif) et notamment par l'appropriation des outils numériques ;
- soutien aux aidants : information, aide à la coordination des interventions et du parcours de la personne aidée d'une part⁵⁸, répit d'autre part ;
- portage de repas.

Le déploiement de ces nouvelles missions doit pouvoir s'appuyer sur les caractéristiques intrinsèques des services à domicile, et particulièrement la présence des professionnels dans l'intimité et le quotidien de personnes vulnérables.

Il reste néanmoins conditionné :

- à une meilleure expression par les personnes elles-mêmes de leurs besoins : les personnes âgées tout comme les aidants sous-estiment bien souvent leurs besoins voire parfois les dévalorisent et, dans de nombreuses situations, sous-consomment le plan d'aide ;
- à l'élaboration et au financement de plans d'aide APA plus ambitieux : ces besoins sont pour la plupart très largement sous-évalués dans le plan d'aide, voire pour certains non pris en compte compte tenu des plafonds d'aide en vigueur ;
- à une professionnalisation et une diversification des intervenants à domicile (psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, psychologue) au sein des services à domicile au modèle renouvelé ou au sein de plateformes du domicile à créer.

Propositions :

- **changer le regard sur le grand âge⁵⁹ pour autoriser les personnes âgées et leurs aidants à exprimer plus largement leurs besoins ;**
- **favoriser les modes d'expression des personnes âgées notamment lors de l'évaluation des besoins dans le cadre de l'APA. À cette fin, s'assurer de la diffusion et de l'utilisation dans l'ensemble des départements du référentiel**

⁵⁸ Les Saad et autres services pourront désormais orienter les aidants vers les lieux d'accueil labellisés « je réponds aux aidants » et « je réponds aux aidés » mis en place dans le cadre de la stratégie de soutien et de mobilisation auprès des aidants annoncée en octobre dernier.

⁵⁹ Sur cette question du changement de regard, madame Audrey Dufeu-Schubert, députée de Loire-Atlantique, vient de rendre un rapport à monsieur Édouard Philippe, Premier ministre : « Réussir la transition démographique et lutter contre l'âgisme ».



d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants, du guide d'utilisation du référentiel et du formulaire d'évaluation élaborés par la CNSA (ou d'un document équivalent), ce dernier permettant de recueillir la parole et les besoins des personnes âgées et de leurs aidants ;

- **élaborer des plans d'aide APA plus ambitieux prenant en compte l'ensemble des besoins de la personne, y compris des besoins de lien social et de confort (cf. *supra* les autres propositions d'amélioration du processus APA et de renforcement des équipes d'instruction départementales) ;**
- **vérifier que les nouvelles missions que l'on souhaite assigner aux services à domicile sont compatibles avec le cadre légal et réglementaire existant, au besoin l'adapter ;**
- **favoriser le recrutement ou les vacances de professionnels au profil plus diversifié (psychomotricien, animateur, diététicien, ergothérapeute, psychologue, « *care manager* ») au sein des Saad et prévoir dans le cadre des CPOM signés avec les Saad un modèle de tarification qui prenne en compte le coût de ce type d'interventions (cf. propositions *infra* section II). Dans le cadre de la création de plateformes du domicile sur les territoires (cf. ci-dessous VI), intégrer dans les services proposés de nouveaux professionnels qui interviendront en appui de plusieurs Saad sur des missions étendues.**

Le rapport de la mission El Khomri propose en ce sens de favoriser la possibilité pour les employeurs de proposer des postes sur des doubles compétences et « *d'expérimenter le financement de temps partiels de postes d'auxiliaires de vie sur des missions de médiation numérique, culturelle et sociale, complémentaires aux soins* » (mesure 48 du plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024).

II) DES ACTEURS MAJEURS DU LIEN SOCIAL ET DE LA LUTTE CONTRE L'ISOLEMENT

L'isolement social touche particulièrement les personnes âgées.

Extrait du rapport des Petites frères des pauvres, « Solitude et isolement des personnes âgées en France, quels liens avec les territoires ? », 30 septembre 2019

Le dernier rapport des Petits Frères des Pauvres révèle ainsi qu'en France, 4,6 millions de Français de 60 ans et plus ressentent de la solitude et 3,2 millions de personnes âgées sont en risque d'isolement relationnel, c'est-à-dire qu'elles peuvent passer des journées entières sans parler à personne. Cette solitude et cet isolement touchent plus particulièrement les femmes, les personnes de plus de 85 ans et les personnes aux revenus modestes.

L'isolement social touche tous les milieux de vie, qu'ils soient urbains ou ruraux, avec une exacerbation de la problématique dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (32 %) et dans les petites agglomérations de 2 000 à 20 000 habitants.

Les causes de l'isolement varient en fonction de l'environnement : en zone urbaine, l'isolement est aggravé par des solidarités et des relations de voisinage amoindries avec 50 % des Français de plus de 60 ans des grosses agglomérations qui n'ont pas de contact régulier avec leurs voisins. En zone rurale, les solidarités sont plus fortes mais c'est le manque de services du quotidien et de transports qui renforce l'isolement.

En tant qu'acteurs de proximité menant des actions quotidiennes au plus près des personnes, les intervenants à domicile semblent idéalement placés pour participer au repérage, à la prévention et à la lutte contre l'isolement.

La faiblesse des plans d'aide et le fractionnement croissant des interventions laissent néanmoins aujourd'hui peu de temps à l'écoute, à l'échange et à la convivialité et ne permettent ainsi pas toujours aux intervenants de jouer leur rôle d'alerte et de maintien du lien social. Les interventions sont bien souvent minutées, ce qui nuit à la qualité de l'accompagnement de la personne âgée qui peut souffrir de solitude et aux conditions de travail des professionnels chez lesquels cela peut générer frustration, perte de sens et impuissance.

L'isolement social est pourtant considéré comme un risque important de perte d'autonomie⁶⁰. Le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie de 2015 qui visait à donner un cadre de références aux plans soutenus par les Conférences de financeurs positionne le lien social comme l'un des trois déterminants majeurs de santé qui contribuent à préserver l'autonomie : « *un exercice physique régulier, une alimentation adaptée et un lien social structuré contribuent à préserver l'autonomie* ». Les efforts de prévention sur la réduction de l'isolement social ont un objectif d'augmentation du bien-être, de réduction de la mortalité et de la perte d'autonomie.

Le Conseil de l'âge est particulièrement sensible à cette question de l'isolement social et préconise que dans le cadre des plans d'aide soit pris en compte ce besoin de lien social des personnes âgées et que les services et intervenants à domicile proposent des temps de présence (ou « présentiel ») auprès des personnes âgées, indépendants ou concomitants des temps dédiés aux actes techniques. Ces moments doivent être l'occasion de passer du temps avec la personne âgée, de l'écouter et d'échanger avec elle ou son aidant ou encore de faire une activité ensemble (jeux, activités cognitives, etc.).

Les services à domicile doivent ainsi pouvoir développer une offre de services plus récréative mais également des aides à la mobilité pour permettre l'accès à la culture, à des loisirs (sorties, activités physiques, etc.). On pourrait aussi envisager un soutien psychologique pour des personnes en souffrance sociale ou psychique et ayant un besoin d'écoute important.

Les services à domicile pourraient également proposer des aides à l'équipement, l'appropriation et l'utilisation des outils numériques et nouvelles technologies. On l'a vu dans la sous-section I, la lutte contre « l'illectronisme » devient en effet un enjeu majeur pour ce public en termes d'accès aux droits et de lutte contre l'isolement social et relationnel.

Propositions :

- **organiser le plan personnalisé pour consolider la vie sociale des personnes âgées et prévoir des heures d'intervention à domicile dédiées au présentiel, à des loisirs (ou à l'accompagnement aux loisirs), à du soutien psychologique pour les personnes en grande souffrance ou encore à de l'aide à l'appropriation des outils numériques ;**

⁶⁰ Dans un avis du 16 mai 2019, le Conseil de l'âge a rappelé toute l'importance qu'il accordait à la prévention et à la lutte contre l'isolement, comme axe majeur d'une politique du bien vieillir et de prévention de la perte d'autonomie et formulait un certain nombre de recommandations.

- **prévoir dans la réglementation que pour certaines prestations, le temps d'intervention ne peut être fractionné et inférieur à une heure.**

Dans son avis du 16 mai 2019 sur la démarche Monalisa et la politique de maintien du lien social et de lutte contre l'isolement social, le Conseil de l'âge avait rappelé l'importance de l'engagement bénévole dans le cadre d'initiatives citoyennes, innovantes et locales menées en complémentarité de l'action des services à domicile. Un lien plus systématique pourrait être fait sur les territoires entre les services à domicile d'une part, et les équipes citoyennes engagées dans la démarche Monalisa et les autres acteurs locaux œuvrant pour le maintien du lien social d'autre part.

Le bénévolat peut aussi être intégré au sein des structures d'aide à domicile, sur le modèle des adhérents à l'ADMR⁶¹. Dans cette dernière configuration, les bénévoles peuvent alors, soit décharger les professionnels d'un certain nombre de tâches administratives et financières et leur permettre ainsi de passer plus de temps avec les personnes accompagnées, soit assurer eux-mêmes ce lien social par leur action auprès des personnes dans le cadre de l'accueil, de l'information des personnes, d'instruction ou de suivi de leurs dossiers ou de visites menées à domicile.

Dans son avis du 16 mai, le Conseil préconisait que soit renforcée la communication grand public autour de l'isolement social notamment dans le cadre de la campagne nationale de sensibilisation aux problématiques du grand âge (proposition 1 du rapport issu de la concertation Grand âge et autonomie) et des portails existants en cours de réagencement (<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/> et www.pourbienvieillir.fr), afin de sensibiliser toutes les parties prenantes (personnes âgées, familles, voisinage) et de mobiliser les personnes susceptibles de s'engager dans du bénévolat (jeunes, salariés, chômeurs, retraités). Cette mobilisation pourra également s'appuyer sur le service national universel (SNU) et le service civique.

Propositions :

- **favoriser le bénévolat et la mobilisation de tous les engagements citoyens (jeunes, salariés, chômeurs, retraités) venant en appui des interventions des professionnels à domicile (campagne de sensibilisation sur l'isolement, mobilisation du Service civique et du SNU, etc.) ;**
- **renforcer les liens entre les services à domicile d'une part, et les autres acteurs locaux œuvrant pour le maintien du lien social d'autre part ;**
- **prévoir des formations des bénévoles à l'accompagnement des personnes âgées et des financements dédiés dans le cadre des CPOM signés avec les départements.**

⁶¹ Premier réseau français associatif au service des personnes, le réseau ADMR comprend 2 700 associations locales implantées dans toute la France qui emploient 94 375 personnes. 96 000 bénévoles œuvrent à leur côté. Fortement engagés, ceux-ci participent à la détection des besoins et au fonctionnement des services. Le bénévolat est un élément fondamental du mouvement ADMR. « *La force du réseau repose sur cette complémentarité salariés – bénévoles, qui permet de conjuguer écoute auprès des clients, qualité de service et développement local.* »

III) DES ACTEURS MAJEURS DE PREVENTION ET DE SANTE

A) DES « VIGIES » DU DISPOSITIF DE SOUTIEN A L'AUTONOMIE ET DU SYSTEME DE SANTE

Par leur présence régulière, les intervenants à domicile doivent participer plus globalement au repérage des personnes fragiles dont dépend l'efficacité des actions de prévention de la perte d'autonomie. Le concept de syndrome de fragilité est de plus en plus étudié⁶². Il remplace celui d'âge chronologique parce qu'il est plus individualisé.

La personne fragile n'ayant pas atteint le stade de la perte d'autonomie sévère est à un stade de limitations fonctionnelles encore réversible et peut de ce fait bénéficier d'interventions précoces et innovantes visant à préserver la fonction physique de la personne âgée.

Le repérage, dont le champ a été défini par la HAS⁶³, donne l'opportunité d'infléchir le processus de perte d'autonomie. L'enjeu est de sensibiliser les professionnels de santé et du secteur social et médicosocial⁶⁴ et de les former à l'importance de ce diagnostic.

Les intervenants à domicile ont un rôle important à jouer, ils sont au plus près de la situation et peuvent identifier les changements relatifs à l'humeur, à l'alimentation, au sommeil, à la mobilité, à l'hygiène corporelle ou encore à l'entretien du logement de la personne. Certains acteurs du domicile utilisent déjà à cette fin des grilles interactives de suivi de la situation et de l'évolution de la perte d'autonomie de la personne. L'utilisation d'outils numériques permettant le partage d'informations entre les professionnels et parfois également avec les proches aidants facilitera leur travail de vigie⁶⁵.

Encadré : exemple d'outil de suivi interactif des situations des personnes âgées par les professionnels intervenant au domicile

L'ADMR du Gard utilise par exemple une application « vigilance » que les aides à domicile volontaires peuvent installer sur leur téléphone portable sur la base du volontariat et avec l'accord de la personne âgée et de sa famille pour identifier les fragilités des personnes en GIR 5-6 (financement du dispositif par la Carsat). En cas d'identification de difficultés ou de changements laissant penser à une détérioration de la situation, l'aide à domicile lance l'alerte sur l'application. Au bout de plusieurs alertes sur une période resserrée, les cadres du service peuvent être amenés à mobiliser la famille ou des aides extérieures pour soutenir au mieux la personne âgée.

⁶² Voir notamment Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, septembre 2015, Jean-Pierre Aquino.

⁶³ La HAS a défini le champ du repérage : « *en considérant le ratio entre la prévalence de la fragilité et les bénéfices potentiels des interventions, on peut proposer comme champ du repérage les personnes âgées de plus de 70 ans, indemnes de maladie grave, sans dépendance avérée, et à l'initiative d'un soignant soupçonnant une fragilité* ». Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?, HAS, juin 2013.

⁶⁴ Il semble qu'il y ait aussi un enjeu sur la sensibilisation des patients et des familles sur l'importance du dépistage de la fragilité.

⁶⁵ Le développement et déploiement de la nouvelle génération des plans d'aide de la Cnav avec le « carnet de liaison » constituera un outil permettant de faciliter et fluidifier les échanges entre les intervenants auprès des personnes âgées : évaluateurs, Carsat, SAAD (cf supra aides humaines à domicile de la CNAV).

Les professionnels du domicile peuvent alerter les proches aidants, la personne âgée elle-même, les équipes médicosociales du département, proposer des orientations et faire évoluer l'accompagnement et les services apportés à cette personne. Cela nécessite une bonne connaissance des partenaires locaux sanitaires, médicosociaux et sociaux (cf. IV) ci-dessous)

Propositions :

- **sensibiliser et former les professionnels du domicile au repérage de la fragilité. Ceci pourrait être abordé dans le cadre de la formation d'assistant de soins en gérontologie dont le rapport de la mission El Khomri de novembre 2019 sur les métiers du grand âge a proposé d'ouvrir l'accès à tous les professionnels qui assistent quotidiennement les personnes en perte d'autonomie, notamment les accompagnants à domicile ;**
- **développer les outils interactifs de suivi de l'évolution de la situation et de la perte d'autonomie de la personne et de partage d'informations entre les professionnels.**

B) DES ACTEURS PARTICIPANT AU VIRAGE AMBULATOIRE

Par l'action qu'ils mènent en lien avec les Ssiad, les Saad participent également au défi organisationnel du « virage ambulatoire » posé par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, réaffirmé dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 et, plus récemment encore, dans la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Avec l'appui indispensable des services de soins et parfois d'HAD, les services d'aide et d'accompagnement à domicile doivent pouvoir déployer des solutions souples qui permettent :

1. d'éviter des hospitalisations non nécessaires en organisant l'aide et la prise en charge en soins au domicile des personnes ;
2. d'anticiper et d'organiser le retour à domicile après une hospitalisation en assurant une présence dès l'arrivée de la personne chez elle et en coordonnant l'aide mais aussi les soins s'ils sont nécessaires, tant ponctuellement que de façon continue.

Les Saad, par leur action complémentaire aux services de soins, peuvent ainsi dans de nombreux cas permettre à l'assurance maladie d'économiser des jours d'hospitalisation (notamment le week-end) et éviter aux personnes âgées de fréquenter l'hôpital pour de mauvaises raisons.

Cela suppose de renforcer la coordination entre services et intervenants à domicile et les acteurs du soin.

Extrait du rapport « Objectif grand âge : éviter l'hôpital », Matières grises, juin 2019

Ce rapport rappelle que « *la personne âgée n'est pas à l'hôpital un patient comme les autres* » : un taux d'hospitalisation deux fois plus élevé que la moyenne, une durée moyenne de séjour plus longue qui double entre 60 et 80 ans, une proportion plus importante d'entrée par les urgences. Le patient âgé cumule des difficultés et des fragilités. « *L'hospitalisation d'un sujet âgé fragile ou en perte d'autonomie peut affecter considérablement et irréversiblement dans de nombreux cas, son état émotionnel et précipiter son déclin fonctionnel et cognitif. Au-delà de ses conséquences, les enjeux financiers sont aussi non négligeables pour la personne âgée* » et pour les finances publiques. Il propose de « *redorer le blason des Ehpad, des résidences seniors et des services à domicile en les érigeant, en amont en rempart des hospitalisations inutiles et en aval, en lieu naturel de sortie d'hospitalisation* ».

Une illustration du rôle que les Saad peuvent jouer en tant qu'acteurs participant au virage ambulatoire

L'UNA porte un projet intitulé « Équipes prêtes à partir », un dispositif innovant d'accompagnement à la sortie d'hospitalisation et au retour à domicile, retenu dans le cadre des expérimentations article 51 « Innovations organisationnelles en santé » prévues par la loi de financement de la sécurité sociale de 2018.

Les études montrent que le taux de ré-hospitalisation dans les 72 heures est très élevé chez les personnes de plus de 80 ans, en raison du risque de dépendance iatrogène à l'hôpital pour les personnes âgées. Faute de places ou en raison de difficultés organisationnelles (manque de personnel) ou de financement (les personnes ne sont pas encore bénéficiaires de l'APA par exemple), les services de soins infirmiers ou d'aide et d'accompagnement à domicile (Ssiad et Saad) ne sont pas toujours en capacité d'intervenir immédiatement.

Le dispositif vise à déployer des équipes composées d'auxiliaires de vie, d'infirmiers, d'aides-soignants, d'ergothérapeute, de psychologue, de travailleur social, dès la sortie de l'hôpital, qui peuvent intervenir sept jours sur sept de 7 h à 21 h et 365 jours par an. Concrètement, le service pourra être appelé par le centre hospitalier le jour ou la veille d'une sortie afin de déléguer une auxiliaire de vie ou un infirmier dès l'arrivée de la personne à son domicile. Selon la situation, ils seront chargés d'organiser son transport, de lui délivrer les premiers soins ou de vérifier que le logement est chauffé, propre, que le frigidaire n'est pas vide. La pluridisciplinarité de l'équipe permet, dans les jours suivants ce retour, d'identifier tout de suite les besoins et d'organiser le relais vers le « droit commun ». Cette prise en charge pourra durer 5, 15 ou 30 jours en fonction de la complexité de la situation.

La finalité de ces « Équipes prêtes à partir » est ainsi de limiter le prolongement d'une hospitalisation pour motif « social » tout en sécurisant le retour à domicile avec les accompagnements nécessaires aux vues des besoins des personnes.

L'expérimentation se mettra en œuvre dans 4 régions (Nouvelle-Aquitaine, Pays de La Loire, Centre Val de Loire et Bourgogne Franche-Comté) après publication du cahier des charges au 1^{er} semestre 2020.

Certains membres du Conseil ont néanmoins tenu à rappeler les points de vigilance et les dérives possibles du virage ambulatoire :

1. le virage ambulatoire ne doit pas être fait au détriment de la qualité et du suivi des soins et doit respecter les pratiques définies par la Haute autorité de santé (HAS) ;
2. il ne doit pas peser de façon excessive sur les aidants dont le rôle n'est pas d'endosser les responsabilités d'un professionnel ;
3. il doit veiller à ne pas introduire de nouvelles inégalités de santé et de traitement des patients, résultant de leurs conditions de logement ou de leur environnement social.

IV) DES SERVICES A DOMICILE, ACTEURS DU PARCOURS DE SANTE ET DE VIE DES PERSONNES AGEES, ET INTEGRES DANS LES DISPOSITIFS DE COORDINATION ET D'INTEGRATION TERRITORIAUX

Pour mener à bien ces nouvelles missions de prévention et de santé, les services et intervenants à domicile doivent être ouverts vers l'extérieur, travailler en partenariat et en coordination avec l'ensemble des acteurs du territoire et être intégrés aux dispositifs territoriaux existants.

Le domicile est par définition un lieu où se mêlent et se succèdent à côté des proches aidants, différents intervenants spécialisés, relevant du soin, du médicosocial et du social. L'identification des Saad dans l'offre existante à domicile au niveau territorial et leur articulation avec l'ensemble des acteurs du secteur sanitaire (médecine de ville, HAD, centres hospitaliers, équipes mobiles de gériatrie), social (conseils départementaux, CCAS, associations visant l'inclusion et la participation sociale, etc.) et médicosocial (Ssiad, Ehpad, Clic notamment) apparaissent absolument essentiels pour assurer un accompagnement global et coordonné de la personne.

La sous-section I *infra* et l'annexe 4 ont présenté les nombreux dispositifs existants d'information, de coordination et d'intégration. Elle évoque également le mouvement initié par la loi du 24 juillet 2019 de transformation du système de santé, de fusion de quatre d'entre eux (CTA de Paerpa, Maia, réseaux de santé et PTA) en un seul, qui prendra le nom de dispositif d'appui à la coordination (DAC).

Les services à domicile sont des partenaires potentiels de l'ensemble des dispositifs de coordination et d'intégration et des futurs DAC. Ils représentent une partie de l'offre disponible et interviennent en complémentarité des professionnels de soins.

Il semblera ainsi particulièrement important que sur les territoires, les futurs DAC identifient et se fassent connaître des professionnels et services à domicile et que soient renforcés les partenariats locaux entre ces acteurs, afin de permettre une bonne orientation et un bon accompagnement des personnes.

Propositions :

- **mener à son terme le mouvement d'unification des dispositifs d'appui à la coordination prévu par la loi du 24 juillet 2019 de transformation du système de santé, ce qui devrait permettre une simplification de l'offre et une meilleure lisibilité, information et coordination des parcours sur les territoires ;**
- **prévoir une association et intégration systématique des professionnels et services à domicile, Saad mais également Ssiad, à ces dispositifs d'appui à la coordination (meilleure identification et connaissance des acteurs sur les territoires, formalisation de partenariats, etc.).**

V) DES SERVICES A DOMICILE PARTENAIRES DES ACTEURS INSTITUTIONNELS

Les liens entre les Saad et le département doivent également évoluer : davantage qu'un prestataire de service, les Saad doivent devenir de réels partenaires des conseils départementaux et notamment des équipes médicosociales du département qui élaborent les plans d'aide APA. Les Saad devraient pouvoir alerter de façon plus systématique le département d'un changement de situation affectant la personne ou son proche aidant et entraînant une dégradation de son autonomie. Si cela se pratique de façon plus ou moins formalisée et fréquente selon les départements et les services, les circuits de remontées d'informations et d'alerte doivent être pensés et mis en place (sous forme de fiche navette, d'outils numériques de partage d'informations, etc.), afin de pouvoir faire évoluer le plan d'aide de la personne lorsque cela est nécessaire et éviter ainsi des ruptures dans son parcours.

Il apparaîtrait utile que les Saad puissent également être associés de façon plus systématique à l'évaluation multidimensionnelle de la situation de la personne lors du renouvellement du plan, afin d'être au plus près des besoins de la personne.

Le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation prévoit déjà les interpellations et les liens possibles entre professionnels/services et équipes médicosociales. Pourraient peut-être davantage formalisées les remontées d'informations des services dans le cadre de la révision du plan. Le Conseil de l'âge insiste ici encore sur la nécessité de diffuser plus largement l'utilisation du référentiel d'évaluation dans les départements et de renforcer les équipes départementales (cf. propositions sous-section I).

Afin d'être reconnus comme un acteur à part entière du dispositif de soutien à l'autonomie et de santé, les services à domicile doivent être représentés et intégrés aux réflexions menées au niveau territorial, dans le cadre des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale pilotés par les conseils départementaux et dans le cadre des projets régionaux de santé, instrument de pilotage régional des politiques de santé des ARS.

Ils doivent également continuer à être associés pleinement aux réflexions et projets de la conférence des financeurs de prévention de la perte d'autonomie dans le cadre notamment des axes suivants du programme coordonné de financement prévu par la loi ASV :

- coordination et appui des actions de prévention mises en œuvre par les Saad et les Spasad ;
- soutien aux proches aidants ;
- amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles.

Enfin, ils doivent porter la voix des professionnels et personnes âgées au sein des conseils départementaux de citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)⁶⁶.

⁶⁶ Le décret du 7 septembre 2016 relatif au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie prévoit la présence au sein du troisième collège du conseil des représentants des organisations représentant les employeurs, les professionnels et les gestionnaires d'établissements et de services pour les personnes âgées.

Les Saad pourront ainsi prendre leur place et être pleinement partie prenantes des réflexions sur la rénovation de l'offre à domicile et la transformation des modalités d'accompagnement des personnes.

Propositions : Faire des Saad des véritables partenaires des conseils départementaux et des acteurs de la rénovation de l'offre à domicile :

- **renforcer les liens entre les équipes médicosociales et les services et professionnels du domicile et organiser les circuits de remontée d'informations et d'alerte sur les situations individuelles ;**
- **lors du renouvellement du plan d'aide, associer plus systématiquement les professionnels intervenant au domicile de la personne à l'évaluation de sa situation ;**
- **associer les Saad aux réflexions menées par les acteurs institutionnels sur les besoins locaux des personnes âgées et la rénovation de l'offre médicosociale et sanitaire, dans le cadre notamment des schémas départementaux et des projets régionaux de santé ;**
- **faire des Saad des partenaires actifs des conférences des financeurs, des co-construc-teurs d'actions de prévention concertées et structurées et de la politique publique locale.**

VI) DES SERVICES A DOMICILE SOUS QUELLES FORMES ?

De nombreux acteurs du secteur de l'aide à domicile, mais également du soin, appellent depuis quelques années déjà à une plus grande intégration des services d'aide et de soins. En effet, ceux-ci reposent aujourd'hui sur des logiques, des modes de financement et de gouvernance, et des conventions collectives différents ce qui peut nuire à la qualité de l'accompagnement.

Plusieurs modèles et niveaux d'intégration sont possibles.

Plébiscités par de nombreux acteurs, les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) créés dès 2004 font l'objet d'une nouvelle expérimentation initiée par la loi ASV de 2015. S'ils ont suscité beaucoup d'espoir et permis des avancées intéressantes, ils génèrent aussi en leur forme actuelle des déceptions.

De ce fait, certains acteurs encouragent désormais au développement d'autres formes d'intégration ou de coordination renforcée, peut-être plus souples et plus diversifiées.

A) LES SPASAD, UN MODELE DE SERVICE INTERESSANT QUI NECESSITE UNE PLUS GRANDE INTEGRATION

Créés par le décret du 25 juin 2004 et codifiés à l'article D. 312-7 du CASF, les Spasad apportent à la fois un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et des soins aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux personnes atteintes de pathologies chroniques à domicile. Ils assurent les missions d'un Ssiad et celles d'un Saad. Par le rapprochement de ces deux types de structures, les Spasad favorisent la coordination des interventions tant autour de la personne accompagnée, qu'auprès des différents acteurs du secteur.

1) Le lancement d'une expérimentation de Spasad intégrés

En 2015, le constat avait été fait d'un faible développement de ces structures (on en comptait alors une petite centaine en France) et d'une inégale répartition sur le territoire.

La loi ASV (article 49) a prévu le lancement d'une nouvelle expérimentation de modèles intégrés de Spasad⁶⁷. L'expérimentation prévoit une évolution des modalités d'organisation, de fonctionnement et de financement des Spasad, en accord avec le président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS. L'objectif est de tester un fonctionnement intégré qui assure une plus grande mutualisation des organisations et des outils et, au-delà, qui améliore la qualité de l'accompagnement global de la personne et favorise la mise en œuvre d'actions de prévention.

Cette nouvelle forme de Spasad doit permettre aux personnes accompagnées de bénéficier :

- d'un accès simplifié aux informations, par la mise en place d'un guichet unique et d'un interlocuteur unique ;
- d'une prise en charge globale de leurs besoins donnant lieu à l'élaboration d'un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins, et coordonnée au sein du service et auprès des partenaires extérieurs par un infirmier coordonnateur ;
- d'actions de prévention.

Pour promouvoir la création des Spasad, une souplesse dans les critères de constitution a été introduite : pouvaient participer un Spasad « classique » ou un/plusieurs Ssiad avec un/plusieurs Saad. Ils pouvaient se réunir, soit sous la forme d'un Spasad autorisé, soit sous celle d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), soit enfin par le biais d'une convention de partenariat entre services (ce qui laissait la faculté aux services de se rapprocher, de tester une nouvelle organisation sans s'engager immédiatement dans la durée). Cette dernière option a été choisie par une majorité de Spasad expérimentateurs. Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) devait être signé entre les responsables du Spasad, le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental pour déclencher l'entrée de la nouvelle structure dans l'expérimentation.

La CNSA a apporté une contribution de 11,5 M€ pour aider à la constitution et à l'accompagnement de ces nouveaux Spasad. Ces financements ont notamment servi à l'organisation de la coordination des services d'aide et de soins, à la mutualisation des fonctions supports, à la dotation d'outils communs et à la formation des personnels.

L'expérimentation était prévue pour une durée de 2 ans et sa fin était programmée à l'été 2019.

2) Evaluation de l'expérimentation

La DGCS a rendu en juin 2019 un « rapport d'étape sur l'évaluation des expérimentations menées sur les Spasad intégrés ». Elle y proposait le prolongement de l'expérimentation, ce qui est désormais acquis jusqu'au 31 décembre 2021 depuis la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

⁶⁷ Arrêté du 30 décembre 2015 fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

Grâce au dispositif de collecte et de remontées d'informations provenant des ARS et des structures participantes, la DGCS a pu dans son rapport d'étape faire un premier bilan de cette expérimentation (cf. annexe 5 principaux éléments) et formuler d'ores et déjà des recommandations.

Si ces éléments de bilan apparaissent encourageants, des freins et fragilités identifiés de longue date⁶⁸ demeurent malgré les nouveautés apportées par ce modèle de Spasad intégré :

- l'absence de cadre administratif et réglementaire unique : existence d'un double financement, tarification et gouvernance avec d'un côté l'ARS pour les soins, de l'autre le conseil départemental pour les prestations d'aide ;
- en lien avec ce premier frein, l'absence de fongibilité des budgets des Saad et des Ssiad qui complique la gestion des structures (des arbitrages sont par exemple nécessaires sur la clé de répartition des charges de structure et de fonctionnement) et met à mal une organisation plus intégrée et efficiente du service rendu (notamment le transfert de tâches entre professionnels).

Pour les acteurs et fédérations du secteur du domicile, ces deux éléments constituent des freins majeurs au développement des Spasad et contribuent au maintien des frontières entre l'aide et le soin.

Certains conseils départementaux ne veulent pas avoir à financer des actions qui relèvent du soin et des budgets de l'État ou de l'Assurance maladie ; certaines ARS ne veulent pas à avoir à supporter les déséquilibres financiers des Saad. Globalement, comme l'explique le rapport de la DGCS, « *le sous-financement dont souffrent les Saad depuis quelques années pénalise le développement et la bonne marche du Spasad* ».

Les acteurs du secteur évoquent d'autres freins :

- les différences de culture et de pratiques entre les professionnels du soin et de l'aide ;
- les difficultés de coordination entre les missions de soins infirmiers, d'aide et d'accompagnement à domicile (notamment des temps d'échanges entre les auxiliaires de vie et les aides-soignantes difficiles à organiser), dont le coût n'est pas suffisamment pris en compte par les autorités de tarification (notamment par les conseils départementaux pour les Saad). Certains acteurs s'interrogent sur la pertinence du pilotage par l'infirmière coordinatrice, dans la mesure où la plupart des personnes suivies sont connues des professionnels de l'aide à domicile qui ont donc une meilleure visibilité des situations ;
- la difficulté technique à mettre en place des systèmes d'informations interopérables, pourtant indispensables à une gestion optimisée et intégrée du service et à la circulation des informations entre les structures parties prenantes du Spasad.

⁶⁸ Cf. notamment le rapport de la Cour des comptes « Le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie - Enquête demandée par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale », juillet 2014

3) La nécessité d'aller plus loin dans l'intégration et la reconnaissance des Spasad

Le rapport d'étape sur l'évaluation des expérimentations menées sur les Spasad intégrés de la DGCS tout comme une partie des acteurs du secteur préconisent une poursuite de l'expérimentation, afin notamment de ne pas stopper l'élan de l'ensemble des acteurs engagés dans cette démarche (services mais également fédérations) et la dynamique en cours.

Les acteurs pro-Spasad continuent de penser que celui-ci constitue le modèle de services à domicile de demain, qu'il faut aller jusqu'au bout de l'intégration, étendre encore les missions des Spasad nouvelle génération et généraliser ce modèle à l'ensemble des services d'accompagnement à domicile des personnes fragilisées.

Le modèle actuel nécessite néanmoins des aménagements importants à court et moyen terme si l'on veut qu'il se développe à plus grande échelle et fonctionne de façon efficiente.

Cela suppose un renforcement du pilotage et de l'accompagnement des structures, l'attribution de nouveaux moyens dédiés (notamment aux fonctions de coordination), des évolutions en termes de financements, de gestion et de gouvernance.

Le Conseil de l'âge met l'accent sur deux recommandations formulées par la DGCS dans son rapport et sur lesquelles certains de ses membres ont insisté :

- la nécessité de réfléchir au cadre juridique de cette nouvelle forme d'organisation et de fonctionnement des services : maintien d'une souplesse dans la constitution des Spasad intégrés avec reconnaissance juridique de ces différents modèles (Spasad constitué par voie de convention, Spasad constitué par voie de GCSMS et Spasad autorisé) ou création d'un statut unique de Spasad faisant partie de la catégorie des établissements et services médicosociaux (ESMS) avec demande d'autorisation unique ?
- la nécessité d'aller à terme vers un financement et un budget unique (*a minima* dans un premier temps d'assurer une fongibilité des financements ARS et conseil départemental), ce qui suppose de réfléchir à une nouvelle gouvernance unifiée de ces structures.

Proposition : poursuivre le déploiement de ce modèle de Spasad intégré et construire un cadre juridique et financier pérenne et adapté aux enjeux du rapprochement des secteurs de l'aide et de soins. Aller à terme vers un financement et une gouvernance unifiés de ce modèle de services.

B) AUTRES MODALITES ET FORMES D'INTEGRATION SUR LES TERRITOIRES ET PLATEFORMES DE SERVICES A DOMICILE

Si l'expérimentation de Spasad intégré en cours n'a pas permis de lever certains freins, elle a pu aussi décevoir les attentes et espoirs de certains acteurs du secteur. Les réserves exprimées sont fortes :

- le nombre de structures entrées dans l'expérimentation leur apparaît encore trop faible ;
- la mise en route a été longue et parfois compliquée pour les structures : la signature du CPOM apparaît lourde ;
- le nouveau dispositif manque de souffle, d'innovations par rapport au modèle de Spasad classique, voire de portage ;

- les missions des Spasad intégrés sont encore trop restrictives et n'intègrent pas d'autres besoins que l'on peut avoir à domicile (répit, accueil de jour, etc.) ;
- globalement, l'intégration des structures reste insuffisante et génère en l'état trop de contraintes.

Tout ceci a ainsi conduit une partie des acteurs à revenir et privilégier d'autres formes de coordination, de partenariat et d'intégration plus souples et ouvertes, entre services et acteurs d'un territoire.

Pour eux, le Spasad ne doit pas constituer la seule voie possible. Certains parlent de « dispositif renforcé à domicile » ou de « domicile renforcé »⁶⁹ ou plus globalement de « plateforme du domicile » à créer sur les territoires, dans lesquels les services (Saad, Ssiad mais également Spasad ou Ehpad hors les murs) mais également les professionnels locaux (orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien, psychologue) pourraient proposer leurs compétences et leurs prestations. Il n'y aurait ainsi pas de nouveaux services à créer. Ces plateformes de services s'appuieraient sur les compétences existantes localement et les proposeraient au plus grand nombre qui pourrait ainsi bénéficier d'une palette de professionnels et de services élargie.

Le rapport issu de la concertation Grand âge et autonomie de mars 2019 a proposé la création d'un nouveau statut pour des établissements territoriaux pour personnes âgées qui recevraient une autorisation et un financement global pour délivrer une palette de services et constituer ainsi des centres de ressources du grand âge (proposition 46).

Si ces propositions apparaissent séduisantes, la faisabilité juridique et technique de mise en place de ces plateformes du domicile et les besoins et modalités de financement de celles-ci doivent faire l'objet d'une expertise plus approfondie.

Propositions :

- **maintenir d'autres modes de coordination et d'intégration possibles entre services d'aide et de soins que le modèle des Spasad, laissant ainsi aux acteurs locaux le soin de définir les modalités d'intervention conjointe qui leur paraissent les plus appropriées ;**
- **étudier la faisabilité juridique et technique de mise en place de plateformes du domicile et les besoins et modalités de financement de celles-ci.**

⁶⁹ Certains font l'objet d'expérimentation dans le cadre de l'article 51 de la loi Hôpital patients, santé et territoires du 21 juillet 2009 qui permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels de terrain (inscrits à l'art. L. 4011-1 du Code de la santé publique), de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisation des modes d'intervention auprès des patients.

VII) DES ACTEURS QUI DOIVENT POUVOIR INTERVENIR DANS TOUS LES « DOMICILES » DES PERSONNES AGEES

Si le domicile ordinaire ou classique, au sens « privé » et « d'origine », reste majoritaire pour les personnes âgées vivant à domicile, des domiciles dits regroupés ou partagés se développent depuis quelques années.

Figurent ainsi parmi ces habitats, les résidences autonomie (anciennement appelés « logements-foyers »), les résidences-services seniors (RSS) et les habitats inclusifs, participatifs et intergénérationnels.

Les personnes âgées vivant dans ces habitats peuvent selon le type d'habitat être encore autonomes ou pré-fragiles ou avoir un besoin de soutien à l'autonomie. Elles peuvent être amenées à y vieillir et peuvent avoir besoin de recourir à des services à domicile pour elles-mêmes (aide à la vie quotidienne, prise de repas, aide à la mobilité, aux déplacements et aux démarches, etc.) ou pour la vie de la collectivité (aide ménagère, préparation des repas, convivialité, participation et citoyenneté, etc.).

A) UNE CROISSANCE A PREVOIR ET A SOUTENIR DES MODES D'HABITATS PARTAGES/ REGROUPES

Le rapport du Conseil de l'âge de novembre 2018 sur « le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030 » avait abondamment décrit ces nouvelles formes d'habitat et l'engouement croissant des acteurs locaux et des personnes âgées pour ces domiciles alternatifs, qui apparaissent comme une réponse pertinente au défi de l'adaptation de notre société au vieillissement.

Ces habitats proposent en effet des logements adaptés dans un environnement sécurisé facilitant le maintien du lien social et une offre de services plus ou moins riche selon les formes d'habitat et la demande des personnes. Ils bénéficient d'un intérêt croissant des personnes âgées d'aujourd'hui, en ce qu'ils leur permettent de rester « chez elles », si possible en proximité géographique de leur ancien domicile. Ils véhiculent par ailleurs une représentation plus positive de la vieillesse. Ils incarnent en effet des valeurs morales jugées plus conformes au « bien vieillir », au « vieillir dans la dignité » et s'appuient sur des principes fédérateurs comme le libre choix, la citoyenneté, l'intégration, l'autonomie et la solidarité.

**« Quels lieux de vie et de prise en charge de la perte d'autonomie pour demain ? » :
Enquête du cercle Vulnérabilités & Société réalisée en août 2019
(en partenariat avec Adef Résidences, AG2R La Mondiale, Korian
et la Fondation Partage et Vie)**

Il ressort de cette enquête menée majoritairement auprès de proches aidants accompagnant un parent résidant en Ehpad, que les attentes en termes de lieux de vie et de prise en charge pour demain portent principalement sur des formes organisées plutôt que totalement autonomes. Moins de 30 % des personnes interrogées privilégierait un vieillissement en perte d'autonomie au domicile historique. Pour une personne sur trois, l'Ehpad constitue la solution la plus adaptée, près d'une personne sur cinq est séduite par un logement en habitat partagé ou regroupé.

Ces habitats constituent enfin une offre innovante et complémentaire pour faire face, d'une part, aux limites de l'établissement médicalisé actuel, qui accueille des personnes de plus en plus dépendantes et fait figure de repoussoir et, d'autre part, aux limites du domicile ordinaire.

Les limites du domicile ordinaire, bien connues, sont rappelées dans le rapport de la « Concertation grand âge et autonomie » (« *risque d'isolement, intensification de la sollicitation des proches aidants, inadaptation du logement aux limitations de la mobilité, difficulté de coordination des intervenants* ») qui encourageait au développement de nouvelles formes d'habitats. « *Le respect de la liberté de choix de la personne suppose d'offrir des alternatives au domicile et à l'Ehpad. Pour cela, un accent fort doit être mis sur le développement d'habitats groupés (résidences autonomie, résidences services, habitat inclusif et intergénérationnel) pouvant proposer des services collectifs (restauration, loisirs, blanchisserie, etc.) et organiser une mixité sociale ou intergénérationnelle* ».

Le déploiement de cette offre constitue ainsi au niveau des territoires un instrument d'innovation pour répondre aux besoins des personnes âgées et un levier pour faire évoluer l'offre sociale et médicosociale actuelle.

Les conditions semblent aujourd'hui réunies pour que la croissance forte du parc de l'habitat alternatif se poursuive dans les prochaines années. Certains acteurs appellent même à une restructuration du parc actuel d'Ehpad et à la transformation d'une partie importante des places existantes en habitats regroupés⁷⁰ qui pourront s'appuyer sur une offre de services à domicile renouvelée (dont il est question dans cette partie). De plus en plus de personnes âgées pourraient ainsi être amenées à vivre dans ce type d'habitat.

Ce mouvement doit être encouragé et soutenu par les pouvoirs publics⁷¹, compte tenu des avantages identifiés aussi bien pour les personnes âgées que pour les professionnels et services qui interviennent dans ces habitats. Ceux-ci constituent sans doute un modèle d'avenir qui permettra de donner plus d'ambitions et de réalités à la politique de soutien à domicile.

Le Premier ministre a d'ailleurs confié en novembre 2019 à messieurs Denis Piveteau et Jacques Wolfrom « *une mission relative à la mise en œuvre d'une stratégie nationale pour le déploiement à grande échelle de l'habitat inclusif* ». Les propositions doivent être transmises au premier semestre 2020 et permettre de développer de façon dynamique et plus structurée qu'aujourd'hui, les habitats inclusifs pour les personnes âgées ou en situation de handicap, en assurant la soutenabilité financière de cet essor.

⁷⁰ L'AD-PA considère que sur les 650 000 places existantes en Ehpad, 400 000 d'entre elles pourraient être transformées en domiciles regroupés relevant du code de l'habitat.

⁷¹ Le rapport précité du conseil de l'âge sur le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030 de novembre 2018 formulait à cet effet un certain nombre de recommandations : connaître et reconnaître ces formes d'habitats, lever les obstacles juridiques et administratifs au développement et à la pérennisation de l'offre, sécuriser le modèle économique, favoriser l'accessibilité financière et géographique, promouvoir la qualité et la bien-être au sein de ces habitats et penser la question gériatrique.

B) L'INTERVENTION DES SERVICES A DOMICILE DANS LES HABITATS PARTAGES/REGROUPES

Pour que ces nouvelles formes d'habitat remplissent pleinement leur rôle et répondent aux attentes des personnes âgées, il faut que toutes les aides et services proposés au domicile classique puissent être apportés dans ces domiciles regroupés ou partagés.

D'une part, on y voit un gain potentiel pour les personnes âgées elles-mêmes, puisqu'elles pourraient avoir accès à une offre de services plus importante et/ou plus diversifiée, du fait de la mise en commun possible des aides et interventions avec les autres personnes vivant au sein de l'habitat ou de la meilleure localisation géographique de l'habitat⁷². D'autre part, on peut penser que l'intervention d'un service pour plusieurs personnes au sein d'un habitat partagé peut également faciliter l'organisation du service lui-même (mutualisation de certaines tâches, limitation des temps et coûts de transport), favoriser le bien-être au travail des professionnels (moins d'isolement, logements adaptés au vieillissement qui limitent la pénibilité du travail, gain de temps sur place permettant des temps plus qualitatifs avec les habitants, animations collectives, etc.) et accroître ainsi la qualité de l'accompagnement proposé à la personne âgée.

1) Faciliter l'intervention des services à domicile au sein de ces domiciles, quelle que soit leur forme

Les habitats partagés/regroupés étant considérés comme du domicile, n'importe quel Saad peut *a priori* y intervenir. Par ailleurs certains de ces habitats disposent d'un Saad en leur sein. Ce serait le cas d'un nombre important de résidences services, selon les acteurs du secteur.

La création d'un Saad au sein d'une RSS serait facilitée en pratique depuis que la DGCS a confirmé qu'en vertu de l'article L.7232-4 du code du travail modifié par la loi ASV, les RSS de 2^e génération peuvent créer un Saad hors procédure d'appel à projets, dès lors qu'elles respectent le cahier des charges national des Saad⁷³.

En ce qui concerne les résidences autonomie et les habitats inclusifs, nous n'avons pas réellement de visibilité sur les pratiques de création et/ou d'intervention de Saad au sein de ces habitats.

Proposition : réaliser un état des lieux des besoins de services à domicile au sein des habitats dits regroupés ou partagés, des pratiques existantes en matière de création et/ou d'intervention de Saad au sein de ces habitats, des éventuelles difficultés rencontrées et des freins à lever pour développer le soutien à domicile dans ces domiciles.

2) Faut-il solvabiliser de façon identique les personnes âgées quel(les) que soi(en)t leur domicile ou les parties de celui-ci ?

L'article 8.2 de la circulaire sur les services à la personne (SAP) du 11 avril 2019 prévoit que « dans les copropriétés, les résidences services ou les résidences autonomie, les parties collectives ne sont pas assimilables au domicile des résidents, et, à ce titre, les travaux réalisés dans

⁷² Ces habitats sont souvent implantés, en cœur de ville ou de bourg et en proximité des services et commodités.

⁷³ Le Saad de la RSS ne peut intervenir auprès de personnes extérieures à la résidence.

les parties communes d'une copropriété (nettoyage, travaux d'entretien, gardiennage, entretien d'espaces verts...) ne constituent pas des services à la personne et ne peuvent ouvrir droit aux avantages fiscaux et sociaux de ce secteur. En effet, il ne s'agit pas de tâches ménagères ou familiales réalisées au domicile de particuliers (article L.7231-1 du code du travail), mais de travaux de nettoyage ou d'entretien à caractère collectif, réalisés hors de leur domicile privé ».

Une question parlementaire⁷⁴ a été posée en juin 2019 pour savoir si au sein des nouvelles formes de domicile partagé que sont par exemple les habitats inclusifs, les habitants peuvent ou non bénéficier des aides fiscales et notamment du crédit d'impôt de 50 % ouvert aux contribuables pour l'emploi d'un salarié à domicile.

En application de la définition stricte du « domicile » retenu dans la circulaire, le ministère de l'Économie et des Finances a répondu que « *quelle que soit l'organisation des logements collectifs, qu'il s'agisse de résidence services, de résidence autonomie ou de domicile partagé, il convient de distinguer les parties privatives des parties communes* » et « *qu'un colocataire ne peut bénéficier du crédit d'impôt service à la personne, et les entreprises intervenantes, des avantages fiscaux et sociaux liés à la déclaration, que pour les seules activités délivrées dans les parties privatives du domicile* ».

Cette définition du domicile apparaît dommageable : en retirant l'avantage fiscal aux personnes vivant dans ces habitats pour les prestations délivrées par des sociétés extérieures de services à la personne dans les parties communes mais permettant l'organisation de la vie quotidienne (préparation des repas, gestion du linge et des courses, ménage notamment) ou l'aide à la vie sociale, elle limite les capacités financières des personnes âgées vivant dans ces habitats, les prestations qu'elles peuvent s'offrir et donc la qualité de la prise en charge dont elles peuvent bénéficier ainsi que l'intérêt de ce type d'habitat.

Le périmètre restrictif du crédit d'impôt ainsi défini freine les possibilités de mise en commun de l'APA, notamment en ce qui concerne la mise en œuvre d'actions collectives.

Proposition : étudier dans quels termes on pourrait ouvrir le crédit d'impôt aux prestations de services à la personne offertes dans les parties communes et permettant l'organisation de la vie quotidienne des personnes âgées, quitte à prévoir l'exclusion spécifique de certaines prestations à domicile qui relèvent des charges locatives et/ou qui ne seraient pas des tâches ménagères ou familiales (ex : bricolage, réparation, travaux sur le bâti, etc.).

3) Faciliter la mise en commun de l'APA au sein des habitats inclusifs, voire des autres habitats partagés

a) Les textes législatifs ou réglementaires relatifs à l'APA n'interdisent pas la mise en commun de tout ou partie de l'APA pour le financement d'une prestation partagée.

Sur le modèle de celle existante pour la mise en commun de la prestation de compensation du handicap (PCH), une fiche pratique à l'attention des départements mais également des per-

⁷⁴ Rép. Cigolotti n° 10697, JO du 8 août 2019, Sén. quest. p. 4228.

sonnes âgées et de leurs aidants a été rédigée par la DGCS et mise en annexe 7 de l'instruction sur l'habitat inclusif. Elle précise le cadre légal et les modalités de mise en commun de l'APA au sein de ces habitats.

« La mise en commun de l'APA consiste à additionner tout ou partie des moyens financiers reçus par chacun des habitants pour financer des aides bénéficiant à l'ensemble et identifiées dans leur plan d'aide personnalisée ». Par la mutualisation de certaines prestations, elle peut permettre d'en diminuer le coût unitaire, d'alléger les montants des plans d'aide APA exécutés et/ou de solvabiliser un plus grand nombre de prestations.

« Elle peut potentiellement concerner diverses prestations (aide humaine, portage de repas, transports, acquisition d'aides techniques, aménagements du logement). S'agissant de l'aide humaine, la mise en commun de l'APA peut par exemple se traduire par la co-utilisation de certaines heures d'aide prescrites dans le plan d'aide APA pour l'accomplissement d'actes essentiels de la vie ou pour une surveillance régulière. Elle permet à l'ensemble des personnes concernées de bénéficier d'un temps de service plus important que celui dont ils auraient pu bénéficier isolément ».

D'un point de vue pratique, certains points appellent une vigilance particulière :

- la mise en commun de l'APA, qui peut être totale ou partielle, doit nécessairement résulter de la demande de la personne âgée ou *a minima* reposer sur son accord (recueil nécessaire d'un accord formel après information claire et précise de la personne sur les incidences de la mise en commun). Dans les mêmes conditions, la personne âgée doit pouvoir y mettre fin. Il convient de définir les conséquences éventuelles de son désistement pour les autres personnes engagées dans la mise en commun de l'APA et, plus globalement, pour le modèle économique de la structure ;
- la mise en commun ne remet pas en cause le principe d'individualisation de la prestation APA. Elle doit se faire au service du plan d'aide personnalisé et du projet de vie de la personne, et permettre par exemple de faciliter l'accès à une prestation ou d'augmenter l'amplitude horaire d'intervention humaine ;
- la demande de mise en commun de l'APA, du fait de la mutualisation des coûts qu'elle peut engendrer, ne doit pas avoir d'impact sur le montant du plan d'aide notifié par l'équipe médicosociale du département qui doit faire une évaluation individuelle des besoins de la personne⁷⁵ ;
- les modalités du contrôle d'effectivité des dépenses de la personne âgée par le conseil départemental devront être précisées (par exemple, distinction par le service ou le professionnel des interventions individualisées et des interventions collectives) ;
- dans les cas où les personnes âgées font appel à un salarié en emploi à domicile (emploi direct ou mandataire), les questions de partage de responsabilité juridique et financière entre les différents employeurs doivent être soigneusement analysées.

Nous n'avons pas aujourd'hui de visibilité sur les départements qui pratiqueraient la mise en commun de l'APA. Elle serait encore limitée à certains départements, interpellés bien souvent par les concepteurs d'un projet d'habitat inclusif ou par ses habitants dans le cadre de leur demande d'APA. Sa mise en œuvre passée a pu parfois se révéler compliquée (le caractère

⁷⁵ On observe déjà aujourd'hui que le nombre d'heures des plans d'aide est souvent insuffisant pour permettre une mutualisation efficiente.

individuel de la prestation a pu conduire certains départements à considérer que la mise en commun n'était pas possible). De telles situations ne devraient plus aujourd'hui se reproduire.

b) Le forfait d'habitat inclusif prévu à l'article L. 281-2 du CASF et dont les modalités de financement ont été précisées par un décret du 24 juin 2019 permettra de financer dans les habitats éligibles des fonctions d'animation et de coordination des interventions notamment, ce qui devrait pouvoir faciliter l'organisation et la gestion de la mise en commun de l'APA.

Dans les résidences autonomie et résidences services, pourrait également se poser la question de l'intérêt d'une mise en commun de l'APA. Une telle pratique ne semble pas encore s'être développée dans ces habitats⁷⁶.

Il serait aujourd'hui nécessaire d'avoir une remontée d'informations des territoires sur les départements qui pratiquent la mise en commun de l'APA, le nombre de demandes reçues et de bénéficiaires de l'APA concernées, les réponses apportées par les départements, le type de prestations et d'habitats concernés, les éventuelles difficultés rencontrées.

L'objectif serait ensuite de pouvoir accompagner au mieux les départements pour faciliter la mise en commun de l'APA dans ces domiciles regroupés ou partagés.

Exemples d'habitats partagés où la mise en commun de l'APA apparaît facilitatrice

Depuis 2008, le réseau « Âges&Vie », développe des domiciles partagés et meublés pour 8 personnes âgées en perte d'autonomie (GIR 2-3-4) d'environ 300 m², offrant une prestation de services apportée par un Saad dédié. Le profil des intervenants est celui d'auxiliaire de vie apportant à chaque colocataire un accompagnement complet pour tous les actes de la vie quotidienne, 365 jours par an, de 7 h à 21 h. La formule de colocation permet, en mutualisant certaines interventions (confection des repas, astreinte, etc.), de diminuer les coûts. Certaines auxiliaires de vie habitent sur place, dans des logements de fonction situés à l'étage, ce qui permet l'organisation d'une astreinte 24 h/24 h déclenchant intervention rapide. Le soin est apporté par les médecins et infirmières du secteur, ainsi que par les structures spécialisées (Ssiad, HAD, etc.).

Chaque colocataire bénéficie de deux contrats distincts : un bail d'habitation ainsi qu'un contrat de prestation pour les services d'aide à domicile. Le coût total (APA déduite) est de l'ordre de 1300-1600 € mensuel (GIR 3-4), incluant loyer, charges locatives, achats communs de denrées alimentaires et produits d'entretien et prestations de service.

Le réseau Âges&Vie est actuellement implanté dans la région Bourgogne-Franche-Comté (environ 30 sites d'implantation, 330 personnes hébergées/accompagnées). Il a été racheté partiellement en mars 2018 par le groupe Korian. Les deux prévoient l'essaimage des structures à l'échelle nationale, pour aboutir à plusieurs centaines d'implantation partout en France.

Autre exemple : « Habiter autrement ADMR » est un concept d'habitat avec services pour les personnes âgées en perte d'autonomie ou les personnes en situation de handicap. Le secteur se développe depuis cinq ans à la demande des communes, en partenariat avec les bailleurs sociaux. On compte environ 80 projets au niveau national. Les services ADMR interviennent dans ces domiciles et offrent des prestations individuelles et collectives aux personnes y habitant.

⁷⁶ A noter cependant qu'aujourd'hui, plusieurs caisses de retraite mettent en place des services d'aide à domicile mutualisés dans ces habitats qui comptent une majorité de GIR 5, tout comme dans les foyers de vieux travailleurs migrants.

Si la mise en commun de l'APA a plutôt vocation à s'appliquer dans les habitats partagés, on pourrait aussi imaginer une mise en commun par des personnes vivant en domicile ordinaire, des voisins par exemple, et qui décideraient d'acquérir ensemble une aide technique ou de bénéficier d'une présence d'un intervenant de nuit. Ce type de situations mériterait d'être étudié.

Propositions :

- **organiser une remontée d'informations des départements sur les pratiques de mises en commun de l'APA (nombre de demandes, de bénéficiaires de l'APA, prestations et habitats concernés, difficultés rencontrées, etc.), analyser la situation et accompagner les départements pour faciliter les pratiques de mise en commun de l'APA ;**
- **étudier l'intérêt et la faisabilité d'une mise en commun de l'APA pour des personnes vivant en résidence services et en résidence autonomie et pour des voisins vivant en habitat ordinaire.**

SOUS-SECTION III COÛTS POUR LES FINANCES PUBLIQUES ET ORIENTATIONS POLITIQUES POSSIBLES

I) LA DEPENSE PUBLIQUE VA SUBSTANTIELLEMENT AUGMENTER

A) RAPPEL DU MONTANT DES AIDES PUBLIQUES

La dépense publique pour la prise en charge du soutien à l'autonomie pour les emplois et services à domicile s'élève à 8,1 milliards d'euros en 2017. Les trois principaux dispositifs sont les exonérations de cotisations sociales patronales, l'APA et le crédit d'impôt (tableau 5).

B) FACTEURS D'EVOLUTION

À réglementation inchangée, le montant des aides publiques est amené à progresser de façon importante. Selon les projections de la Drees⁷⁷, les dépenses publiques cumulées concernant l'APA, le crédit d'impôt et les exonérations de cotisations employeurs (pour les personnes en perte d'autonomie), représentaient 0,20 % du PIB en 2014. Elles passeraient en points de PIB à 0,37 % en 2040 et 0,46 % en 2060. Différents facteurs haussiers pourraient conduire à une augmentation plus importante :

- la diminution de la part de personnes âgées vulnérables vivant en établissement, en particulier si l'augmentation de l'offre de places en Ehpad n'est pas proportionnelle à l'augmentation du nombre de personnes âgées vulnérables ;
- la diminution du taux de non-recours à l'APA à domicile ;
- la revalorisation de l'aide en volume et en coût horaire, si on veut améliorer la qualification et les conditions de travail des personnels.

Seul facteur baissier, l'augmentation de la valeur des retraites en euros constants diminue la part de l'APA supportée par les départements ; mais elle n'aura qu'un effet limité.

II) SOUTENABILITE DU SYSTEME D'AIDES

Face à ces évolutions, trois politiques sont concevables :

- assumer l'augmentation des coûts et l'exigence d'opposabilité tarifaire dans les segments réglementés (essentiellement l'APA) ;
- caler les aides publiques sur des valeurs inférieures aux coûts en renonçant à l'opposabilité ;
- contenir l'augmentation des aides publiques en augmentant le RAC des ménages.

⁷⁷ Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPs), 2017, Rapport sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale, juin.

SECTION II
LES SERVICES PRESTATAIRES
D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE

SOUS-SECTION I PRESTATIONS OFFERTES, COUTS INDUITS ET FINANCEMENT

I. NATURE DES PRESTATIONS OFFERTES AU DOMICILE DE LA PERSONNE AGÉE

L'étude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile réalisée par EY et Enéis Conseil (2016)⁷⁸ permet de décrire la nature des prestations assurées par les services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) prestataires⁷⁹, que ce soit auprès des bénéficiaires de l'APA, de la PCH ou d'une aide des caisses des retraites.

Cette section s'appuie sur les résultats de cette enquête, dont il convient de souligner qu'elle porte sur un petit échantillon, au regard à la fois du nombre de Saad et du nombre de dossiers individuels ayant servi de base à l'étude des prestations reçues par les bénéficiaires. Il convient donc d'être prudent dans la généralisation des résultats à l'ensemble des Saad.

A) PRESTATIONS DIRECTES

L'étude permet d'identifier quatre prestations socles dont bénéficient directement les usagers actuels des services :

- les prestations d'entretien du logement ;
- les prestations de gestes au corps (aide au lever et au coucher, aide à la toilette, aide à l'élimination, etc.) ;
- les prestations d'aide au repas ;
- les prestations d'accompagnement à la vie sociale.

L'entretien du logement est la prestation la plus fréquente (tableau 6). Elle est présente dans plus de 90 % des plans d'aide, quel que soit le GIR de l'individu. Alors que l'entretien du logement n'entre théoriquement pas dans le cadre de la PCH⁸⁰, près de 3 bénéficiaires sur 4 reçoivent ce type d'aide dans l'échantillon considéré. On observe que si l'entretien du logement constitue la seule prestation reçue pour près d'une personne sur 2 en GIR 5 ou 6, 2 % seulement des GIR 1 et 2 recourent uniquement à ce type d'aide.

Les gestes au corps et l'aide au repas voient en effet leur fréquence augmenter avec le degré de perte d'autonomie, tout comme l'accompagnement à la vie quotidienne. Près de 4 personnes en GIR 1 sur 10 bénéficient d'un plan d'aide intégrant les quatre prestations.

⁷⁸ Étude commandée la CNSA et la DGCS et réalisée auprès d'un échantillon de 44 Saad dans 10 départements en 2015.

⁷⁹ Le terme de Saad sera utilisé dans cette note pour désigner exclusivement les Saad en mode prestataire.

⁸⁰ Normalement elles sont financées pour ce public dans le cadre de l'aide sociale départementale.

Le volume d'aide varie significativement selon les publics. Les personnes en GIR 1 et 2 consomment en moyenne un volume d'aide de 52 heures par mois, contre 28 heures par mois pour les personnes en GIR 3 et 4 (tableau 7)⁸¹.

Tableau 6. Proportion d'individus ayant recours à l'une ou l'autre des prestations

	Entretien du logement	Gestes au corps	Aide au repas	Accompagnement à la vie sociale	Uniquement entretien du logement	Recours aux 4 prestations
GIR 1 (13 dossiers)	92 %	85 %	76 %	46 %	< 1 %	38 %
GIR 2 (33 dossiers)	94 %	70 %	88 %	33 %	3 %	18 %
GIR3 (27 dossiers)	93 %	70 %	70 %	26 %	7 %	19 %
GIR4 (39 dossiers)	90 %	41 %	59 %	26 %	26 %	8 %
GIR 5 et 6 (35 dossiers)	97 %	31 %	40 %	31 %	46 %	11 %
PCH (53 dossiers)	77 %	79 %	89 %	68 %	2 %	38 %

Source : CNSA et DGCS (2016).

Au sein d'un même profil (GIR, PCH...), le volume du plan d'aide varie également en fonction de la présence de troubles du comportement, l'existence et le type de pathologie, la présence d'aidant et l'adaptation du logement.

Par exemple, chez les GIR 1 et 2, l'existence d'aménagement du logement diminuerait le volume horaire en moyenne de 7 %⁸².

Chez les bénéficiaires de l'APA en GIR 3 et 4, le facteur augmentant le plus le volume horaire moyen est la présence de troubles du comportement, générant une augmentation du volume horaire en moyenne de 33 %.

Chez les bénéficiaires de l'APA en GIR 3 et 4, plus de 10 heures par mois sont en moyenne consacrées à l'entretien du logement, ce qui représente près d'un tiers du temps d'aide dont ils bénéficient. Les gestes aux corps représentent quant à eux près de 7 heures par mois, tout comme l'aide au repas. L'accompagnement à la vie sociale représente lui près de 3 heures par mois, soit 10 % du volume total de l'aide reçue.

Chez les bénéficiaires de l'APA en GIR 1 et 2, les volumes horaires de chaque prestation sont environ deux fois plus élevées que ceux dont bénéficient les personnes en GIR 3 et 4, à l'exception de l'entretien du logement dont le volume horaire n'est supérieur que de deux heures. Il est probable que l'aide à l'entretien du logement soit davantage pris en charge dans ce cas par des aidants informels ou des aidants professionnels en emploi direct.

⁸¹ À titre de comparaison, les bénéficiaires de la PCH bénéficient en moyenne dans l'échantillon de 72 heures d'aide par mois ; ceux des caisses de retraite de 11 heures par mois.

⁸² Comme indiqué dans la contribution du Conseil de l'Age à la concertation « grand âge et autonomie de décembre 2017, cette « concurrence » au sein des plans pourrait justifier la création, comme c'est le cas dans la PCH, d'un élément autonome pour l'aménagement du logement.

Outre ces prestations, des prestations dites « complémentaires » ont été recensées dans l'enquête telles que celles favorisant le maintien du lien social (accompagnement dans les loisirs, visites de convivialité, transport adapté, etc.), la prévention de la perte d'autonomie, l'adaptation du logement et de l'environnement ou encore l'aide aux aidants. Ces prestations ne sont cependant pas offertes par tous les services. Sur les 44 services étudiés, seuls 13 réalisent au moins l'une de ces activités.

Tableau 7. Composition des plans d'aide moyen

	Volume horaire mensuel moyen	Entretien du logement	Gestes au corps	Aide au repas	Accompagnement à la vie sociale
GIR 1 ou 2 (47 dossiers)	52h (100 %)	12h30 (24 %)	15h (29 %)	18h45 (36 %)	6h15 (12 %)
GIR 3 ou 4 (71 dossiers)	28h (100 %)	10h20 (37 %)	6h45 (24 %)	7h30 (27 %)	3h (11 %)
GIR 5 ou 6 (35 dossiers)	11h (100 %)	5h25 (49 %)	0h40 (6 %)	2h (19 %)	2h15 (25 %)
PCH (59 dossiers)	72h (100 %)	12h15 (17 %)	26h (36 %)	23h45 (33 %)	10 h (14 %)

Source : CNSA et DGCS (2016).

B) PRESTATIONS INDIRECTES

Pour réaliser l'ensemble de ces prestations au domicile de l'utilisateur (entretien du logement, aide au corps, aide au repas, accompagnement à la vie sociale), les Saad s'appuient sur une structure organisationnelle et des fonctions supports. L'étude d'Ey et Eneis Conseil (2016) identifie sept prestations dites « indirectes » :

1. Gestion stratégique du service.
2. Gestion administrative.
3. Gestion comptable et financière.
4. Gestion des ressources humaines.
5. Démarche qualité.
6. Outillage/système d'information.
7. Encadrement de proximité.

Selon le dernier rapport de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile, ces fonctions support mobilisent en moyenne 0,13 équivalent temps plein (ETP) pour 1 ETP intervenant.

Parmi les différentes fonctions supports identifiées dans l'enquête, celles relatives à l'encadrement de proximité sont prépondérantes. Elles mobilisent en effet 43,5 % de l'ensemble des ETP hors intervention (tableau 8). Le fonctionnement et l'organisation sont très différents d'un service à l'autre, mais s'articulent généralement autour de trois principaux temps.

Le premier est relatif à l'évaluation des besoins du bénéficiaire et à la préparation de l'intervention : visites à domicile, cadrage des tâches à faire, rédaction des fiches d'intervention, identification des intervenants appropriés, rédaction des contrats de prestations.

Ce temps permet de compléter le plan d'aide défini par les équipes médicosociales qui le plus souvent se limite à « prescrire » un nombre mensuel d'heures, qu'il faut alors détailler, généralement à la semaine, en précisant les moments d'interventions et les prestations délivrées. Ces activités représentent en moyenne 0,13 ETP, soit environ 19 heures par mois. Le rapport constate que les services de plus grandes tailles confient en moyenne davantage de dossiers par encadrant de proximité et que ces derniers y consacrent en moyenne un temps moindre par rapport aux encadrants de proximité de services de plus petite taille.

Le second temps est relatif à l'encadrement au quotidien des équipes d'intervention. Cela représente 0,18 ETP, soit 28 heures par mois. En moyenne, les services consacrent 0,34 heure par mois d'encadrement par intervenant. Ici aussi, le nombre d'intervenants par ETP consacré à l'encadrement de proximité augmente avec la taille des services.

Enfin, la troisième activité principale est celle de la gestion du travail (organisation des plannings, remplacement, etc.). C'est le plus gros poste d'activité des personnels d'encadrement de proximité. Cela représente 0,55 ETP, soit 82 heures par mois. En moyenne, les services consacrent 4 heures par mois à la gestion des plannings par ETP d'intervenant.

Tableau 8. Mobilisation des ETP hors intervenants

Encadrement de proximité	44 % des ETP hors intervenants
Gestion administrative	15 % des ETP hors intervenants
Gestion des ressources humaines	14 % des ETP hors intervenants
Gestion comptable et financière	13 % des ETP hors intervenants
Gestion stratégique du service	9 % des ETP hors intervenants
Démarche qualité	2 % des ETP hors intervenants
Outillage/ système d'information	3 % des ETP hors intervenants

Source : CNSA et DGCS (2016).

La gestion administrative (gestion des dossiers des bénéficiaires et des salariés, accueil téléphonique ou accueil physique, etc.) mobilise quant à elle près de 15 % des ETP hors intervention. Elle est très majoritairement réalisée en interne (tableau 8).

La gestion des ressources humaines (rédaction des contrats des salariés, recrutement, élaboration et suivi des plans de formations, édition des paies, gestion administrative des absences, etc.) mobilisent en moyenne 14 % des ETP hors intervention. Ce bloc d'activité, majoritairement réalisé en interne, s'inscrit au cœur des problématiques quotidiennes des services (capacité de la structure à assurer la continuité du service, tension locale sur le marché du travail). En moyenne, 0,84 heures par mois sont nécessaire à l'édition d'une fiche de paie. Le rapport note que plus le service est de taille importante, moins il consacre de temps à chaque fiche de paie.

La gestion comptable et financière (élaboration des budgets, déclarations comptables et fiscales, suivi de trésorerie, édition des factures) est beaucoup plus fréquemment externalisée au niveau des fédérations, d'entités mères ou auprès de prestataires extérieurs. Lorsqu'elle reste internalisée, elle mobilise 12,6 % des ETP hors interventions. La gestion des factures et la gestion des salaires sont les plus consommatrices de ressources humaines en interne. Dans certains Saad, la gestion des factures mobilisent un mi-temps complet. Le temps de facturation apparaît

peu sensible à la taille du service, l'utilisation d'un logiciel de télégestion au-delà d'un volume d'activité significatif étant associée à des gains de productivité importants.

La gestion stratégique recouvre diverses activités telles que la relation avec les partenaires institutionnels, la réalisation d'étude de marché ou la rédaction et mise en œuvre du projet de service. Ces activités mobilisent peu d'ETP (9,5 % des ETP hors intervention) et sont principalement réalisées par les directeurs et plus facilement investies dans les services de grandes tailles. Elles sont également souvent portées par les unions départementales ou les fédérations.

Si la démarche qualité s'inscrit dans un cadre réglementaire, les services ne trouvent que rarement le temps de se mobiliser collectivement sur le sujet. Les tâches sont alors effectuées *a minima*. Elle mobilise 2,31 % des ETP hors intervention.

Enfin, l'outillage informatique (logiciel métier, télégestion, résolution de problèmes informatiques) apparaît comme majoritairement externalisé. Il mobilise 3,1 % des ETP hors intervention lorsqu'il reste internalisé.

C) QUELLES EVOLUTIONS SOUHAITABLES DES PRESTATIONS OFFERTES ?

Une politique de soutien à domicile renforcée passe entre autres par :

- une diversification des services offerts par les Saad (davantage d'activités visant à renforcer le lien social, l'accès aux loisirs, le soutien psychologique ...) (cf. *supra* section I sous-section II sur l'offre de services à domicile nouvelle génération, que les acteurs et fédérations du domicile appellent de leurs vœux) ;
- un accroissement de l'amplitude horaire (plus grande disponibilité le soir et éventuellement le week-end), dont la mise en œuvre devra nécessairement tenir compte de la qualité de vie au travail des intervenants ;
- une capacité à répondre à des besoins nécessitant parfois des interventions de courte durée (inférieures à 1 h), sans pour autant être inférieures à 15 minutes ;
- un renforcement du niveau de qualification du personnel ;
- une plus grande valorisation des métiers (fidélisation du personnel, attractivité) ;
- un accroissement des temps de travail non présentiel des intervenants (concertation, coordination, continuité de la prise en charge d'un usager, formation, ajustement/évolution de l'organisation de la prise en charge) ;
- un renforcement des équipes d'encadrement de proximité ou, quand les structures s'organisent autour d'équipes d'intervenants disposant d'une forte autonomie (cf. modèle « Buurtzorg »), davantage de temps de coordination et de planification au sein des équipes.

Ces évolutions, si elles permettraient d'accroître la qualité du soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie, s'accompagneraient nécessairement d'une augmentation du coût moyen de l'heure prestée. Dans la sous-section II *infra*, il est proposé une estimation de l'augmentation des coûts induite par certaines de ces évolutions.

II ELEMENTS DE CADRAGE SUR LE COUT DE PRODUCTION ACTUEL

On analyse ici des éléments de cadrage sur les coûts de production des services prestataires d'aide et d'accompagnement à domicile et propose une estimation du coût supplémentaire que produirait pour les usagers et les services une politique de soutien à domicile renforcée.

La question du financement de ce coût de production est analysée dans la sous-section suivante.

Trois enquêtes récentes permettent d'estimer le coût moyen d'une heure d'intervention en mode prestataire et d'identifier certains facteurs susceptibles d'expliquer les différences observées entre services :

- EY et Eneis Conseil pour la CNSA et la DGCS (2016), « Étude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts » ;
- UNA (2018), « Référentiel de coûts Argos Saad 2017 » ;
- EY pour la Fédésap (2020), « Estimation d'une prise en charge financière cible pour les prestations d'aide à domicile APA et PCH en 2020 et à l'horizon 2050 ».

L'étude d'EY et Eneis Conseil commandée par la CNSA et la DGCS (2016) repose sur l'analyse de l'activité et de la structure de coûts de 45 Saad répartis sur 10 départements⁸³. La collecte des données a eu lieu en 2015.

Comme le souligne le rapport, *« cet échantillon de 45 Saad n'est pas statistiquement représentatif des 4 273 services de la population mère dans la mesure où il est un échantillon trop restreint à cet égard, mais les critères d'échantillonnage ont permis de garantir une bonne représentation de la diversité du secteur »*.

Les estimations de l'UNA sont quant à elles menées à partir des données collectées via l'outil Argos⁸⁴ au sein des adhérents du réseau de l'UNA. L'échantillon mobilisé est restreint aux structures ayant renseigné l'outil Argos en 2015, 2016 et 2017, après exclusion des structures présentant un profil trop éloigné du reste de l'échantillon. Cette exclusion tend naturellement à réduire les disparités de coûts existant entre services. L'analyse est faite sur un échantillon composé de 158 structures (87 % d'associations, 11 % de services publics, et 2 % de mutuelles). L'échantillon n'est vraisemblablement pas représentatif de l'ensemble des Saad.

Enfin l'étude d'EY pour la Fédésap, réalisé en octobre 2019 s'appuie sur un échantillon de 69 structure du réseau de la Fédésap.

Ces estimations portent on le voit sur un nombre relativement faible de structures. Elles gagneraient à être consolidées à l'avenir à partir d'une collecte d'éléments budgétaires à plus grande échelle.

⁸³ Les dix départements de l'échantillon : Aisne, Bouches du Rhône, Côtes-d'Armor, Creuse, Haute-Saône, Martinique, Nièvre, Nord, Pyrénées-Atlantiques, Val-de-Marne.

⁸⁴ L'Argos est un outil de gestion permettant aux structures adhérentes au réseau UNA de saisir en ligne un certain nombre d'indicateurs-clés en matière de gestion leur permettant de disposer des indicateurs nécessaires au pilotage de leurs activités et au diagnostic financier.

A) UN COUT MOYEN DE L'HEURE D'INTERVENTION PROCHE DE 24 €

Le coût moyen d'une heure d'intervention correspond à l'ensemble des charges des services divisé par le nombre d'heures d'intervention.

Il est généralement calculé sur l'ensemble des heures réalisées par les services inclus dans les échantillons d'étude, et ce quel que soit le profil des bénéficiaires (bénéficiaires de l'APA, de la PCH ou d'un financement d'une caisse de retraite). Les coûts moyens estimés ne sont donc pas des coûts estimés auprès des seuls bénéficiaires de l'APA.

Selon la dernière estimation effectuée par l'UNA à partir des données collectées via l'outil Argos, le coût moyen de l'heure était de 23,73 € en 2017. Cette estimation est légèrement inférieure à celle réalisée par les cabinets EY et Eneis Conseil pour le compte de la CNSA et de la DGCS (24,24 €/h en moyenne, pour un coût médian de 23,55 €/h), mais supérieure à celle faite en octobre 2019 au sein des structures de la Fédésap (22,9 €/h).

B) DES ECARTS IMPORTANTS ENTRE SERVICES

Le coût global de l'heure d'intervention varie de manière significative d'un service à l'autre, avec un minimum de 21,50 €/h et un maximum de 26,24 €/h dans l'échantillon d'étude de l'UNA⁸⁵.

L'étude des cabinets EY et Eneis Conseil (2016) estimait quant à elle que 25 % des Saad avaient un coût horaire moyen inférieur à 21,14 €/h et 25 % un coût horaire moyen supérieur à 25,79 €/h.

Compte tenu de la taille restreinte des échantillons, il est difficile d'identifier et d'isoler les facteurs expliquant ces écarts de coûts.

La comparaison tend cependant à montrer que la convention collective, la taille du service ou le volume d'activité, le niveau de qualification du personnel et la durée moyenne d'intervention et le nombre de kilomètres parcourus par les professionnels sont très vraisemblablement des facteurs à l'origine des différences de coûts de production entre services.

Faute de données à plus grande échelle permettant une analyse robuste des facteurs expliquant les écarts de coûts observés entre services, les différents éléments de constat détaillés ci-dessous doivent être considérés avec une certaine prudence.

1) Il n'y a pas de différences nettes entre les services relevant de la convention collective des services à domicile et ceux relevant de la convention collective des services à la personne

La convention collective (il en existe plusieurs dans le secteur de l'aide à domicile) ou le statut pour la fonction publique territoriale expliquent de manière significative des variations de coûts horaire.

⁸⁵ L'exclusion de l'échantillon des services présentant des valeurs extrêmes sous-estime par ailleurs ces écarts de coûts entre services.

Dans l'échantillon constitué par EY et Eneis Conseil (2016), les services relevant de la convention des services à domicile, bien que souvent présentée comme renchérissant les coûts de revient des Saad, présentent un coût homogène et leur coût horaire moyen est inférieur de 0,96 €/h à celui de l'échantillon.

Les conventions des services à la personne et le statut de la fonction publique territoriale sont associés à un coût horaire beaucoup plus hétérogène entre les services mais en moyenne proche de la moyenne de l'échantillon. Les services relevant de la convention collective de la Croix-rouge française et ceux relevant de la convention collective nationale de 1951 seraient quant à eux caractérisés par un coût moyen proche de 30 €/h. Ils sont cependant minoritaires.

2) Le coût horaire moyen est vraisemblablement peu sensible à la taille des services

On fait généralement l'hypothèse que le coût moyen d'une heure d'aide diminue avec la taille et le volume d'activité du service. Les plus grands services seraient alors caractérisés par des coûts unitaires plus faibles.

Cette décroissance du coût moyen d'une heure d'aide à domicile aurait potentiellement deux origines. Le secteur serait caractérisé à la fois par d'importantes économies de densité et, sans doute de manière moins forte, par des économies d'échelle⁸⁶. L'existence d'importantes économies de densité est à rapprocher du fait que l'aide à domicile implique des déplacements d'un domicile à l'autre. Dès lors, disposer de deux services en concurrence sur un territoire donné reviendrait à multiplier par deux les coûts de transport par rapport à la situation où un seul service serait en situation de monopole sur ce territoire. Les économies d'échelle sont plus traditionnelles et proviennent de l'existence de fonctions support dont le coût ne varie pas ou peu avec le nombre d'utilisateurs : plus le nombre d'heures produites est élevé, moins le coût de ces fonctions-support pèse sur le prix unitaire.

La sous-exploitation de ces économies de densité et de ces économies d'échelle, si elles étaient avérées, provoquerait alors une augmentation de coût horaire moyen qui se retrouverait au moins partiellement dans les tarifs et donc dans la dépense publique et le reste à charge.

Déterminer s'il existe des économies de densité et d'économies d'échelle est utile pour définir la régulation publique optimale du secteur. Si elles sont réelles, la puissance publique aurait tout intérêt, dans une optique de réduction des coûts de production, à octroyer une position de monopole à un service sur un territoire donné et à mettre en place différents outils de régulation publique⁸⁷.

On ne dispose cependant pas aujourd'hui d'analyses suffisamment robustes pour conclure à l'existence d'économies de densité et/ou d'échelle. Si l'enquête de l'UNA permet de comparer le coût moyen selon la taille du service, on ne peut en déduire une relation de cause à effet. Dit autrement, elle ne permet pas de conclure, toutes choses égales par ailleurs, à un lien robuste entre la taille du service et le coût moyen car les services diffèrent également sur d'autres dimensions, au regard par exemple des caractéristiques de la zone d'intervention ou de la convention collective s'appliquant au service.

⁸⁶ Bensaid et Gary-Bobo, 2019, « La réglementation optimale des services à domicile aux personnes âgées », mimeo.

⁸⁷ Cf. Bensaid et Gary-Bobo, 2019, *op. cit.*

Au sein de l'échantillon construit par l'UNA, le coût moyen d'une heure d'intervention apparaît peu sensible à la taille du service, appréhendé ici au regard des effectifs d'ETP.

D'après l'étude de EY et Eneis Conseil (2016), les plus petits services seraient caractérisés par des coûts moyens plus faibles, dont l'origine est sans doute à trouver dans la faible structuration des fonctions supports et pour certains par des écarts dans le respect des conventions collectives.

Les Saad de taille modeste (25 ETP ou moins) bénéficient par ailleurs d'une franchise sur la taxe sur les salaires.

Pour les Saad de plus grande taille, on observerait une diminution du coût moyen avec le volume d'aide. La diminution est cependant très modérée. Le nombre d'heures réalisées semble avoir des effets opposés sur les charges de personnels et les charges de structures. Plus le volume d'activité est élevé, plus le coût horaire du personnel augmente du fait d'une application rigoureuse des conventions collectives et pour certains services de véritables politiques de formation et de pérennisation des emplois. À l'inverse, plus le volume d'activité est élevé, plus le coût horaire des charges de structure diminue. Bénéficiant d'importantes économies d'échelle, les services de grande taille (quatrième quartile) sont caractérisés par un coût horaire de charges de structure de 61 % inférieur à la moyenne de l'échantillon.

Tableau 9. Coût horaire moyen par volume d'heures

	Moins de 22 737 heures (1 ^{er} quartile)	Entre 22 737 et 33 529 heures (2 ^e quartile)	Entre 33 528 et 58 888 heures (3 ^e quartile)	Plus de 58 888 heures (4 ^e quartile)
Coût horaire moyen	21,67 €	24,14 €	23,87 €	23,74 €

Source : CNSA et DGCS (2016).

3) Variation du coût en fonction du profil des bénéficiaires et du niveau de qualification des intervenants


On ne dispose pas d'analyse permettant de distinguer le coût horaire moyen selon le profil du bénéficiaire, en particulier selon son GIR.

L'analyse de l'UNA permet néanmoins de comparer les coûts des services en fonction du profil de l'ensemble des usagers. On observe alors un coût moyen qui croît légèrement avec le GIR moyen pondéré (GMP)⁸⁸. Une des explications de l'augmentation de ce coût provient d'un niveau de qualification supérieur (catégorie C) au sein des services ayant un GMP élevé (près de 36 % du personnel dispose d'un niveau de qualification de catégorie C quand le GMP est compris entre 500 et 600 contre 26 % quand le GMP est compris entre 350 et 500).

Par ailleurs, le niveau de perte d'autonomie des usagers contraint le service à mobiliser des fonctions d'encadrement opérationnel plus nombreuses. Le taux d'encadrement opérationnel (responsable secteur, assistant technique ou de secteur) est en moyenne de 1 ETP pour

⁸⁸ Le GIR moyen pondéré (GMP) traduit le niveau de dépendance moyen des résidents d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées. Plus ce GMP est élevé, moins le niveau d'autonomie des personnes âgées est important. Le GMP de l'échantillon est de 386. À noter que le GMP n'est pas utilisé dans la tarification d'un service.

28 123 heures. Pour les services avec un GMP compris entre 350 et 500, il faut compter en moyenne 1 ETP d'encadrement opérationnel pour 29 628 heures. Pour ceux dont le GMP est compris entre 500 et 600, il faut compter en moyenne 1 ETP d'encadrement opérationnel pour 25 500 heures en raison d'une plus grande complexité de la planification (continuité de service, passages multiples, visites à domicile pour ajuster le projet personnalisé).

Niveau de dépendance GMP	Coût complet 2017	Qualification catégorie C 2017	Taux d'encadrement opérationnel 2017
200-350	23,10 €/h	29,6 %	28 000 h
350-500	23,88 €/h	26 %	29 628 h
500-600	23,99 €/h	35,95 %	25 500 h
Moyenne 	23,72 €/h	28,7 %	28 123 h

4) Le recours à des bénévoles et la mise à disposition de locaux, une source d'économie importante pour les services

Certains services bénéficient de ressources non valorisées dans les estimations du coût de production. L'existence de personnels bénévoles et la mise à disposition de locaux à titre gratuit ont en effet un impact non négligeable sur le coût horaire global.

En moyenne, les Saad recourant à des bénévoles ont des charges horaires de personnel de 18,74 €/h contre 20,26 €/h pour les Saad n'y faisant pas appel. Les Saad louant leurs locaux ont des charges de structure de 2,65 €/h, contre 1,52 €/h pour ceux étant propriétaires et seulement 1 €/h pour les Saad dont les locaux sont mis à disposition à titre gratuit.

5) Des durées d'intervention courtes qui augmentent le poids des frais de déplacement

Plusieurs organisations représentatives des Saad mettent en avant l'augmentation générale de la fréquence des interventions de courte durée (30 minutes, voire 15 minutes) sous l'impulsion des équipes d'évaluation des départements. Selon un précédent rapport de l'IGF, le Saad Abrapa a vu dans le Bas-Rhin la fréquence de ses interventions de 30 minutes doubler entre 2010 et 2015, occasionnant un renchérissement des coûts de déplacement et peut être une moindre qualité de l'intervention.

L'étude Argos de l'UNA révèle quant à elle que le coût des trajets a augmenté de 13,1 % entre 2015 et 2017, du fait du fractionnement croissant des heures d'intervention, mais également du fait des absences de personnels intervenants qui impactent eux aussi la durée de trajets. L'augmentation des frais de déplacement était déjà pointée par l'Igas et l'IGF en

2010⁸⁹ qui estimaient alors le coût d'une intervention type de 15 minutes à 18,80 € (cf. tableau 10).

Tableau 10. Coût théorique d'une intervention d'un quart d'heure dans un rayon de 10 km pour une association de l'Aisne (tiré de Igas-IGF, 2010)

Indemnité de transport	10 km A/R soit 20 km x 0,35€	7,00 €
Rémunération temps de trajet	14,80 € brut x ¼ d'heure x 2	7,90 €
Rémunération temps d'intervention	14,80 € brut x ¼ d'heure	3,90 €
Coût de revient du ¼ d'heure		18,80 €
Prise en charge par le conseil général		5,14 €

Source : Données association- tarif conseil général – calcul mission

Certaines structures tentent de limiter, voir refusent d'intervenir sur des durées inférieures à une heure, les tarifs de l'heure d'aide ne permettant pas de couvrir le coût de revient. Certains Saad ont en particulier négocié avec les conseils départementaux l'arrêt de l'élaboration de plan d'aide APA intégrant des interventions inférieures ou égales à 30 minutes.

On ne dispose pas de statistiques permettant de décrire les différences entre services au regard de la durée moyenne des interventions, mais on peut vraisemblablement penser que ces différences contribuent aux écarts de coûts moyens entre services.

C) STRUCTURE DES COÛTS

1) Les charges de personnel représentent entre 85 % et 90 % du coût de l'heure

Selon les données collectées par la mission IgaS/IGF (2010) auprès d'un petit nombre de Saad, la part des frais de personnels (salaires et charges) constituait en 2010 entre 80 et 90 % du total des charges des services. La mission notait que « *cette part peut même atteindre 95 % ou plus, notamment dans les structures publiques, lorsque les frais de structures sont très faibles car pris en charge par une collectivité locale (mise à disposition de locaux à titres gratuit, prise en charge des équipements et fournitures, des frais d'électricité et de télécommunication, etc.). Cette part est parfois plus faible lorsque le service fonctionne avec des bénévoles pour assurer la direction, l'administration voire l'encadrement de proximité des intervenants* ».

Les estimations plus récentes de la CNSA et de la DGCS confirment la prépondérance des charges de personnel, qui constituent en moyenne plus de 85 % du coût horaire (frais de déplacement inclus). Au sein de l'échantillon étudié par l'UNA, les charges de personnel représentent une part un peu plus élevée (89 %). L'étude récente d'EY pour le compte de la Fédésap estime quant à elle que la masse salariale représente 83 % de l'ensemble des charges supportées par les Saad, dont 90 % correspondent à du personnel intervenant à domicile.

⁸⁹ Igas et IGF, 2010, « Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles ».

2) Le coût des interventions hors fonctions supports (« coût direct »)

Il est de 18,61 €/h en moyenne selon les estimations de l'UNA, soit 78 % du coût total (cf. tableau 11).

Par convention, le coût direct des interventions hors fonctions supports est calculé en divisant la masse salariale chargée des intervenants à domicile et leurs frais de déplacement par le nombre d'heures d'intervention.

Tableau 11. Estimation de l'UNA du coût moyen d'une heure d'intervention en 2017 (en €/h)

1. Coût direct des interventions		18,61 (78 %)
* Coût salarial (intervenants à domicile)		17,79
Dont	- Heures présentes	14,02 ⁽²⁾
	- Temps de trajet	0,82 ⁽¹⁾
	- Autres heures non présentes	2,95 ⁽³⁾
* Frais kilométriques		0,82 ⁽¹⁾
2. Coût indirect des interventions		5,12 (22 %)
* Coût salarial (personnel support)		3,31
* Frais généraux		1,83
TOTAL		23,73
<p>(1) Dans l'échantillon d'étude de l'UNA, le coût des trajets est en moyenne de 1,64 €/h en 2017. Faute d'information précise, on les suppose répartis de manière identique entre rémunération des heures de trajet et indemnités kilométriques.</p> <p>(2) Estimation faite à partir du taux d'heures présentes moyen dans l'échantillon d'étude de l'UNA (78,81 %).</p> <p>(3) Estimation faite à partir du taux d'heures non présentes moyen dans l'échantillon de l'UNA, hors temps de trajet (16,59 %).</p>		

À elle seule, la masse salariale des intervenants à domicile représente 17,79 € par heure d'intervention, soit 75 % du coût total de l'heure.

Toutes les heures payées aux intervenants ne sont cependant pas des heures de présence effective auprès des usagers. Les heures auprès des usagers représentent en moyenne 79 % des heures payées aux intervenants, pour un coût moyen que l'on estime à 14,02 €/h en 2017.

Le niveau de qualification et l'ancienneté du personnel jouent de manière importante sur le coût de production. Entre un intervenant de catégorie A et un intervenant de catégorie C ayant chacun dix ans d'ancienneté, le différentiel est de 3,23 €/h, soit un écart de coût pour la structure de près de 6 000 €/ETP par an⁹⁰.

⁹⁰ Au sein du réseau UNA, on compte en moyenne 45 % d'intervenants de catégorie A, 25 % de catégorie B et 30 % de catégorie C.

Tableau 12. Salaire horaire brut des intervenants selon le niveau de qualification et l'ancienneté (valeur du point : 5,38 €)

	Catégorie A			Catégorie B			Catégorie C		
	1 an	10 ans	20 ans	1 an	10 ans	20 ans	1 an	10 ans	20 ans
Indice	270	279	289	271	287	315	296	333	366
Salaire brut	(smic ⁽¹⁾) 1 521,22 €/mois	(smic ⁽¹⁾) 1 521,22 €/mois	1 554,82 €/mois	(smic ⁽¹⁾) 1 521,22 €/mois	1 544,06 €/mois	1 694,70 €/mois	1 592,48 €/mois	1 791,54 €/mois	1 969,08 €/mois
	10,03 €/h	10,03 €/h	10,25 €/h	10,03 €/h	10,18 €/h	11,17 €/h	10,50 €/h	11,81 €/h	12,98 €/h
Salaire brut chargé ⁽²⁾	11,16 €/h	11,16 €/h	11,47 €/h	11,16 €/h	11,46 €/h	12,77 €/h	11,82 €/h	13,68 €/h	15,33 €/h

Source : convention collective nationale de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile.

⁽¹⁾ Faute de revalorisation de la valeur du point, le salaire conventionnel est dans ce cas inférieur au Smic. Ce dernier est donc dans la pratique appliqué.

⁽²⁾ Estimé après prise en compte des cotisations conventioneelles et des réductions de charges patronales spécifiques aux personnels intervenants auprès des publics fragiles.

¹ Les organisations syndicales, UCR-CGT, UNIR-CFE-CGC, UCR-FO, FGR-FP, FSU, UNRPA, prennent acte de ce rapport.

En plus du coût salarial lié à la présence de l'intervenant au domicile du bénéficiaire, des heures non présentes sont à prendre en compte dans le coût de l'heure d'intervention.

Elles regroupent selon l'Igas et l'IGF (2010) toutes les heures rémunérées aux intervenants et qui ne sont pas réalisées directement auprès des usagers. Elles incluent les heures d'intervention, les temps de formations, de réunion, les arrêts maladie et arrêts de travail, les congés de maternité, les congés payés, mais aussi les heures programmées qui n'ont pu être réalisées, ou le reliquat d'heures non réalisées dans le cadre de la modulation du temps de travail.

Si on rajoute le temps de trajet, elles représentaient 21 % du temps rémunéré à l'intervenant, soit en moyenne 3,77 € par heure d'intervention selon les estimations de l'UNA en 2017. Ce chiffre apparaît tout à fait cohérent avec celui de la mission Igas/IGF, qui estimait en 2010 que la proportion d'heures non présentes variait de 20 à 25 % du total des heures rémunérées.

Selon la mission Igas/IGF (2010), ces heures non présentes se décomposent de la manière suivante :

- 50 % correspondent à des congés annuels légaux et conventionnels, soit 1,9 € par heure d'intervention ;
- 10 % correspondent à des congés divers (jours fériés conventionnels, arrêts maladie, congés maternité, congés enfants malades etc.), soit 0,4 €/h d'intervention ;
- 31 % correspondent à des heures payées non facturables (temps de trajet essentiellement, organisation du temps de travail, temps de coordination, temps de formation, entretien individuel, délégué du personnel et comité d'entreprise, etc.), soit 1,2 € par heure d'intervention dont environ 0,8 € de temps de trajet⁹¹ ;
- 9 % correspondent à des pertes d'heures en modulation, soit 0,3 € par heure d'intervention.

3) Le coût des fonctions supports est un peu supérieur à 5 € par heure d'intervention

Le coût des fonctions supports représente 22 % du coût moyen de l'heure au sein du réseau UNA, soit 5,12 €/h.

Il intègre la masse salariale chargée du personnel « support » pour un montant moyen de 3,31 €/h ainsi que les charges de structure (achats et charges externes) pour un montant moyen de 1,83 €/h⁹².

En 2017, on comptait en moyenne 0,76 ETP de fonctions supports pour 10 000 heures d'interventions, toutes fonctions supports confondues. Les fonctions d'encadrement de proximité, dont on a vu qu'elles représentaient une part très significative des prestations indirectes, nécessitent en moyenne

⁹¹ Selon le rapport de l'UNA, le coût de trajet est en moyenne de 1,64 €/h. Il se partage à peu près de manière identique entre rémunération du temps de trajets et indemnités kilométriques. Il est en augmentation de 0,19 €/h depuis 2015 (progression répartie de manière identique entre les frais kilométriques et les temps de trajet). Facteurs explicatifs évoqués : augmentation des fractionnements, absentéisme (désorganise les tournées), absence d'une sectorisation efficiente, nouvelles interventions sur des territoires éloignés.

⁹² Il convient de noter que certains services bénéficient de la mise à disposition gratuite de locaux par les collectivités locales et bénéficient de l'appui de bénévoles, sans que ceux-ci soit valorisés dans les éléments comptables pris en compte ici. Leur valorisation conduirait à accroître le coût de l'heure.

¹ Les organisations syndicales, UCR-CGT, UNIR-CFE-CGC, UCR-FO, FGR-FP, FSU, UNRPA, prennent acte de ce rapport.

à elles seules 0,36 ETP pour 10 000 heures d'intervention⁹³, le reste étant mobilisé dans la gestion administrative, la gestion des ressources humaines, la gestion comptable, la gestion stratégique du service, la démarche qualité et, éventuellement, la gestion du système informatique.

III LE MODELE DE TARIFICATION DES SAAD PRESTATAIRES

On centre l'analyse sur le financement des heures prestées auprès des bénéficiaires de l'APA.

A) CADRE GENERAL DU MODELE DE TARIFICATION ACTUEL

1) Deux tarifs doivent être distingués : le tarif de facturation et le tarif de remboursement

L'analyse du schéma de tarification nécessite de distinguer pour chaque Saad deux tarifs :

- **le tarif de facturation** : il correspond au prix auquel la prestation est facturée à la personne aidée. Il peut, selon l'option choisie par le régulateur public, être librement fixé par le service, ou être administré. Dans ce dernier cas, on dira que le service est « tarifé » (en l'espèce, par le conseil départemental).
- **le tarif de remboursement** des heures APA : il est utilisé pour (i) calculer la valeur du plan d'aide APA notifié par les équipes médicosociales (et vérifier que le montant de ce plan ne dépasse pas les plafonds légaux) et (ii) calculer la participation de l'utilisateur.

La coexistence de ces deux tarifs n'est pas propre au schéma de financement des Saad. On retrouve une logique semblable dans le financement des consultations médicales. Dans le cas d'une consultation classique, les médecins facturent un tarif (libre ou administré selon le secteur) et les assurés sociaux sont remboursés sur la base d'un tarif potentiellement différent (« base de remboursement »). Pour les médecins conventionnés du secteur 1, le tarif dit de facturation est administré et identique au tarif de remboursement sur lequel se basent l'assurance maladie et les complémentaires santé (25 €). Pour les médecins conventionnés du secteur 2, le tarif de facturation est libre et généralement supérieur au tarif de remboursement.

Le modèle de tarification actuel des Saad fait de manière identique coexister deux régimes : l'un où le tarif de facturation est administré et (dans la majorité des cas) identique au tarif de remboursement (modèle « Secteur 1 »)⁹⁴ ; l'autre où le tarif de facturation est libre et généralement supérieur au tarif de remboursement. On le détaille ci-dessous.

⁹³ Les partenaires financiers des Saad s'appuient sur une valeur cible fixée généralement à 1 ETP d'encadrement de proximité pour 30 000 heures d'intervention, soit 0,33 ETP pour 10 000 heures (CNSA et UNA, 2018). Le référentiel de la branche de l'aide à domicile mentionné par la mission Igas/IGF (2010), pour un prestataire avec une activité annuelle de 50 000 heures, cible: - 1 ETP d'encadrement de proximité pour 35 000 h d'intervention ;
- 1 ETP tout personnel support confondu pour 15 000 heures.

Le rapport Igas/IGF (2010) ne formulait quant à lui aucune préconisation concernant le ratio d'ETP d'encadrement.

⁹⁴ Une différence majeure cependant. Dans le cadre des consultations réalisées auprès d'un médecin conventionné du secteur 1, les honoraires et la base de remboursement sont identiques sur l'ensemble du territoire. Dans le cadre du recours à un Saad HAS, le tarif de facturation et le tarif de remboursement sont généralement individualisés, et varient par conséquent entre départements mais également au sein d'un même département.

2) Deux régimes tarifaires (Saad HAS et Saad non HAS)

La loi Borloo de 2005 avait créé, pour les services d'aide à domicile, un double régime juridique :

- un régime d'autorisation, identique à celui prévu pour les établissements médico-sociaux, avec une autorisation délivrée par le département ;
- un régime d'agrément, l'agrément étant délivré par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte).

Depuis le 30 décembre 2015, le régime de l'agrément a été supprimé par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV)⁹⁵ : l'ensemble des Saad relève depuis la publication de la loi du régime de l'autorisation.

L'autorisation vaut habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, sauf mention contraire. On distingue donc à présent les Saad autorisés à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale (Saad HAS) et les Saad non autorisés à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale (Saad non HAS), tous deux relevant du régime de l'autorisation.

Une différence majeure subsiste entre les Saad HAS et les Saad non HAS au regard des modalités de fixation des tarifs de facturation :

- pour les Saad HAS, le tarif de facturation est fixé par le conseil départemental. C'est sur la base de ce tarif de facturation, déterminé au regard des coûts de production des services, que la puissance publique finance les prestations et fixe la participation légale des allocataires ;
- pour les Saad non HAS, le tarif de facturation est libre. Ils bénéficient donc de la même liberté tarifaire que celle qui caractérisait les services agréés avant la mise en œuvre de la loi ASV.

3) Fixation du tarif de facturation (pour les Saad HAS)

L'Igas rappelle dans l'annexe 9 de son rapport de 2017 les contraintes législatives et réglementaires encadrant la fixation du tarif de facturation par les conseils départementaux des Saad HAS.

Le tarif fixé par le conseil départemental est issu d'une procédure contradictoire entre le service et le conseil départemental. Les articles L.314-7 à L.314-9 du CASF organisent la procédure budgétaire applicable et précisent notamment les conditions dans lesquelles le conseil départemental peut arbitrer ou refuser les propositions faites par le service d'aide à domicile :

« (...) L'autorité compétente en matière de tarification ne peut modifier que :

1° Les prévisions de charges ou de produits insuffisantes ou qui ne sont pas compatibles avec les dotations de financement fixées dans les conditions prévues, selon le cas, aux articles L. 313-8, et L. 314-3 à L. 314-5 ;

2° Les prévisions de charges qui sont manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des établissements et services fournissant des prestations comparables en termes de qualité de prise en charge ou d'accompagnement.

La décision de modification doit être motivée (...). »

⁹⁵ À l'exception des services mandataires, toujours sous le régime de l'agrément.

Le CASF encadre le mode de calcul du tarif de facturation individualisé des Saad HAS (article R.314-1 à R.314-208) en fixant le type de documents budgétaires et comptables à mobiliser pour ce calcul, le type de dépenses que le conseil départemental doit prendre en compte et le mode de calcul du tarif à partir des dépenses considérées.

Ce cadre construit le tarif arrêté par le conseil départemental comme un coût moyen horaire du service⁹⁶.

Les travaux de l'équipe de recherche Modapa⁹⁷ permettent de mettre en évidence les marges d'action et les contraintes dont disposent les départements dans l'application de ce cadre légal national (cf. *infra*).

4) Fixation du tarif de remboursement

Le tarif de remboursement est également arrêté par le président du conseil départemental.

Pour les Saad HAS, le conseil départemental doit en principe fixer un tarif de remboursement propre à chaque Saad. En pratique, certains départements fixent néanmoins un tarif identique pour tous les Saad du département.

Pour les Saad non HAS, le tarif de remboursement est identique sur l'ensemble du département.

L'article R 232-9 du CASF précise que « pour la détermination du montant des plans d'aide, la valorisation des heures d'aide à domicile est opérée en fonction des tarifs arrêtés par le président du conseil départemental, notamment selon qu'il y ait recours à un prestataire, un mandataire ou un emploi direct. Ces tarifs tiennent compte des statuts publics, des conventions collectives ou accords d'entreprise applicables aux salariés concernés ».

a. Cas des Saad non HAS

Si les Saad non HAS peuvent librement fixer le tarif de facturation, la solvabilisation des usagers dans le cadre de l'APA se fait à partir du tarif de remboursement des heures APA fixé par le conseil départemental, généralement appelé dans ce cas « tarif de référence ».

Certains Saad non HAS fixent un tarif de facturation identique au tarif de remboursement des heures APA. Dans ce cas, le ticket modérateur de l'utilisateur correspond strictement à la participation financière prévue par le plan d'aide.

Le plus fréquemment cependant, en particulier quand le tarif de remboursement des heures APA fixé par le conseil départemental est trop faible pour couvrir le coût de revient, le tarif de facturation est supérieur au tarif de remboursement. Dans ce cas, l'écart est à la charge de l'utilisateur (il sera remboursé à 50 % par le crédit d'impôt).

L'utilisateur supporte alors :

- la participation financière légale au titre de l'APA (« ticket modérateur », calculé sur la base du tarif de remboursement des heures APA et qui tient compte des ressources de la personne) ;

⁹⁶ Hege, Roquebert, Tenand et Gramain, 2014, « La tarification des services d'aide à domicile : un outil au service des politiques départementales », note Modapa n° 2.

⁹⁷ Cf. <http://modapa.cnrs.fr/>.

- la différence entre le tarif de remboursement des heures APA et le tarif de facturation (sur-ticket modérateur).

La moitié de ce coût est pris en charge par le crédit d'impôt.

b. Cas des Saad HAS

Dans une majorité de département, le tarif de facturation fixé par le conseil départemental sert de tarif de remboursement des heures APA. Dans ce cas, l'utilisateur ne se voit pas appliquer de « sur-ticket modérateur ». Il supporte alors uniquement la participation financière légale au titre de l'APA (dont la moitié est prise en charge par le crédit d'impôt).

Différents acteurs soulignent cependant des pratiques conduisant de fait à un sur-ticket modérateur, tels que des frais d'inscription ou de dossier, la facturation forfaitaire d'un déplacement, ou une surfacturation des heures le soir ou le week-end non prise en compte dans le tarif de valorisation des heures APA fixé par le conseil départemental.

La pratique de certains départements s'écarte par ailleurs de ce cadre général en fixant pour les Saad HAS un tarif de remboursement des heures APA inférieur au tarif de facturation arrêté par le conseil départemental. On crée donc de fait un sur-ticket modérateur semblable à celui existant pour les SAD non HAS.

La légalité de ce sur-ticket modérateur est discutée.

L'Igas, dans son rapport de 2017 souligne que *« les recherches effectuées par la mission n'ont permis de retrouver aucun texte qui limite le reste à charge des bénéficiaires de l'APA au titre de la mise en œuvre de leur plan d'aide. [...] Dès lors, la mission considère que les pratiques des départements, fixant des tarifs significativement inférieurs aux coûts engagés par les Saad et la pratique de « sur-ticket modérateur » facturés par les Saad n'est pas contraire à la réglementation. En outre la mission n'a trouvé aucune jurisprudence qui pourrait amener à une interprétation différente des textes. »*

Pour certaines fédérations⁹⁸ et pour la DGCS, cette pratique est juridiquement contestable étant donné que le taux de participation de l'utilisateur au financement de son plan d'aide est calculé selon un barème national (article L.232-4 du CASF) dont les conseils départementaux ne peuvent s'écarter que si les conditions et montants sont plus favorables pour le bénéficiaire que ceux prévus par le barème national (article 1.121-4 du CASF). Or, en ajoutant un reste à charge supplémentaire à la participation légale, certains conseils départementaux prennent une mesure moins favorable.

⁹⁸ Pour contester la légalité de ces pratiques d'autorisation de surparticipation pour les Saad tarifés, certaines fédérations s'appuient sur les dispositions du CASF, rappelées dans une jurisprudence récente du Conseil d'État, en date du 29 mai 2019 et portant sur l'aide sociale à l'enfance. Dans cet arrêt, le Conseil d'État rappelle le contenu de l'article 121-3 du CASF, qui prévoit *« que dans les conditions définies par la législation et la réglementation sociales, le conseil général - rédaction en vigueur à la date des décisions litigieuses – adopte un règlement départemental d'aide sociale définissant les règles selon lesquelles sont accordées les prestations d'aide sociale relevant du département »* et celui de l'article L.121-4 du CASF qui prévoit que *« le conseil général peut décider de conditions et de montants plus favorables que ceux prévus par les lois et règlements applicables aux prestations mentionnées à l'article L.121-1 »*, c'est-à-dire les prestations légales d'aide sociale à la charge du département. Le Conseil d'État rappelle que *« lorsque les conditions d'attribution ou les montants des prestations sont déterminées par les lois et décrets qui les régissent, le règlement départemental d'aide sociale ne peut édicter que des dispositions plus favorables »*.

c) Les « dépassements » quelle qu'en soit la cause varient-ils avec le revenu de l'allocataire ?

C'est un problème mal documenté.

Certains Saad non HAS pratiquent des tarifs de facturation différents selon les ressources de l'utilisateur, si bien que le montant du sur-ticket modérateur varie avec le revenu. La légalité de la prise en compte du revenu est discutée.

B) TYPOLOGIE DES PRATIQUES DE TARIFICATION DES CONSEILS DEPARTEMENTAUX

1) Le modèle mis en œuvre par une majorité des départements

a) Le principe

Comme détaillé ci-dessus, dans la majorité des départements, il convient de distinguer :

- les Saad HAS : le tarif de facturation est fixé par le CD et identique au tarif de remboursement des heures APA ;
- les Saad non HAS : le tarif de facturation est libre. Les plans d'aide sont valorisés et la participation de l'utilisateur est calculée à partir d'un tarif de remboursement généralement inférieur au tarif de facturation.

b) Tarifs Saad HAS

Le tarif de facturation des Saad HAS (égal au tarif de remboursement des heures APA dans une majorité de départements) était en moyenne égal à 21,60 € en 2017, selon l'enquête menée par la DGCS. Cette estimation du tarif moyen repose sur un échantillon composé de 66 départements uniquement. On ne peut être certain du caractère représentatif des départements répondants, en particulier car une partie des départements non répondants se caractérise par une absence de Saad HAS tarifés.

Proposition : se doter d'un système d'information permettant une meilleure connaissance et une visibilité des pratiques de tous les départements.

b1) Un tarif inférieur aux coûts

Ce tarif de facturation des Saad HAS est inférieur aux coûts de production moyen estimés au sein du réseau de l'UNA (23,73 € par heure d'intervention en 2017) et au sein de l'échantillon constitué par EY et Eneis Conseil dans le cadre de leur étude des coûts (24,24 €/h en moyenne, pour un coût médian de 23,55 €/h).

Sans certitude sur le caractère représentatif de ces deux échantillons sur l'ensemble des Saad, il en ressort, et cela est confirmé par l'ensemble des acteurs auditionnés, que le tarif de facturation fixé par les conseils départementaux ne couvrirait pas les charges d'un nombre significatif de Saad HAS.

Cet écart est pour la majorité des acteurs à l'origine de l'extrême fragilité économique du secteur au sens où le tarif de facturation imposé par le régulateur ne permettrait pas aux services de facturer le juste prix de la prestation. Il peut aussi pousser les services à baisser le niveau de qualification de

leur personnel pour entrer dans leur frais, ce qui va évidemment à l’encontre d’une meilleure qualité d’intervention.

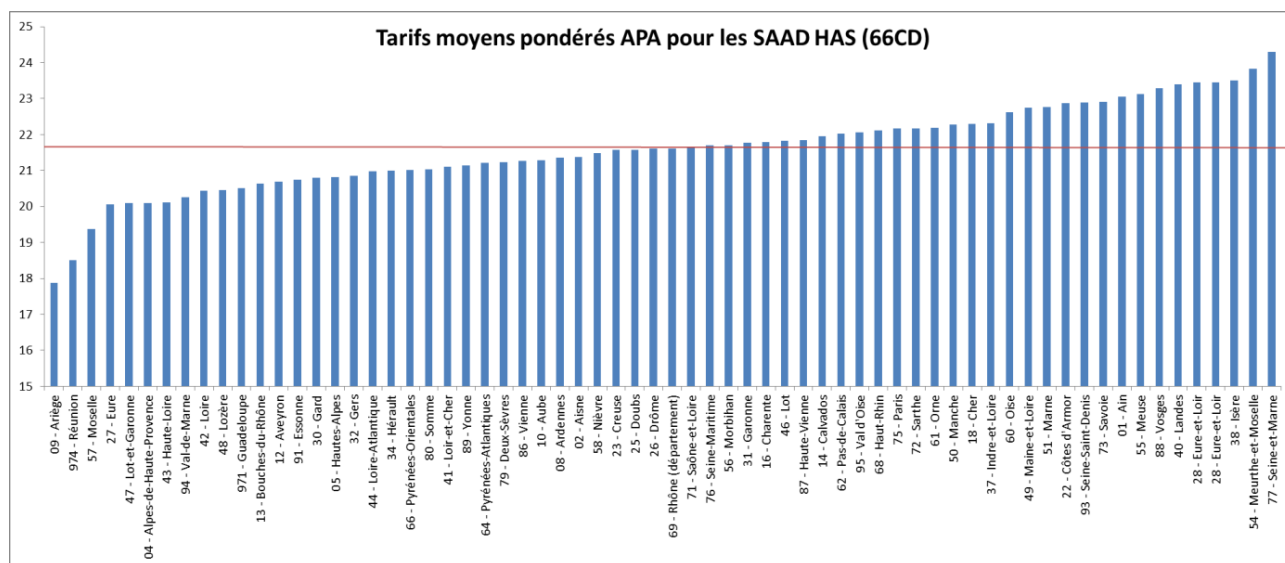
On ne dispose pas d’information précise sur la manière dont est financé cet écart, supérieur en moyenne à 2 € par heure d’intervention selon les estimations disponibles. L’article R.314-51 du CASF prévoit que « *le déficit est couvert en priorité par reprise sur le compte de réserve de compensation. [...] En cas de circonstances exceptionnelles, la reprise du déficit peut être étalée sur trois exercices* »⁹⁹. Cela peut se traduire concrètement par une augmentation du tarif de facturation l’année suivante ou par l’octroi de dotations complémentaires pour reprendre intégralement ou partiellement le déficit.

Les services peuvent aussi intégrer le modèle déficitaire de ce type d’activités et décider de les diversifier. Les déficits peuvent alors être financés via les marges positives que certains services réalisent auprès d’usagers non fragiles. On ne dispose cependant pas d’informations précises sur les coûts de production par profil d’usager.

Selon les acteurs auditionnés, la gestion des déficits par les conseils départementaux est très variable d’un département à l’autre. Dans certains départements, de nombreux cas de faillite ont par exemple été observés ces dernières années.

b2) Les tarifs moyens sont très variables d’un département à l’autre

Figure 2 – Tarifs moyens pondérés des Saad HAS (66 conseils départementaux) en 2017



Source : DGCS.

Dans certains départements, bien que le CASF prévoit la fixation d’un tarif individualisé, propre à chaque Saad, les conseils départementaux fixent un tarif unique pour l’ensemble des services HAS du département, ce qui implique pour les usagers un RAC horaire identique (à taux de participation légal donné) quel que soit le Saad HAS.

⁹⁹ La reprise de déficit ne concerne cependant que les dépenses acceptées par les départements.

La majorité des départements fixe néanmoins des tarifs propres à chaque Saad HAS avec des variations qui généralement se situent au sein d'un même département autour de 2 ou 3 €, mais qui dans certains départements atteignent 7, voir 9 €. Bien que moins documentées que les variations de tarifs entre départements, les variations de tarifs au sein d'un même département peuvent être très significatives.

Quelques exemples de variation intra-départementale de tarifs, tirés de la base Solvapa de la Drees (2015)¹⁰⁰ :

- Cher : Tarifs variant de 20,70 €/h à 22,80 €/h selon les services ;
- Charente : Tarifs variant de 20,10 €/h à 22,81 €/h selon les services ;
- Charente-Maritime : Tarifs variant de 16,04 €/h à 23,11 €/h selon les services ;
- Aude : Tarifs variant de 18,5 €/h à 20,20 €/h selon les services ;
- Var : Tarifs variant de 17,43 €/h à 26,40 €/h selon les services.

L'article de Hege, Roquebert, Tenand et Gramain (2014), « La tarification des services d'aide à domicile : un outil au service des politiques départementales » (Note Modapa n° 2) souligne que les écarts de tarifs de facturation (variations inter et *infra* département) s'expliquent en partie par des différences dans les conditions de production des services, liées aux caractéristiques des structures et des territoires. Certains services interviennent par exemple dans des endroits particulièrement difficiles d'accès, desservent une zone particulièrement large ou encore acceptent des interventions très fractionnées.

Les écarts de tarifs inter-départements s'expliqueraient aussi par des différences dans le mode de calcul utilisé par les conseils départementaux pour établir les tarifs. Selon les auteurs, « *les conseils généraux calculent un coût de revient moyen théorique, qui intègre à la fois les données fournies par les services et des normes de production définies par chaque conseil général (Gramain & Xing, 2012). Ces normes encadrent par exemple le poids des frais de structures dans le coût de revient ou celui des tâches de direction et de gestion. Elles peuvent aussi fixer un taux d'encadrement maximum acceptable en termes de masse salariale. Enfin, elles portent souvent sur la part du temps d'intervention au domicile dans le temps de travail des salariés. Le calcul des tarifs permet ainsi à chaque conseil général d'orienter le processus de production des services* ».

La diversité des pratiques est également visible au regard du nombre de tarifs fixés pour chaque Saad. Certains conseils départementaux arrêtent un seul tarif par service, d'autres plusieurs (jours ouvrables/dimanche et jours fériés ; tâches ménagères/tâches aides au corps ; selon la qualification du personnel)¹⁰¹. La double tarification concernerait presque un tiers des départements.

Exemples de département pratiquant une double tarification, tirés de la base Solvapa de la Drees (2015) :

- Hérault : distingue JO et DJF. JO : tarifs variant de 19,23 €/h à 25,3 €/h ; DJF : tarifs variant de 25,67 €/h à 32,90 €/h ;

¹⁰⁰ Base de données consultable en ligne sur <http://www.data.drees.sante.gouv.fr>.

¹⁰¹ L'article R314-130 du CASF prévoit que le président du conseil départemental détermine dans le cas des Saad un tarif horaire des aides ou employés à domicile et un tarif horaire des auxiliaires de vie sociale et des aides médico-psychologiques.

- Haute-Corse : distingue selon le niveau de qualification du personnel. Aide à domicile tarifs variant de 19,27 €/h à 21,97 €/h ; Auxiliaire de vie sociale tarifs variant de 21,53 €/h à 23,34 €/h.

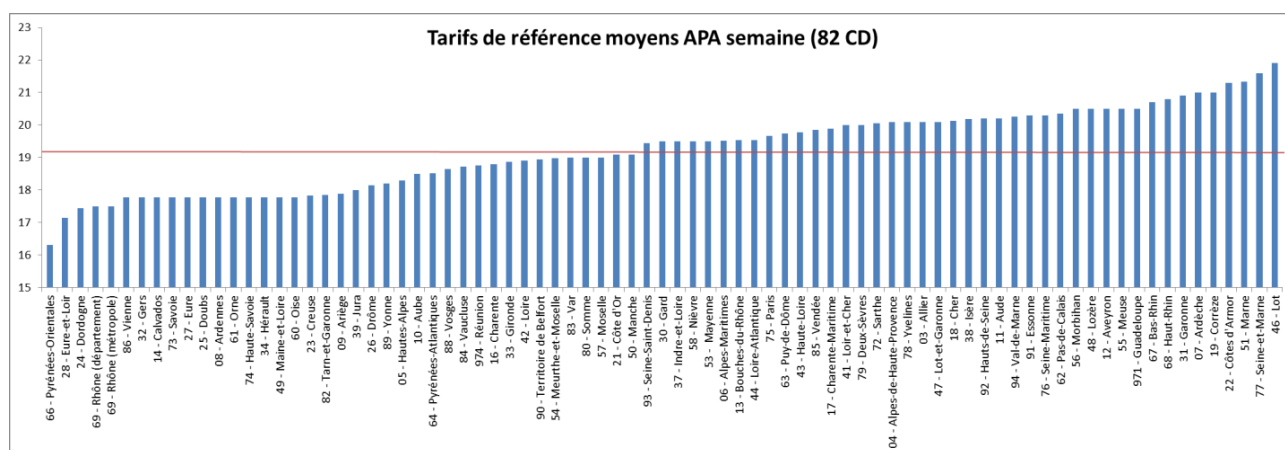
Selon les auteurs de la note Modapa précitée, « *La tarification simple permet de limiter l'augmentation des dépenses d'APA. Elle incite en effet les Saad à figer la structure de leur activité : ils doivent s'assurer que leur coût de revient moyen corresponde au tarif fixé par le conseil général à partir de la structure d'activité de l'année précédente. De plus, avec une tarification simple, le conseil général est en mesure de prévoir le coût moyen de l'heure d'aide qu'il finance en partie dans le cadre de l'APA. À l'inverse, la double tarification rend plus difficile la prévision des dépenses du conseil général mais permet l'évolution de la structure d'activité des Saad sans danger pour leur équilibre économique. Parce qu'elle permet de valoriser certaines activités plus coûteuses, la double tarification constitue donc un outil pour encourager certaines dimensions de la qualité des aides.* »

c) Tarifs Saad non HAS

Le tarif de remboursement des heures APA (également appelé « tarif de référence ») était en moyenne en 2017 de 19,29 €/h dans les Saad non HAS. Il varie ici aussi de manière très significative entre départements.

Ces tarifs sont à considérer avec précaution. Ils ne sont connus que pour une partie des départements et lorsqu'ils sont renseignés, ils n'offrent parfois qu'une vision très partielle du tarif de remboursement effectif dans le département. C'est le cas par exemple d'un département dont le tarif renseigné n'est en fait appliqué que pour les GIR 1 et 2 isolés ou atteints de troubles cognitifs. Pour les autres bénéficiaires de l'APA, le tarif de remboursement des heures APA faites en semaine est en réalité inférieur de 5 € à celui renseigné.

Figure 3 – Tarifs de référence moyens APA semaine (82 conseils départementaux) en 2017



Source : DGCS.

Alors que l'on dispose d'une information incomplète dans le cas des tarifs de remboursement, on ne dispose d'aucune d'information robuste sur les tarifs de facturation pratiqués par les Saad non HAS. Néanmoins, pour une majorité des Saad non HAS, le tarif de remboursement est inférieur au coût de production (proche de 24 € en moyenne, selon les estimations connues), si bien que le tarif de factu-

ration est nécessairement supérieur au tarif de remboursement, créant ainsi un sur-ticket modérateur pour l'utilisateur.

d) Propriétés de ce modèle de tarification

Ce schéma de tarification des Saad s'expose à deux critiques :

- Il incite les départements à sous-tarifier les Saad HAS pour maîtriser les dépenses sociales d'APA, bridant ainsi la qualité des prestations.

Selon Burreau-Dubois et al. (2015)¹⁰², ce schéma permet au conseil départemental de garder la maîtrise de ses dépenses : le montant d'APA dépend du prix facturé uniquement lorsque celui-ci est fixé par le conseil départemental lui-même.

Dans le cas des Saad HAS, la fusion des tarifs de facturation et des tarifs de remboursement place en effet le département dans une position d'arbitrage entre maîtrise des dépenses sociales d'APA d'une part, et tarification à sa juste valeur de la prestation délivrée d'autre part. La tarification des Saad HAS devient dès lors un instrument potentiel de maîtrise des dépenses d'APA. Le souci de maîtriser des dépenses d'APA peut en effet ainsi inciter le département à sous-tarifier les services en sous-estimant le coût de production réel du service. Cette solution n'est cependant pas viable à long terme pour les services dès lors que le « prix de vente » imposé par le régulateur est inférieur au coût moyen de la prestation délivrée ;

- il crée, à taux de participation légal donné, des inégalités des RAC horaires.

Les écarts de tarifs, au sein d'un même département et entre départements, induisent un écart de RAC entre individus ayant un même taux de participation (même revenu et même plan d'aide).

On retrouve là le problème de l'opposabilité tarifaire qui a été étudié en section I.

2) Autres modèles de tarification des Saad HAS

Certains départements ont développé des modèles de tarification s'écartant plus ou moins de ce modèle de référence.

a) Modèle s'appuyant sur une généralisation de la liberté tarifaire des services

Pour se libérer de la contrainte que fait peser la maîtrise des dépenses d'APA sur la tarification des Saad HAS, une première option, mise en œuvre par certains départements, est de se caler sur le modèle des Saad non HAS (ou de manière presque équivalente, de ne pas tarifier les Saad HAS). Les Saad sont alors libres de fixer le tarif de facturation, le département se limitant alors à fixer le tarif de remboursement.

Dit autrement, les Saad ne sont plus tarifés.

Si ce choix permet aux services de fixer un tarif de facturation plus en adéquation avec leur coût réel de production, leur offrant ainsi une plus grande marge de manœuvre sur la qualité offerte, il

¹⁰² Bourreau-Dubois, Roquebert, Gramain, 2015, « Les disparités départementales dans la mise en œuvre de l'APA à domicile, reflets des choix de politiques locales », Note Modapa n° 3.

implique le développement des sur-tickets modérateurs, renforçant ainsi les écarts de RAC horaire entre individus pourtant caractérisés par un même taux de participation.

Le département du Nord permet d'illustrer une pratique d'autorisation de dépassement généralisée à l'ensemble des Saad (HAS ou non HAS), mais plafonnée. En 2016, le département finançait 65 services autorisés, réalisant 64 % des heures prises en charge (APA, PCH, aide ménagère au titre de l'aide sociale) et 204 services ex-agrèés. Le département pratiquait jusque là des règles de financement différentes selon le statut juridique du gestionnaire : 17,50 €/h en semaine pour les services nouvellement autorisés (mais non HAS, i.e. ex-agrèés) et 20,28 €/h /22,66 €/h en moyenne pour l'aide ménagère et les gestes au corps pour les services autorisés et HAS¹⁰³. Depuis 2017, le département a unifié le régime tarifaire en instaurant un tarif de remboursement unique (21 €/h) pour l'ensemble des Saad (HAS et non HAS) avec une liberté tarifaire encadrée : le département autorise un dépassement, mais celui-ci est plafonné à hauteur de 10 % de l'ASPA, soit 83,32 €/mois en 2017¹⁰⁴. À noter que ce dépassement s'applique quels que soient les ressources de l'allocataire et le nombre d'heures du plan d'aide, si bien que les services peuvent pratiquer des tarifs horaires différents selon le revenu et le volume d'aide.

b) Modèle avec dépassement

De manière alternative, certains départements fixent dans le cadre des Saad HAS un tarif de facturation supérieur au tarif de remboursement.

Cette option permet de relâcher le poids que fait peser la maîtrise des dépenses d'APA (via le tarif de remboursement) sur le financement des Saad (via le tarif de facturation).

Elle crée cependant de fait un sur-ticket modérateur semblable à celui des Saad non HAS.

b1) Dépassement pris en charge à 100 % par le département

Certains départements font alors le choix de prendre en charge à 100 % le dépassement. Les données de la base SOLVAPA (Drees, 2015) permettent d'illustrer ce modèle dans certains départements ayant répondu à l'enquête :

- Paris : les tarifs de facturation des Saad HAS varient de 21,42 € à 23,75 €. Le département ne valorise pas les plans d'aide à partir de ces tarifs mais à partir d'un tarif de référence, identique pour tous les Saad HAS, et égal à 19,47 €. Le dépassement varie donc de 1,95 € à 4,28 € par heure selon le Saad auquel a recours l'utilisateur. L'écart est pris en charge à 100 % par le conseil départemental ;
- Gironde : même modèle avec des tarifs de facturation variant de 20,23 € à 27,37 € et un tarif de référence de 18,54 €. L'écart est pris en charge par le conseil départemental à 100 % ;
- Val-de-Marne : même modèle avec des tarifs variant de 21,6 € à 23,24 € et un tarif de référence de 20,10 €. L'écart est pris en charge par le conseil départemental à 100 % ;
- Haute-Savoie : même modèle avec cependant une distinction selon le type de prestation (ménage vs soins au corps). Pour le ménage, les tarifs varient de 20,91 € à 26,02 €. Pour les soins, les tarifs varient de 22,84 € à 26,72 €. Deux tarifs de référence sont appliqués, iden-

¹⁰³ Rapport N° DGASOL/2016/595, « Mise en œuvre de la Stratégie départementale d'action pour le soutien à l'autonomie », conseil départemental du Nord, Réunion du 12 décembre 2016.

¹⁰⁴ Rapport du Cabinet Delsol, mandaté par les trois principales fédérations du département afin d'analyser la légalité des délibérations prises par le conseil départemental du Nord.

tiques pour tous les Saad : 18 € pour le ménage et 21 € pour les soins du corps. L'écart est financé intégralement par le conseil départemental.

Ce modèle appelle quatre commentaires :

- sa principale vertu est d'égaliser au sein des Saad HAS les RAC horaires entre individus caractérisés par un même taux de participation, répondant ainsi à une critique importante faite au modèle de tarification prévalant dans une majorité de départements ;
- le fait de tarifier les Saad HAS au-dessus du tarif de remboursement ne fait aucun perdant parmi les usagers (l'écart étant couvert à 100 % quel que soit le revenu de l'usager). Ce schéma est cependant davantage profitable aux usagers les plus aisés qui bénéficient, comparativement au modèle dominant, d'une réduction de la progressivité du taux de participation ;
- la déviation de ce modèle par rapport au modèle de référence s'inscrit donc dans le cadre de l'aide extralégale ;
- ce modèle est fondamentalement très proche de celui exposé par la DGCS dans le cadre d'une éventuelle réforme du système de financement des Saad : le tarif de remboursement sur lequel est calculé la participation des bénéficiaires est identique pour tous les Saad HAS qui reçoivent par ailleurs un financement complémentaire variable selon les services.

b2) Dépassement pris partiellement en charge par le département

Dans certains départements, le dépassement n'est pris en charge que partiellement par le département. C'est le cas par exemple du Doubs, dont les tarifs de facturation des Saad HAS varient de 20,5 € à 25,75 €, mais où le département ne valorise pas les plans d'aide à partir des tarifs effectivement facturés aux allocataires mais à partir d'un tarif de référence, identique pour tous les Saad autorisés, et égal à 19,50 €. Le dépassement varie donc de 1 € à 5,77 € par heure. Ce dépassement est partagé entre l'allocataire et le conseil départemental, la répartition dépendant du revenu de l'allocataire. L'enquête ne renseigne pas sur la règle de partage.

L'Ile et Vilaine adopte la même pratique mais avec une distinction pour les jours ouvrés (JO) et les dimanches et jours fériés (DJF). Pour les JO, les tarifs varient de 21,04 € à 26,09 € avec un tarif de référence de 20,10 €. Pour les DJF, les tarifs varient de 24,05 € à 29,85 € avec un tarif de référence de 23 €.

IV CONDITIONS DE TRAVAIL ET D'EMPLOI DES PROFESSIONNELS ET DIFFICULTES DE RECRUTEMENT

En dépit de l'importance du rôle joué par les professionnels de l'aide à domicile auprès des personnes vulnérables, les principaux acteurs du secteur font état de conditions de travail particulièrement difficiles pour ces professionnels.

Ceci conduit à une situation actuelle particulièrement alarmante dans un contexte de vieillissement démographique et de besoins de recrutement de personnel important :

- les métiers de l'aide à domicile souffrent d'une image très dégradée ;
- les services sont en difficulté pour recruter et fidéliser leur personnel et donc parfois de plus en plus souvent en incapacité de répondre à la demande de services qui est leur faite.

Cette situation préoccupante a été bien décrite dans le rapport issu de la concertation « Grand âge et autonomie » de mars 2019 qui dans ses recommandations a fait de la restauration de l'attractivité des métiers du grand âge la première des priorités de la stratégie nationale du grand âge : « *Rien ne sera possible sans que notre société reconnaisse au mieux celles (la très grande majorité) et ceux dont l'activité professionnelle est d'accompagner et de prendre soin des personnes en perte d'autonomie* ».

S'en est suivie une mission confiée à madame Myriam El Khomri sur les métiers du grand âge en établissement et à domicile qui a rendu fin octobre dernier un rapport sur la question. Celui-ci prend la forme d'un plan de mobilisation nationale¹⁰⁵ et a pour ambition de faire face aux forts besoins de recrutement et de formation des prochaines années aussi bien en Ehpad qu'à domicile : nécessité de créer 93 000 postes supplémentaires entre 2020 et 2024 (soit 18 500 postes par an) et de former, sur la même période, 260 000 professionnels pour remplacer les départs en retraite.

Le Conseil de l'âge particulièrement soucieux de la situation actuelle reprend dans l'encadré ci-dessous et de façon plus détaillée en annexe 6 les principaux constats faits dans le rapport de Mme El Khomri.

Principaux constats du rapport El Khomri :

- des métiers à domicile mal rémunérés avec un démarrage au Smic, voire en-dessous, des progressions salariales et de façon générale des perspectives d'évolution qui sont très faibles ;
- un travail à temps partiel souvent subi. Ainsi, dans le secteur de la branche aide à domicile, 79 % des salariés sont à temps partiel avec un temps de travail qui augmente avec la qualification ;
- en conséquence, un taux de pauvreté élevé parmi ces métiers, par exemple 17,5 % de ménages pauvres parmi les intervenants à domicile contre 6,5 % en moyenne pour l'ensemble des salariés ;
- des conditions d'exercice très difficiles notamment par manque d'effectifs : les postures, les rythmes de travail sont marqués par une forte pénibilité et se traduisent par un nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles (« sinistralité ») trois fois supérieur à la moyenne nationale ;
- des répercussions très négatives sur l'attractivité des métiers générant des difficultés de recrutement et un *turn over* important.

¹⁰⁵ « Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024 » remis à la ministre Mme Agnès Buzyn le 29 octobre 2019.

Le Conseil de l'âge insiste également sur certains aspects mis en avant par les principaux acteurs et fédérations du service à domicile lors de leurs auditions :

- **la faiblesse des rémunérations et de leur évolution depuis quelques années et la précarité des métiers de l'aide à domicile.** Les acteurs décrivent le manque d'analyse et d'étude réelle sur les salaires perçus dans ce secteur. Cette question est à mettre en lien avec le temps partiel le plus souvent subi des professionnels qui peuvent parfois cumuler plusieurs emplois (parfois auprès de six employeurs différents) ;
- **la pénibilité physique et psychique du travail qui se complexifie au domicile** avec une augmentation du nombre de personnes en GIR 1-2 à domicile et/ou atteintes de troubles neuro-dégénératifs à accompagner, un morcellement fréquent des interventions. Les acteurs expliquent ce morcellement croissant par les contraintes budgétaires des conseils départementaux et également par un souci de répondre à l'évolution des besoins des personnes : à la demande d'aide-ménagère se substitue aujourd'hui une demande forte pour des actes récurrents comme les repas qui morcellent forcément le temps de travail. En plus de fragiliser l'organisation du Saad, de multiplier les déplacements et les frais kilométriques, ce morcellement met sous pression les professionnels qui sont de plus en plus contraints par les horaires et ne peuvent accorder de temps de présence aux personnes qu'ils accompagnent ;
- à cela s'ajoute un **fort isolement des professionnels au domicile** face à ces situations parfois complexes et ce travail qui peut générer du stress et de la frustration ;
- **une perte de sens du métier et un sentiment de décadence.** Les professionnels ressentent le niveau d'exigence qui augmente et parallèlement la détérioration de leur situation financière ;
- **des difficultés pour les intervenants à domicile mais également pour les directeurs de structures et les cadres intermédiaires** en charge du management des équipes, de la gestion des plannings, de la relation avec les familles. Les acteurs regrettent le manque de fonctions supports et d'encadrement dans les services ;
- **un sentiment d'impuissance des employeurs face aux taux de sinistralité et d'accidentologie du secteur.** À la différence du secteur du bâtiment (BTP), il apparaît moins facile de fixer des normes, des contrôles, des sanctions dans un secteur où le travail s'effectue dans la sphère privée, au domicile des personnes ;
- **des difficultés pour les employeurs à recruter du personnel** : constat d'un manque de candidats à la formation du diplôme d'État d'accompagnement éducatif et social (DEAES), issu de la fusion en 2016 des diplômes d'auxiliaire de vie sociale (AVS) et d'aide médico-psychologique (AMP) et de postes qui restent non pourvus ;
- **des difficultés pour les employeurs à garder en emploi les professionnels et à les fidéliser.** En plus de conditions difficiles de travail, les employeurs ont peu de perspectives de carrière à offrir à leurs salariés (en termes de métiers et de salaire). L'âge de sortie du marché du travail de ces professionnels est précoce et se situe autour de 55 ans (pour les salariés de l'ADMR par exemple). Les acteurs constatent par ailleurs **une plus grande volatilité du personnel** qui part travailler en établissements pour personnes âgées, dans des territoires limitrophes (Luxembourg, Suisse) ou dans des stations balnéaires (stations de ski, Côte d'Azur) où les

salaires sont plus élevés et même dans d'autres secteurs (reconversion professionnelle dans l'industrie par exemple) ;

- **des difficultés pour les employeurs à faire monter en compétence leurs salariés** (auxquels on demande pourtant plus de polyvalence) **et à accompagner le changement** : les acteurs déplorent la diminution des crédits de formation alors pourtant que 70 % des personnes qui entrent en emploi doivent être formés. On sait par ailleurs que les métiers de l'aide à domicile sont amenés à évoluer au regard des innovations actuelles numériques et technologiques mais également organisationnelles et managériales, du rapprochement avec le secteur sanitaire ou même simplement avec les Ehpad. L'accompagnement à l'innovation et au changement peut être difficile à porter par des acteurs focalisés sur des difficultés de recrutement et de gestion financière et humaine de leur services ;
- **des difficultés pour les employeurs à concilier exigence d'une plus grande qualité d'accompagnement des personnes et rigueur budgétaire dans un contexte de sous-tarifification du secteur** : pression existante sur les services à une baisse du niveau de qualification de leurs professionnels (limitation à 30 % dans certains départements du nombre de personnels qualifiés, c'est à dire de catégorie C) pour limiter les coûts alors qu'on en appelle à un accompagnement de qualité des personnes et à une professionnalisation des professionnels.

Au final, l'ensemble de ces constats conduisent à une situation particulièrement préoccupante où les services à domicile ne sont déjà aujourd'hui parfois plus en capacité d'assumer toutes les demandes d'intervention à domicile pour des personnes vulnérables et/ou dans tous les lieux (cf. encadré ci-dessous étude de l'UNA), ce qui constitue une menace importante de création de déserts médicosociaux et/ou de rupture d'égalité d'accès à un service d'accompagnement à domicile pour les personnes âgées qui en ont besoin.

Principaux résultats de l'étude menée par Opinion Way pour l'UNA en décembre 2018 dans le cadre de la concertation nationale « Grand âge et autonomie »

L'étude réalisée auprès de 256 directeurs de structures adhérentes à l'UNA révèle des difficultés de prise en charge qui augmentent (dans un contexte où le nombre de prises en charge a plutôt tendance à augmenter pour près de la moitié des structures) :

- le taux de demandes refusées passe de 3 à 5 % ;
- une prise en charge sur 10 en moyenne n'a été que partielle, refusée ou reportée ;
- 45 % des structures n'ont pas pu prendre en charge intégralement toutes les demandes (tendance à la hausse par rapport à 2017, où l'on se situait autour de 41 %) ;
- près de la moitié des structures ont déjà constaté des ruptures dans la continuité de la prise en charge, en particulier pour les structures de plus de 100 salariés.

Cette situation s'accompagne d'ouverture de postes dans la majorité des cas, mais pour la moitié des structures, la totalité des postes n'est pas pourvue. Près d'un poste sur 5 en moyenne ouvert en 2018 n'est pas pourvu.

Au final, le manque de personnel entraîne des refus de prises en charge pour près d'une structure sur 5.

SOUS-SECTION 2 FAIRE DES SAAD UN ACTEUR MAJEUR ET STRUCTURANT DE LA POLITIQUE DE SOUTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES VULNERABLES

Permettre aux personnes âgées vulnérables de vieillir dans leur domicile passe par une politique de soutien renforcée. Dans ce cadre, l'accompagnement médico-social apporté par les Saad apparaît aujourd'hui fragilisé. Il convient de renforcer leur rôle en leur garantissant les ressources nécessaires à la mise en œuvre d'un accompagnement répondant aux besoins des personnes soutenues.

À cette fin, deux conditions sont nécessaires :

1. Il faut assurer une évolution significative des missions des Saad, permettant d'en faire un maillon essentiel et reconnu du dispositif de soutien à l'autonomie (voir développements *supra* section I, sous-section II et section II, sous-section 1).
Ces prestations doivent s'appuyer aussi bien dans leur conception que dans leur mise en œuvre sur une organisation du travail renouvelée et des compétences renforcées et diversifiées, afin de garantir une réponse au plus près des besoins et contraintes de la personne accompagnée. Elles nécessitent *a minima* d'accroître le niveau de qualification du personnel intervenant à domicile, d'accroître le temps de travail collectif et de renforcer les équipes d'encadrement de proximité.
2. Il faut consolider leur financement. Les évolutions souhaitées ne se feront pas à coût constant et impliqueront une augmentation de l'effort public et/ou du coût à la charge des usagers. Elles doivent s'appuyer sur un modèle de financement garantissant aux services les ressources nécessaires à la mise en œuvre d'un accompagnement adapté tout en clarifiant le partage du coût entre usagers et solidarités publiques.

D) EVOLUTIONS DES MISSIONS DES SERVICES PRESTATAIRES ET IMPACT ESTIME SUR LEUR COUT

Même à volume d'aide inchangée, l'amélioration du service rendu à l'utilisateur par les Saad impactera nécessairement à la hausse le coût de production des heures d'aide à domicile.

Nous estimons l'impact sur le coût moyen de l'heure d'aide de trois évolutions-types :

- une augmentation significative des temps collectifs visant à favoriser la concertation, la coordination et la formation des intervenants et ainsi accroître la qualité des interventions et des emplois ;
- une augmentation du salaire brut des intervenants visant à soutenir une augmentation du niveau de qualification, une diversification des services et métiers offerts et à favoriser l'attractivité du secteur ;

- une augmentation du taux d'encadrement de proximité visant à accroître les effectifs encadrant les équipes d'intervention et accompagnant les usagers dans la définition, la mise en œuvre et l'évolution des plans d'aide.

A) AUGMENTER DE MANIÈRE SIGNIFICATIVE LES TEMPS DE CONCERTATION, DE COORDINATION ET DE FORMATION DES INTERVENANTS

Actuellement, le temps de travail non présentiel représente selon nos estimations 21 % du temps de travail des intervenants.

Selon la mission Igas/IGF (2010), les congés, les temps de trajet et les pertes d'heures en modulation représentent près de 90 % de ce temps non présentiel. Le temps restant (moins de 10 % des heures non présentes) alloué aux formations, échanges et coordinations représente donc environ 2 % du temps de travail des intervenants, soit 30 minutes par semaine pour un intervenant travaillant 25 heures par semaine¹⁰⁶.

Ces temps d'échanges, de coordination et formation sont pourtant des éléments essentiels à la qualité du service rendu et à la qualité de vie au travail des salariés. Ils permettent un meilleur accompagnement des bénéficiaires et aux intervenants de lutter contre l'isolement professionnel (échanges autour des bonnes pratiques ou des difficultés rencontrées lors d'une prise en charge, recherche de solutions dans un cadre collectif, coordination des différents intervenants auprès d'un même usager). Ces moments d'échange, de coordination et de formation sont d'autant plus nécessaires qu'ils doivent permettre d'accompagner la complexité croissante des situations des personnes accompagnées à domicile. Il est à noter que face à ce constat, certains CPOM conclus entre des départements et des Saad portent sur le développement du taux des heures « non présentes » dans un double objectif d'amélioration des conditions de travail des intervenants et de promotion de la bientraitance des personnes accompagnées.

Le rapport de Myriam El Khomri sur les métiers du grand âge préconisait une durée minimale de 4 heures de temps collectif par mois, hors temps de transmission, soit environ 1 heure par semaine.

Actuellement de 30 minutes par semaine en moyenne pour un intervenant travaillant 25 heures par semaine, le passage à 1 heure par semaine renchérirait le coût moyen de l'heure prestée de 0,46 €. Le passage à 1h30 ou 2h/sem renchérirait le coût moyen de l'heure prestée de respectivement 0,95 € et 1,42 € (tableau 13).

Sous l'hypothèse d'un volume horaire presté auprès des bénéficiaires de l'APA de 146 millions d'heure par an, le passage de 30 min à 1h30 par semaine de temps consacré au travail collectif impliquerait selon nos estimations le recrutement de 5 500 ETP¹⁰⁷.

¹⁰⁶ Durée hebdomadaire de travail moyenne dans la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile.

¹⁰⁷ 1 heure de présence au domicile de l'utilisateur nécessitant le financement de 1,27 h de travail après prise en compte du temps non présentiel, 146 millions d'heures prestées impliquent actuellement 185 millions d'heures de travail de la part des intervenants. En augmentant le temps de travail consacré à des réunions collectives à 1h30 semaine (contre 30 minutes actuellement), la production de 146 millions d'heures d'aide à domicile impliquerait le financement de 195 millions d'heures de travail, soit 10 millions de plus, correspondant approximativement à 5 500 ETP.

Tableau 13. Estimation du coût associé à une augmentation du temps de travail collectif des intervenants

	Temps de travail collectif moyen (pour un intervenant à 25 h/semaine)	Temps non présentiel moyen	Coût moyen de l'heure
Situation actuelle	30 min/sem	21 %	23,73 €
Scénarios d'évolution	1 h/sem	23 %	24,19 € (+0.46 €)
	1h30/sem	25 %	24,68 € (+0.95 €)
	2 h/sem	27 %	25,15 € (+1,42 €)
	2h30/sem	29 %	25,74 € (+2.01 €)
Estimation faite sous les hypothèses suivantes : (i) le temps de travail non présentiel des intervenants est en moyenne de 21,19 %, dont 2 % sont consacrés à des temps de travail collectif ; (ii) le coût salarial moyen d'un intervenant est de 14,02 €/h.			

Source : Calculs du SG du HCFEA.

Proposition : augmenter le temps de travail collectif et de formation des intervenants, pour atteindre en moyenne 1h30 par semaine (contre 30 min actuellement). Le temps de travail supplémentaire impliquerait le recrutement d'environ 5 500 ETP et rencherirait le coût moyen de l'heure prestée d'un peu moins d'un euro de l'heure.

B) AUGMENTER DE MANIERE SIGNIFICATIVE LE SALAIRE BRUT DES INTERVENANTS

Une hausse du niveau de qualification du personnel, ainsi qu'une diversification et valorisation croissante des métiers ne pourront se faire efficacement sans une augmentation significative du salaire brut des intervenants et une meilleure prise en charge des frais de déplacement.

Selon nos estimations, chaque augmentation moyenne de 50 €/mois du salaire brut moyen des intervenants à temps plein augmenterait de 0,5 € le coût de l'heure prestée. Autrement dit, une augmentation de 100 €/mois du salaire brut augmenterait de 1 € et une augmentation de 200 €/mois de 2 € l'heure prestée.

Selon les estimations de l'UNA, les frais de déplacements représentent près de 1,60 € par heure d'intervention. Le financement des frais de déplacements semble cependant très variable dans le secteur et une part importante des coûts réels reste en réalité à la charge des intervenants. Selon l'étude d'EY pour la Fédésap, les frais de déplacement financés seraient de 0,53 € et ne représenteraient que 11 % des frais de déplacement réels. On ne dispose pas d'études précises et représentatives

du secteur sur le sujet mais une meilleure prise en charge des frais de déplacement, si elle est souhaitable, pourrait renchérir de manière significative le coût unitaire des prestations¹⁰⁸.

Proposition : La valorisation des métiers de l'aide à domicile et l'augmentation du niveau de qualification des intervenants impliquent une augmentation des niveaux des rémunérations et une meilleure prise en charge des frais de déplacement.

C) AUGMENTER DE MANIERE SIGNIFICATIVE LE TAUX D'ENCADREMENT OPERATIONNEL

On compte actuellement 0,36 ETP d'encadrement de proximité pour 10 000 heures d'intervention. Une augmentation du taux d'encadrement permettrait un meilleur encadrement au quotidien des équipes d'intervention, une meilleure organisation des temps collectifs et un suivi plus efficient de la prise en charge.

On estime l'incidence sur le coût unitaire de l'heure d'aide d'une augmentation du taux d'encadrement opérationnel selon que celui-ci passe à 0,5 ETP ou 0,72 ETP (doublement) pour 10 000 heures d'intervention.

Dans le premier cas (passage à 0,5 ETP pour 10 000 heures), le nombre d'heures d'intervention gérées par ETP d'encadrement de proximité passerait d'une moyenne de 28 000 heures à 20 000 heures, soit une diminution de près de 30 %. Dans le second (passage à 0,72 ETP pour 10 000 heures), le nombre d'heures d'intervention gérées par ETP d'encadrement de proximité passerait d'une moyenne de 28 000 heures à 14 000 heures.

On estime le coût d'un ETP d'encadrement à 43 553 €/an¹⁰⁹.

Le surcoût associé à un taux d'encadrement de proximité passant de 0,36 ETP à 0,5 ETP pour 10 000 heures d'intervention est estimé à 6 100 €, soit 0,61 € par heure d'intervention et impliquerait le recrutement d'environ 2 000 ETP.

Le surcoût associé à un taux d'encadrement de proximité passant de 0,36 ETP à 0,72 ETP pour 10 000 heures d'intervention est estimé à 15 700 €, soit 1,57 € par heure d'intervention et impliquerait le recrutement d'environ 5 000 ETP.

Ce coût supplémentaire pourrait être minoré si on confiait des missions d'encadrement de proximité aux intervenants eux-mêmes, qui consacraient alors une partie de leur temps de travail par exemple à l'évaluation des besoins du bénéficiaire ou à la coordination d'une équipe d'intervenants. Cette évolution irait dans le sens d'une plus grande valorisation des métiers de l'aide à domicile et permettrait d'accroître les salaires des intervenants tout en réduisant le coût de l'augmentation proposée du taux d'encadrement.

¹⁰⁸ L'étude d'EY pour la Fédésap propose, dans son scénario « Urgence », de multiplier par 7 les frais de déplacements (de 0,53 €/h à 3,71 €/h en moyenne), soit une augmentation de près de 3 € du coût unitaire.

¹⁰⁹ On compte actuellement 0,76 ETP de fonctions support pour 10 000 heures d'intervention pour un coût estimé à 3,31 €/h*10 000=33 100 €. On estime donc le coût moyen d'1 ETP de fonction support à 43 553 €/an (= 33 100/0,76)

Ce type d'innovation organisationnelle est développé par des structures comme Alenvi, qui place les auxiliaires de vie au cœur d'un modèle centré sur la confiance, l'autonomie et le respect mutuel et qui valorise ainsi le rôle et la responsabilité des professionnels dans le bien-être des personnes accompagnées. Organisées en équipes de 6 à 8, les auxiliaires de vie gèrent en autonomie leur planning, les relations avec les familles, les liens avec les professionnels médicosociaux et le recrutement de leurs pairs. Ce modèle s'inspire du modèle de communautés autonomes développé par Buurtzorg aux Pays-Bas.

Proposition : une augmentation significative du taux d'encadrement opérationnel est nécessaire pour un meilleur accompagnement au quotidien des équipes d'intervention, une meilleure organisation des temps collectifs et un suivi plus efficient de la prise en charge. Dans le schéma organisationnel actuel, le recrutement d'au moins 2 000 ETP d'encadrement opérationnel apparaît comme un minimum.

Proposition : étudier le modèle économique et les conditions de développement d'autres modèles organisationnels, type Buurtzorg aux Pays-Bas ou Alenvi en France, qui confient les missions d'encadrement de proximité aux intervenants pour à la fois valoriser les métiers et accroître les salaires du personnel intervenant.

D) CUMUL DES EVOLUTIONS-TYPES

Selon les évolutions retenues, l'heure prestée verrait son coût moyen augmenter d'une valeur comprise entre 2 € et 6 €¹¹⁰.

¹¹⁰ Ces chiffrages ne tiennent par ailleurs pas compte de l'interdépendance des évolutions suggérées. L'augmentation du salaire horaire brut des intervenants augmenterait par exemple davantage le coût de production de l'heure si elle se cumulait avec une augmentation du temps consacré au travail collectif.

II) BESOIN DE FINANCEMENT

Les développements qui suivent évaluent le besoin de financement induit par une amélioration des prestations délivrées par les Saad. Ils s'appuient sur un scénario de court terme tablant notamment sur une augmentation de 2 € du coût de l'heure prestée, avec comme objectif d'atteindre une augmentation de 4 € à l'horizon 2030.

A) UN BESOIN DE FINANCEMENT PRINCIPALEMENT LIE A L'AUGMENTATION ATTENDUE DU NOMBRE D'ALLOCATAIRES DE L'APA A DOMICILE

Le virage domiciliaire, auquel contribuerait la consolidation des Saad, doit se traduire par une diminution significative de la part de personnes âgées vulnérables vivant en établissement (ou « taux d'institutionnalisation »). À l'horizon 2030, un objectif de réduction de 5 point de pourcentage du taux d'institutionnalisation des allocataires de l'APA apparaît comme une cible crédible (et une cible minimale pour certains membres du Conseil). Par rapport au scénario de stabilité du taux d'institutionnalisation, elle réduirait de 80 000 le nombre d'allocataires en établissement en 2030, augmentant ainsi du même nombre les effectifs d'allocataires à domicile¹¹¹.

En tenant compte de la croissance démographique du nombre d'allocataires de l'APA et de la diminution du taux d'institutionnalisation évoquée *supra*), on estime à 1,01 M le nombre d'allocataires de l'APA à domicile, soit une augmentation de 240 000 par rapport à 2017 (+31 %).

B) UN BESOIN DE FINANCEMENT SUPPLEMENTAIRE LIE AU RENFORCEMENT DES PRESTATIONS DES SAAD

On estime actuellement à 146 millions le nombre d'heures réalisées en mode prestataire auprès des allocataires de l'APA, soit en moyenne 21h/mois parmi les allocataires ayant recours à un service prestataire¹¹².

Afin d'enrichir la palette de services offerts par les Saad, il convient de tenir compte du besoin de financement résultant de l'augmentation nécessaire du volume des heures prestées et du coût unitaire.

Deux évolutions cibles sont ici retenues dans le cadre d'une consolidation des missions des Saad :

- une augmentation du volume des heures prestées auprès des allocataires de l'APA, avec une cible d'accroissement de 30 % ;
- une augmentation du coût de production moyen qui passerait de 24 € à 26 € à court terme, avec une cible d'augmentation progressive à 28 € (en euros constants) à horizon 2030¹¹³.

Le tableau 14 présente une estimation du besoin de financement à l'horizon 2030 associé à ces évolutions. Le surcoût serait de 3,5Md €, porté à près de 76 % par les départements dans le cadre de l'APA, 12 % par le crédit d'impôt et 12 % par les allocataires de l'APA.

¹¹¹ Dans le scénario de stabilité du taux d'institutionnalisation, et compte tenu des projections du nombre d'allocataires de l'APA, on estime à 660 000 le nombre d'allocataires de l'APA en établissement à l'horizon 2030. Une diminution de 5 points de pourcentage du taux d'institutionnalisation, réduirait cet effectif de 80 000 pour atteindre 580 000.

¹¹² On comptait 768 837 allocataires de l'APA à domicile fin 2017. Selon les remontées individuelles APA de 2011, 76 % des allocataires de l'APA à domicile avaient recours à un service prestataire.

¹¹³ On se focalise ici uniquement sur les heures prestées dans le cadre de l'APA, ce qui conduit à sous-estimer le besoin de financement dès lors que les évolutions qualitatives concernent l'ensemble des heures prestées par les Saad (en particulier les heures PCH).

Tableau 14. Estimation du surcoût annuel induit par la consolidation des missions des Saad

	2030 (scenario à 28 €)
Augmentation attendue des effectifs d'allocataires de l'APA à domicile *	1 110 M€
Renforcement des prestations	2 390 M€
Dont	
* Surcoût induit par une augmentation de 30 % du volume des heures prestées	1 390 M€
* Surcoût induit par l'augmentation du coût de l'heure prestée	1 000 M€
Surcoût total	3 500 M€

* L'effectif projeté d'allocataires de l'APA à l'horizon 2030 s'appuie sur un taux d'institutionnalisation réduit de 5 points de pourcentage.

Source : calcul du SG du HCFEA.

C) A L'HORIZON 2030, DES ECONOMIES SUBSTANTIELLES SONT REALISABLES EN CAS DE DIMINUTION DU TAUX D'INSTITUTIONNALISATION

Le coût d'une consolidation des missions des Saad pourrait en partie être financé par les économies associées à la diminution du taux d'institutionnalisation qu'on pourrait attendre du virage domiciliaire auquel contribuerait la consolidation de l'aide à domicile.

À l'horizon 2030, selon un premier chiffrage qu'il conviendrait d'affiner, chaque diminution de 1 point de pourcentage du taux d'institutionnalisation parmi les bénéficiaires de l'APA conduirait à une économie nette qu'on estime proche de 325 M€ (cf. encadré).

Encadré. Estimation de la réduction des dépenses publiques induites par une diminution du taux d'institutionnalisation

On estime le coût moyen journalier d'une prise en charge en Ehpad à 106 € (cf. note de la séance du 29 mars 2018 à partir de l'enquête nationale des coûts menée en 2015 par l'ATIH).

49 % de ce coût est financé par le tarif hébergement, 14 % par le tarif dépendance et 37 % par le forfait soin. Le tarif hébergement, le tarif dépendance et le tarif soin sont respectivement financés à hauteur de 28 %, 67 % et 100 % par des dépenses publiques. On estime ainsi à 23 210 €/an les dépenses publiques induites par la prise en charge d'une personne en Ehpad (soit près de 60 % du coût global).

Partant de cette estimation, chaque diminution de 1 point de pourcentage du taux d'institutionnalisation réduit à l'horizon 2030 de 15 920 le nombre de résidents, pour une réduction de l'effort public proche de 370 M€ (= 23 210 € * 15920).

Il convient de mettre en face de ces économies potentielles le surcoût induit par l'accompagnement du nombre croissant de personnes à domicile. Toujours à l'horizon 2030, le nombre supplémentaire de personnes accompagnées à domicile impliquerait principalement (outre le volume d'aide à domicile supplémentaire) :

- un accroissement des dépenses de Ssiad, qu'on estime égale à 30 M€¹¹⁴ ;
- un accroissement des dépenses d'aide au logement, qu'on estime égale à 15 M€¹¹⁵.

Au total, une diminution de 1 pp du taux d'institutionnalisation, soit 15 920 personnes en moins vivant en établissement par rapport à un scénario de stabilité du taux d'institutionnalisation, conduirait une économie nette de dépenses publiques qu'on estime proche de 325 M€.

¹¹⁴ Les dépenses de Ssiad s'élevaient à 1,6Md € en 2017 (Drees, 2018). On suppose que 90 % concernent des allocataires de l'APA vivant à domicile (768 827 fin 2017), soit une dépense moyenne de 1873 €/an.

¹¹⁵ L'estimation des dépenses supplémentaires d'aide au logement à domicile est basée sur l'hypothèse d'une aide au logement de 232 €/mois en moyenne à domicile (Drees, 2018) pour un tiers des 15 920 personnes supplémentaires.

Sur la base de cette estimation, une diminution du taux d'institutionnalisation de 5 points de pourcentage à l'horizon 2030¹¹⁶ parmi les allocataires de l'APA (correspondant à une diminution du nombre de résidents proche de 80 000 par rapport au scénario de stabilité du taux d'institutionnalisation) conduirait à une économie de 1 625 M€ de dépenses publiques.

Les économies ainsi réalisées permettraient donc de financer une partie significative du coût induit par le redimensionnement des Saad, estimé à près de 3,5 Md € au tarif de 28 €/h à l'horizon de 2030.

Les économies induites par la diminution du taux d'institutionnalisation seront majoritairement portées par l'assurance maladie. Compte tenu de l'absence de fongibilité des budgets publics, la manière dont elles pourront être mobilisées dans le financement d'une politique de consolidation de l'aide à domicile, aujourd'hui solvabilisée pour l'essentiel par les départements dans le cadre de l'aide sociale, n'est donc pas immédiate.

D) D'AUTRES SOURCES D'ÉCONOMIES SONT ATTENDUES D'UNE CONSOLIDATION DES SAAD

Comme analysé dans l'étude Citizing réalisée en novembre 2019 pour Adessadomicile et l'Ocirp, l'amélioration des services offerts aux personnes âgées vulnérables à domicile générera très vraisemblablement des externalités positives, sources d'économie substantielle. L'étude évoque la diminution du nombre de passage aux urgences, la réduction des hospitalisations, la prolongation de l'autonomie, la diminution du recours aux traitements médicamenteux, la diminution de l'absentéisme et des maladies et accidents professionnels parmi les intervenants, ou encore la diminution du nombre déplacements chez le médecin¹¹⁷.

Ces économies, en plus de celles induites par la diminution attendue du taux d'institutionnalisation, sont susceptibles de financer une part importante du redimensionnement des missions des Saad.

Parce que le surcoût de l'évolution des missions des Saad pèserait en premier lieu sur les finances des départements tout en allégeant en moyenne la participation des allocataires, qui plus est dans un schéma de financement allant vers un tarif de remboursement revalorisé et opposable (cf. *infra*), des ajustements du barème de l'APA pourraient éventuellement réduire la charge pesant sur les départements. Ils sont discutés dans le III C. ci-dessous.

Proposition : anticiper un besoin de financement de l'ordre de 3,5 Md € en 2030 pour faire face à l'augmentation attendue du nombre d'allocataires de l'APA et au renforcement des missions des Saad. Une partie significative de ce surcoût pourrait être financé par les économies réalisées résultant notamment d'une diminution du taux d'institutionnalisation des allocataires de l'APA. Une diminution du taux d'institutionnalisation de 5 points de pourcentage en 2030 par rapport à son niveau actuel permettrait une économie qu'on estime proche de 1,6 Md€.

¹¹⁶ On rappelle qu'il est actuellement voisin de 41 % et en très légère augmentation depuis 2009.

¹¹⁷ Il convient également d'évoquer l'impact sur l'implication et la qualité de vie des proches aidants.

III) QUEL MODELE DE FINANCEMENT SAAD ?

A) RETOUR SUR LE SCHEMA ACTUEL

1) Le financement public assure en moyenne un haut niveau de couverture du coût de l'heure d'aide

Le financement des heures d'aide réalisées par les services prestataires se fait aujourd'hui très majoritairement par le biais d'un tarif horaire à la charge de l'utilisateur, solvabilisé pour tout ou partie par l'APA et le crédit d'impôt.

Le tableau 15 présente le partage moyen du coût de l'heure d'aide prestée, supposé égale à 24 €/h.

L'heure d'aide prestée est en moyenne financée à hauteur de 68,5 % par l'APA et de 12 % par le crédit d'impôt, ce qui assure un haut niveau de couverture publique. La participation de l'allocataire est estimée en moyenne à 12 %, soit un peu moins de 3 € par heure en moyenne.

Compte tenu de l'écart entre le tarif moyen de facturation fixé par les conseils départementaux (21,60 €/h) et le coût moyen de production (qu'on estime proche de 24 €/h), il subsiste dans le cas des Saad HAS un déficit dont on ne connaît pas aujourd'hui précisément les modalités de financement.

Si ce modèle de financement assure aujourd'hui en moyenne un taux de couverture élevé du coût de l'heure (modulo l'incertitude sur le financement du déficit), il fait l'objet de deux remises en cause majeures :

- il ne garantit pas à l'ensemble des Saad les ressources nécessaires au bon fonctionnement des services ;
- il induit de fortes iniquités entre allocataires au regard des RAC horaires effectifs.

Tableau 15. Source de financement d'une heure d'aide prestée (moyenne)

	Saad HAS ⁽⁵⁾	Saad non HAS ⁽⁶⁾	Moyenne sur l'ensemble des Saad ⁽⁷⁾
Coût de production moyen à financer	24 €/h ⁽¹⁾	24 €/h ⁽¹⁾	24 €/h ⁽¹⁾
Tarif de facturation moyen	21,60 €/h ⁽²⁾	24 €/h ⁽⁴⁾	22,20 €/h
Tarif de remboursement moyen	21,60 €/h ⁽²⁾	19,29 €/h ⁽³⁾	21,02 €/h
Financement			
APA	16,91 €/h (70 %)	15,10 €/h (63 %)	16,46 €/h (68,5 %)
Participation de l'allocataire de l'APA	2,34 €/h (10 %)	4,45 €/h (18,5 %)	2,87 €/h (12 %)
Crédit d'impôt	2,34 €/h (10 %)	4,45 €/h (18,5 %)	2,87 €/h (12 %)
Déficit de la structure	2,40 €/h (10 %)	-	1,80 €/h (7,5 %)

Source : calculs du SG du HCFEA.

(1) Moyenne entre l'estimation tirée d'EY et Eneis Conseil (24,24 €/h) et UNA (23,73 €/h).

(2) Tarif moyen en 2017 (source DGCS).

(3) Tarif de référence moyen en 2017 (source DGCS).

(4) Faute de données sur les tarifs de facturation, on considère qu'ils sont en moyenne égaux au coût unitaire moyen de production connu.

(5) Le taux de participation moyen est estimé à 21,7 % en 2017 (Arnault, 2019), la moitié étant couvert par le crédit d'impôt. Le déficit, c'est-à-dire la différence entre le tarif de facturation et le coût de production est supposé financé à hauteur de 80 % par le conseil départemental et 20 % par l'utilisateur.

(6) Le taux de participation moyen est estimé à 21,7 % en 2017 (Arnault, 2019), la moitié étant couvert par le crédit d'impôt. Le dépassement, c'est-à-dire la différence entre le tarif de facturation et le tarif de référence est supposé à la charge intégrale de l'allocataire de l'APA.

(7) 75 % des heures prestées sont réalisées par des Saad HAS et 25 % par des Saad non HAS.

2) Le modèle de financement fragilise l'économie des Saad en ne leur garantissant pas les ressources nécessaires à leur bon fonctionnement.

Si les Saad non HAS disposent d'une liberté tarifaire leur permettant d'ajuster leurs tarifs à leurs coûts de production, les Saad HAS sont tarifés par les conseils départementaux. Les statistiques connues, bien que partielles, montrent que beaucoup d'entre eux se voient appliquer des tarifs ne couvrant pas leur coût de production, avec des répercussions notables, et aujourd'hui bien documentées, sur les conditions de travail et la qualité de l'aide apportée aux usagers.

Dans le schéma actuel de financement, une revalorisation des tarifs apparaît indispensable pour permettre aux Saad de réaliser les prestations que l'on peut légitimement attendre d'eux.

Pour apprécier les effets d'une revalorisation significative des tarifs, il convient cependant d'expertiser plus précisément la manière dont les déficits évoqués précédemment sont réellement financés. Dans le cas où ils sont repris en intégralité par le département, une augmentation des tarifs n'aurait pas nécessairement les effets attendus : elle réduirait le déficit (source d'économie pour les départements) mais augmenterait en parallèle la valeur des plans d'aide (source de coût pour les départements) d'un montant inférieur du fait de la participation des allocataires. Elle pourrait donc potentiellement être une source d'économie pour certains départements.

Proposition : Mener une étude sur la reprise des déficits des Saad HAS, la manière dont ils sont financés conditionnant les effets attendus d'une évolution du schéma de financement de ces services.

Caractéristiques du système de tarification actuel

Le système de tarification actuel présente deux caractéristiques dominantes :

- il s'agit d'une facturation à l'heure et non de l'attribution d'une enveloppe globale ;
- il n'y a pas de nomenclature des activités dont dépendrait la valeur horaire retenue (on n'est pas dans la logique de la réforme Serafin-PH¹¹⁸ en cours d'élaboration).

¹¹⁸ La DGCS et la CNSA conduisent, depuis fin 2014, les travaux nécessaires à la réforme de la tarification des établissements et services qui accueillent et accompagnent les personnes handicapées en France. L'objectif du projet SERAFIN-PH (services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées) est de proposer un nouveau dispositif d'allocation de ressources à ces établissements et services accueillant ou accompagnant les personnes en situation de handicap dans une logique d'équité, de promotion des parcours, de souplesse et plus globalement d'amélioration des modalités de leur accompagnement.

Le projet prévoit l'établissement d'un référentiel tarifaire, qui comprendra *a minima* :

- une description des besoins des personnes accompagnées ;
- une description des prestations mises en œuvre pour répondre à ces besoins ;
- une objectivation des ressources allouées.

Certains acteurs comme la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP), proposent de sortir du modèle de financement basé sur la fixation d'un tarif horaire afin de basculer dans un mode de financement par dotations globales. Ce basculement aurait des incidences majeures qu'il conviendrait d'analyser plus en détails (cf. encadré ci-dessous).

Il conviendrait en premier lieu de préciser les paramètres servant à fixer le montant de la dotation globale. Le GMP du service est parfois évoqué. En conditionnant les ressources des services aux GIR des usagers, ce mode de financement renforcerait le rôle du « Girage » effectué par les équipes médicosociales alors que celui-ci est, pour beaucoup, sujet à discussion au regard de sa capacité à rendre compte des besoins réels d'aide. Il impliquerait également d'assoir l'enveloppe forfaitaire sur l'estimation d'un coût moyen de prise en charge par GIR, laissant ainsi de côté la diversité des besoins d'aide au sein d'un même GIR. Le GIR serait donc probablement insuffisant pour ajuster les enveloppes financières allouées aux services à leur activité effective.

Une dotation globale calculée sur la base du volume horaire des heures prestées pourrait utilement corriger l'incapacité du GIR à résumer à lui seul l'activité du service, mais on peut alors légitimement se demander l'intérêt d'une telle évolution vis-à-vis d'une tarification horaire.

Le financement par dotation globale impliquerait, en plus du GMP ou d'autres indicateurs de besoin d'aide, de tenir compte des ressources des usagers du service, dès lors que l'on conserve un taux de participation fonction du revenu dans le cadre de l'APA.

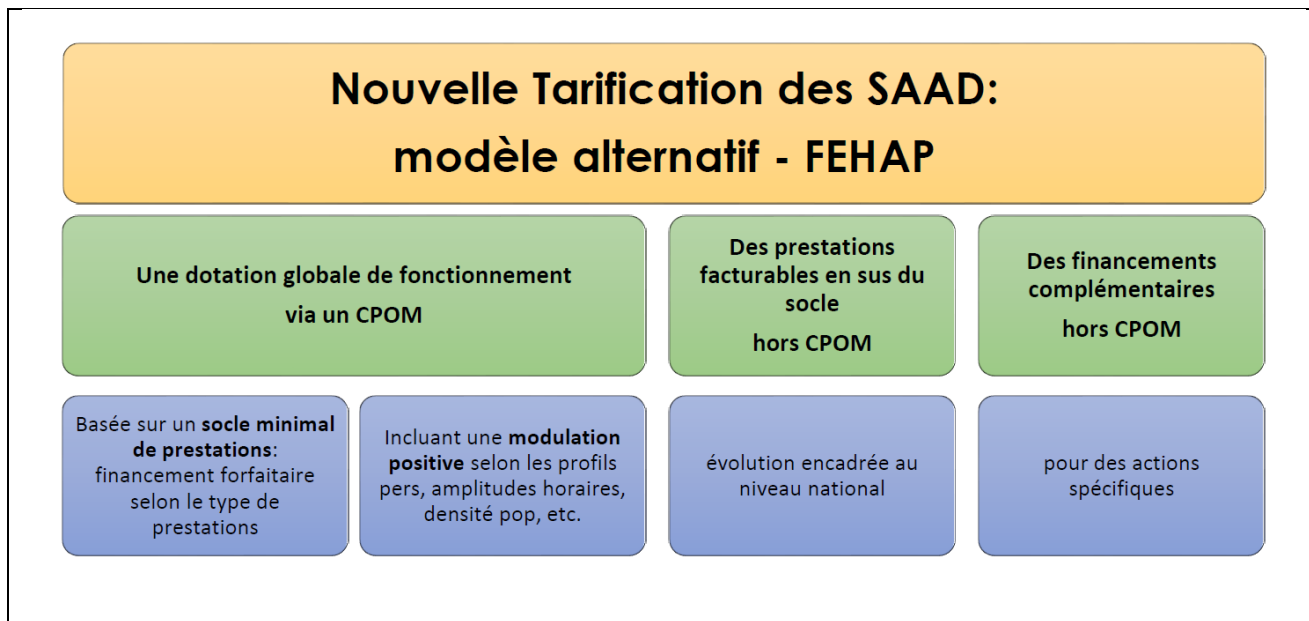
Modèle de tarification basé sur une dotation globale proposé par la FEHAP

Préalables identifiés à la mise en place de ce modèle de tarification alternatif :

- l'unification du pilotage entre les SAAD et les SSIAD : une autorité de tarification et de contrôle unique pour l'ensemble de l'offre médicosociale ;
- une restructuration profonde du secteur facilitée par un réel investissement financier des pouvoirs publics : regroupement de structures pour leur donner une taille et une robustesse suffisante afin d'assurer la pérennité économique de leur activité ;
- la mise en place de CPOM obligatoire avec les SAAD ou de CPOM territoriaux incluant plusieurs SAAD.

La Fehap propose la mise en place d'un socle de prestations minimales qui permettrait de proposer, en dehors du socle et en sus de l'aide à la réalisation des actes de la vie courante et de soutien à domicile (financées par dotation globale cf. schéma ci-dessous), des prestations additionnelles payantes qui ne seraient pas à destination des personnes fragiles.

Le montant de la dotation globale des SAAD devra tenir compte des spécificités de chaque SAAD (zone urbaine / rurale, qualification du personnel, panel de prestations offertes, amplitude horaire et territoriale, bâti, etc.) et des publics accueillis (niveau d'autonomie des personnes GMP, nombre de suivis en gestion de cas, profil des bénéficiaires, etc.).



Dans l'optique du maintien d'un modèle de financement dit « à l'activité » tel que celui mis en œuvre aujourd'hui par l'intermédiaire d'un tarif horaire de l'heure prestée, on pourrait en revanche s'interroger sur l'intérêt de distinguer des tarifs horaires selon la nature de l'aide et les qualifications requises.

Si la tarification à l'heure semble en première analyse permettre une tarification au plus proche de l'activité des services, la consolidation des fonctions, voire comme discuté infra le financement des frais de déplacement, pourraient impliquer la mise en place de dotations complémentaires spécifiques.

Proposition :

Le modèle de financement des Saad doit évoluer pour garantir aux services des ressources couvrant l'intégralité des coûts induits par les prestations offertes :

- **étudier d'autres modèles de tarification des services, par dotation globale ou qui distingueraient des tarifs horaires selon la nature de l'aide et/ ou les qualifications requises ;**
- **en l'état actuel, conserver la logique d'un tarif horaire¹¹⁹, avec éventuellement des dotations complémentaires spécifiques (pour les frais de déplacement ou autres).**

¹¹⁹ Certains membres n'y sont pas favorables.

3) Le modèle de financement est source d'inéquité entre allocataires au regard des RAC horaires effectifs

La participation effective d'un allocataire dépend, à volume d'aide donné, de deux paramètres qui varient de manière très significative entre allocataires, selon leur département de résidence et, au sein de celui-ci, selon le service auquel ils ont recours :

- le taux effectif de participation, qui définit la part du coût du plan d'aide à la charge de l'allocataire ;
- le tarif auquel s'applique ce taux de participation.

Si la progressivité du taux de participation avec le revenu apparaît justifiée, d'autres facteurs de variabilité du RAC horaire créent de fortes inégalités entre allocataires ayant pourtant un taux de participation légal identique.

a) Le taux de participation effectif s'écarte bien souvent du taux de participation légal

Dans le cadre de l'APA, le CASF définit un taux de participation légal variant avec le revenu de l'allocataire. Il varie de 0 à 45 % après prise en compte du crédit d'impôt.

Il convient de souligner que le taux de participation légal est défini sur la base de la valeur du plan d'aide dans lequel chaque heure est valorisée au tarif de facturation du service pour les Saad HAS (soit 21,60 € en moyenne) et au tarif de référence pour les Saad non HAS (soit 19,29 € en moyenne), et non au regard du coût réel du plan d'aide, estimé à près de 24 € par heure en moyenne.

Le taux de participation effectif de l'allocataire et la manière dont il s'écarte du taux de participation légal dépendent donc de l'écart entre le tarif de valorisation retenu et le coût réel de production d'une part, et de la manière dont cet écart est financé d'autre part. Dans les cas, *a priori* non majoritaires, où le tarif de valorisation du plan d'aide fixé par le département correspond effectivement au coût unitaire réel de production, le taux de participation effectif est égal au taux de participation légal. Dans tous les autres cas, il s'en écarte.

Dans le cas des Saad HAS, qui fournissent 75 % des heures prestées, l'enjeu repose sur la valeur du déficit et sur la manière dont celui-ci est financé. Le CASF donne aux départements une certaine latitude dans la manière de reprendre ou non ces déficits et les pratiques semblent relativement variables d'un département à l'autre.

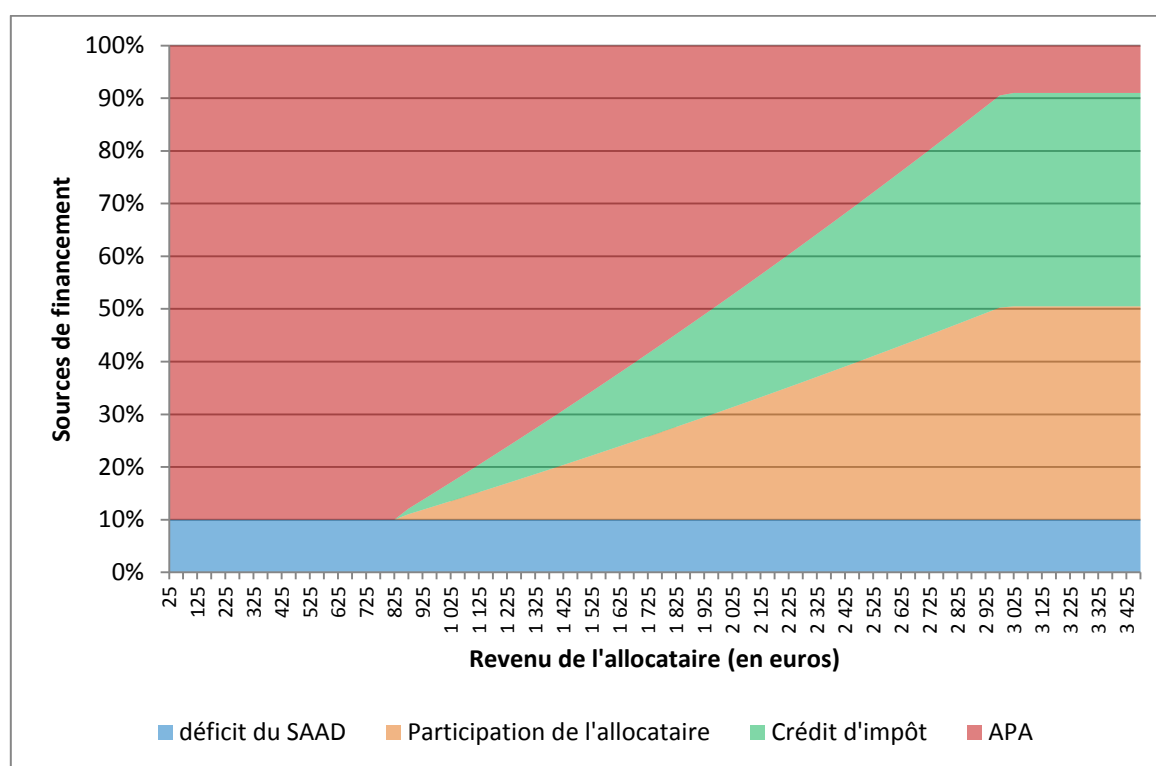
Si le déficit du service est couvert en intégralité par le département, ne donnant ainsi lieu à aucun dépassement à la charge de l'allocataire, le taux de participation de l'allocataire tenant compte du coût réel de l'heure prestée (24 €) est en moyenne de 10 %, soit 2,34 €/h (cf. tableau 15 *supra*). La participation de l'allocataire tenant compte du coût réel de production de l'heure prestée varie alors de 0 à 40,5 % selon le revenu¹²⁰ (cf. figure 4). Comme évoqué précédemment, le déficit d'un service, s'il est financé par le département, revient à couvrir à 100 % une partie du coût de production de

¹²⁰ Le taux de participation des allocataires de l'APA peut aller jusqu'à 45 % après prise en compte de l'APA. Ce taux de participation est cependant calculé sur le tarif de remboursement (21,6 €/h) et non le coût réel de production (24 € en moyenne). Un allocataire ayant un taux de participation de 45 %, participe donc à hauteur de 9,72 €/h, soit 40,5 % du coût réel.

l'heure, et cela quel que soit le revenu de l'allocataire, réduisant ainsi la progressivité du taux de participation par rapport au revenu de l'allocataire¹²¹. Lorsque les départements autorisent les services à faire porter une partie de leur déficit sur les allocataires, par l'instauration de dépassements, de frais de dossier ou de frais de déplacement, la part du coût réel du plan d'aide à la charge de l'allocataire peut alors être supérieure au taux de participation légal.

On manque cependant de connaissances sur la manière dont sont actuellement financés les déficits des Saad si bien qu'on ne peut pas estimer avec précision la part du coût de l'heure d'aide effectivement à la charge de l'allocataire. Les pratiques semblent cependant assez variables d'un département à l'autre, faisant ainsi varier le taux de participation effectif entre allocataires ayant un revenu identique.

Figure 4 – Sources de financement des Saad HAS – Cas-type : coût unitaire : 24 € ; tarif : 21,60 € ; plan d'aide d'une valeur de 450 €/mois



Calcul du SG du HCFEA.

Lecture : Un allocataire de l'APA ayant un plan d'aide de 450 €/mois, un revenu (au sens de l'APA) de 1500 €/mois et ayant recours à un Saad HAS tarifé à 21,60 €/h pour un coût de production de 24 €, finance à hauteur de 12 % le coût réel de son plan d'aide. Le département en finance 66 % et le crédit d'impôt 12 %. Le reste (10 %) est porté au déficit du service.

Dans le cas des Saad non HAS, qui fournissent 25 % des heures prestées, l'écart entre le tarif de référence et le tarif de facturation (libre) est à la charge intégrale de l'allocataire. En supposant que le tarif de facturation moyen est égal au coût moyen de production, la participation effective de l'allocataire est en moyenne deux fois plus élevée que dans le cas d'un Saad HAS (18,5 %, soit

¹²¹ Les plus aisés contribuent en particulier à hauteur de 45 % de leur plan d'aide mais leur contribution est calculée sur la base d'un tarif inférieur au coût réel de production.

4,45 €/h) pour une prestation équivalente (i.e. même coût de production). L'écart entre le taux de participation effectif et le taux de participation légal est dans ce cas encore plus marqué.

Les écarts de reste à charge qu'implique (à revenu identique) la coexistence de deux régimes de régulation n'ont pas de légitimité évidente, en particulier au regard de la nature des prestations délivrées qui semblent relativement équivalentes dans les deux régimes.

b) Des tarifs variables créent une inégalité de RAC horaire

Quand bien même les taux de participation effectifs seraient égaux aux taux de participation légaux, ils s'appliqueraient à des plans d'aide valorisés à des tarifs variables d'un service à l'autre. Comme détaillé dans la sous-section I de cette partie, les tarifs sont extrêmement variables entre départements et au sein d'un même département entre services, ce qui implique des RAC horaires variables entre individus pourtant caractérisés par un revenu identique.

Proposition : réfléchir à un modèle de financement des Saad qui garantisse, à taux de participation légal donné, une stricte égalité des RAC horaire à l'échelle nationale.

B) POUR UN SCHEMA DE FINANCEMENT BASE SUR LA DEFINITION D'UN TARIF OPPOSABLE UNIQUE ?

1) Principes et implications

Un schéma reposant sur la fixation d'un tarif de facturation opposable unique mettrait fin à la variabilité des pratiques tarifaires des départements et des Saad non HAS, conduisant actuellement à ce que des allocataires ayant le même taux de participation légal subissent des RAC horaires très variables. La fixation d'un tarif de facturation opposable identique pour tous les Saad garantirait à tous les allocataires de l'APA un reste à charge horaire identique à revenu donné.

Le tarif de facturation opposable devrait couvrir un coût unitaire de production évalué à partir d'un référentiel de coût construit conjointement par les pouvoirs publics, les conseils départementaux et les fédérations de services à domicile. Parce que les charges de personnels représentent entre 85 et 90 % des charges totales, cela passe en particulier par la définition de taux d'encadrement de référence et des référentiels de qualification au sein du personnel. Une harmonisation des différentes conventions collectives existant dans le secteur apparaît comme un préalable.

Les écarts de coûts subsistant entre structures, liés entre autre aux frais de déplacement ou aux modalités spécifiques de prise en charge, pourraient alors être financés par des dotations complémentaires dont les modalités de calcul resteraient à définir.

L'évolution du tarif de facturation devrait s'appuyer sur l'élaboration d'un système d'information permettant de recueillir pour tous les Saad, sur une base annuelle, des informations synthétiques sur leur activité annuelle.

Proposition : instaurer un tarif de facturation opposable unique pour tous les Saad, garantissant à tous les allocataires de l'APA un reste à charge horaire identique à revenu donné. Un référentiel de coûts devra au préalable être élaboré par les pouvoirs publics, les conseils

départementaux et les fédérations de services à domicile. Les écarts de coûts subsistant entre structures seraient financés par le biais de dotations complémentaires.

Dans sa forme la plus stricte, un tel schéma conduirait :

- à la suppression de la distinction non pertinente entre les Saad HAS et non HAS, tous relevant du régime tarifaire opposable ;
- à la perte de liberté tarifaire des Saad non HAS.

Encadré : Deux autres schémas alternatifs de financement

1) Tarif opposable unique et revalorisé pour les seuls Saad HAS et liberté tarifaire pour les Saad du secteur 2

Un premier schéma alternatif, moins en rupture avec le système actuel, pourrait introduire un tarif opposable unique et à hauteur des coûts réels de production pour les seuls Saad aujourd'hui habilités à l'aide sociale (pseudo secteur 1), en laissant aux Saad non habilités (pseudo secteur 2) une liberté tarifaire. L'existence de dépassements par rapport à un tarif de référence servant de base aux calculs de l'APA serait alors autorisée pour les Saad du secteur 2.

Ce schéma ferait subsister les deux régimes de régulation existant aujourd'hui, certains Saad étant tarifés par le régulateur (secteur 1) quand d'autres disposent d'une liberté tarifaire (secteur 2).

À défaut d'une garantie sur l'égalité des RAC horaires (à revenu donné) quel que soit le Saad sollicité, un tel schéma pourrait s'appuyer sur le principe d'une garantie d'accès à un Saad de secteur 1 ne pratiquant pas de dépassement.

La crédibilité de l'instauration d'une obligation faite au département de garantir à chaque allocataire de l'APA l'accès à un Saad de secteur 1 nécessiterait d'être analysée plus précisément.

Il conviendrait également d'analyser (i) la légitimité d'un tarif de remboursement pour le secteur 2 inférieur au tarif opposable du secteur 1 et (ii) d'expertiser la légalité de la pratique tarifaire de nombreux Saad non HAS qui modulent leur tarif en fonction du taux de participation légal et donc du revenu de l'allocataire.

2) Liberté tarifaire pour l'ensemble des Saad

Un modèle de financement alternatif pourrait s'appuyer sur la généralisation à l'ensemble des Saad de la liberté tarifaire dont disposent aujourd'hui les Saad non HAS.

Les allocataires de l'APA seraient alors solvabilisés à hauteur d'un tarif de référence.

Un tel schéma garantirait aux Saad un tarif de facturation en adéquation avec leur coût de production sans, en contrepartie, garantir l'absence de dépassements. L'étendue de ces derniers dépendrait naturellement à la fois du niveau du tarif de référence (qui dans l'idéal serait identique dans l'ensemble des départements) et de la pression concurrentielle. Le principal risque associé à ce modèle est en effet lié à l'absence de concurrence réelle sur certains territoires pouvant amener certains services à pratiquer des dépassements significatifs. L'accessibilité financière à un service prestataire ne serait donc pas garantie par ce schéma. Ce risque est d'autant plus fort que les Saad ont, du fait de l'existence d'économie de densité, la structure d'un monopole naturel territorial¹²².

¹²² Cf. Bernard Bensaid et Robert Gary-Bobo (2019), « La réglementation optimale des services à domicile aux personnes âgées ».

2) Effets attendus sur le partage du coût unitaire

Trois tarifs opposables sont analysés : 24 € (= coût de production moyen observé aujourd'hui), 26 € et 28 €.

Le tableau 16 présente l'évolution du partage moyen du coût unitaire suite à l'instauration d'un tarif opposable (supposé égal au coût moyen de production). Un tarif opposable augmenterait la part du coût horaire porté par les départements. Pour les usagers ayant recours à des Saad HAS, la hausse du taux de contribution serait modeste. Pour ceux ayant recours à des Saad non HAS, une diminution significative du taux de participation horaire serait attendue. Les effets peuvent cependant varier selon la manière dont sont actuellement financés les déficits.

Tableau 16. Partage moyen estimé du coût unitaire dans la situation actuelle et dans l'hypothèse d'un tarif opposable

	Saad HAS		Saad non HAS	
	Situation actuelle	Tarif opposable	Situation actuelle	Tarif opposable
APA	70 %	78 %	63 %	78 %
Participation de l'allocataire de l'APA	10 %	11 %	18,5 %	11 %
Crédit d'impôt	10 %	11 %	18,5 %	11 %
Déficit de la structure	10 %	0 %	0 %	0 %

Hypothèse : coût de production = 24 €, tarif de facturation des Saad HAS = 21,60 €/h, tarif de facturation des Saad non HAS = 24 € (hypothèse de déficit nul), tarif de remboursement des Saad non HAS = 19,29 €/h.

Les tableaux 17 et 18 présentent les effets attendus sur le partage du coût moyen de l'heure prestée respectivement par un Saad HAS et par un Saad non HAS.

Pour les Saad HAS, déjà caractérisés par un tarif opposable (sauf pratiques minoritaires des départements autorisant des surfacturations), un tel schéma se traduirait par une revalorisation des tarifs opposables, plus ou moins importante selon les tarifs actuels propres à chaque Saad. Pour les Saad non HAS, l'instauration d'un tarif opposable met fin à leur liberté tarifaire. Faute de données sur les tarifs actuellement pratiqués, on ne peut dans leur cas quantifier précisément les effets attendus. Pour fournir un premier chiffrage, on supposera un tarif de facturation moyen égal au coût moyen de production, soit 24 €/h.

a) Saad HAS

Pour un Saad HAS (tableau 17), le passage du régime tarifaire actuel à un régime tarifaire fixant un tarif opposable augmente le taux de couverture par l'APA du coût de l'heure d'aide prestée. Actuellement de 70 %, la part couverte par l'APA passerait à 78 %, soit une augmentation de 1,88 €/h pour un prix de 24 €, de 3,45 €/h pour un prix de 26 € et 5,01 € pour un prix de 28 €.

L'effet global sur les budgets des conseils départementaux dépend de la manière dont sont actuellement financés les déficits. Sous l'hypothèse que ceux-ci sont intégralement financés par les départements, la hausse des dépenses d'APA serait en effet en partie financée par les économies réalisées grâce à la disparition des déficits, qu'on estime à 2,40 € par heure d'intervention en moyenne.

L'instauration d'un tarif imposable impacterait également à la hausse le taux de participation effectif des allocataires, mais dans une moindre mesure. Dans le cas où ceux-ci financent une part du déficit actuel (dépassement, frais de dossier, frais de déplacement), leur participation pourrait diminuer.

Tableau 17. Effet de l'instauration d'un tarif opposable sur le partage moyen du financement du coût de l'heure d'aide prestée par un Saad HAS

	Situation actuelle	Tarif opposable		
Coût de production	24 €/h ⁽¹⁾	24 €/h	26 €/h	28 €/h
Tarifification	21,60 €/h ⁽²⁾	24 €/h	26 €/h	28 €/h
Financement⁽³⁾				
APA	16,91 €/h (70 %)	18,79 €/h (78 %) + 1,88 €/h	20,36 €/h (78 %) + 3,45 €/h	21,92 €/h (78 %) + 5,01 €/h
Participation de l'allocataire de l'APA	2,34 €/h (10 %)	2,60 €/h (11 %) + 0,26 €/h	2,82 €/h (11 %) + 0,48 €/h	3,04 €/h (11 %) + 0,69 €/h
Crédit d'impôt	2,34 €/h (10 %)	2,60 €/h (11 %) + 0,26 €/h	2,82 €/h (11 %) + 0,48 €/h	3,04 €/h (11 %) + 0,69 €/h
Déficit de la structure	2,40 €/h (10 %)	0 €/h (0 %) - 2,40 €/h	0 €/h (0 %) - 2,40 €/h	0 €/h (0 %) - 2,40 €/h

(1) Moyenne entre l'estimation tirée d'EY et Eneis Conseil (24,24 €/h) et UNA (23,73 €/h).

(2) Tarif moyen en 2017 (source DGCS).

(3) Le taux de participation moyen est estimé à 21,7 % en 2017 (Arnault, 2019), la moitié étant couvert par le crédit d'impôt.

b) Saad non HAS

Pour un Saad non HAS (tableau 18), ce premier chiffrage montre que le passage à un tarif opposable unique augmenterait de manière significative le taux de couverture par l'APA, passant de 63 % en moyenne à 78 % avec en parallèle une diminution significative du taux de participation effectif des allocataires dont la contribution moyenne diminuerait de 1,84 €/h au tarif de 24 €. Un tarif opposable supérieur, accompagnant une amélioration des prestations conduirait à une diminution moindre. Le coût à la charge des départements en serait cependant renforcé.

Tableau 18. Effet de l'instauration d'un tarif opposable sur le partage moyen du financement du coût de l'heure d'aide prestée par un Saad non HAS

	Situation actuelle	Tarif opposable		
		24 €/h	26 €/h	28 €/h
Coût de production	24 €/h ⁽¹⁾	24 €/h	26 €/h	28 €/h
Tarif de facturation	24 €/h ⁽²⁾	24 €/h	26 €/h	28 €/h
Tarif de remboursement	19,29 €/h ⁽³⁾	24 €/h	26 €/h	28 €/h
Financement⁽⁴⁾				
APA	15,10 €/h (63 %)	18,79 €/h (78 %) + 3,69 €/h	20,36 €/h (78 %) + 5,25 €/h	21,92 €/h (78 %) + 6,82 €/h
Participation de l'allocataire de l'APA	4,45 €/h (18,5 %)	2,60 €/h (11 %) - 1,84 €/h	2,82 €/h (11 %) - 1,62 €/h	3,04 €/h (11 %) - 1,41 €/h
Crédit d'impôt	4,45 €/h (18,5 %)	2,60 €/h (11 %) - 1,84 €/h	2,82 €/h (11 %) - 1,62 €/h	3,04 €/h (11 %) - 1,41 €/h

(1) Moyenne entre l'estimation tirée d'EY et Eneis Conseil (24,24 €/h) et UNA (23,73 €/h).

(2) Faute de données sur les tarifs de facturation, on considère qu'ils sont en moyenne égaux au coût unitaire moyen de production connu.

(3) Tarif de référence moyen en 2017 (source DGCS).

(4) Le taux de participation moyen est estimé à 21,7 % en 2017 (Arnault, 2019), la moitié étant couvert par le crédit d'impôt. Le dépassement, c'est-à-dire la différence entre le tarif de facturation et le tarif de référence est supposé à la charge intégrale de l'allocataire de l'APA.

c) Effet moyen

Le tableau 19 présente les effets moyens basés sur le fait que 75 % des heures prestées sont réalisés par des Saad HAS et 25 % par des Saad non HAS.

Tableau 19. Effet de l'instauration d'un tarif opposable sur le partage moyen du financement du coût de l'heure d'aide prestée (moyenne Saad HAS et non HAS)

	Situation actuelle	Tarif opposable		
		24 €/h	26 €/h	28 €/h
Financement				
APA	16,46 €/h (68,5 %)	18,79 €/h (78 %) + 2,33 €/h	20,36 €/h (78 %) + 3,90 €/h	21,92 €/h (78 %) + 5,46 €/h
Participation de l'allocataire de l'APA	2,87 €/h (12 %)	2,60 €/h (11 %) - 0,27 €/h	2,82 €/h (11 %) - 0,05 €/h	3,04 €/h (11 %) + 0,17 €/h
Crédit d'impôt	2,87 €/h (12 %)	2,60 €/h (11 %) - 0,27 €/h	2,82 €/h (11 %) - 0,05 €/h	3,04 €/h (11 %) + 0,17 €/h
Déficit de la structure (Saad HAS)	1,80 €/h (7,5 %)	0 €/h (0 %) - 1,80 €/h	0 €/h (0 %) - 1,80 €/h	0 €/h (0 %) - 1,80 €/h

C) EVOLUTION DU BAREME DE L'APA ?

La consolidation des missions des Saad et l'amélioration de la gestion de l'emploi direct pèseraient de façon très majoritaire sur les départements (pour près de 69 % du surcroît de dépenses d'APA dans les prestations des Saad).

Dans le contexte actuel de fortes contraintes de finances publiques d'une part, de « concurrence » entre les besoins à couvrir dans la future loi « grand âge et autonomie » d'autre part, il est réaliste d'évoquer une augmentation modérée de la participation des allocataires qui, toutes choses égales par ailleurs¹²³, soulagerait les départements.

C'est une piste que le Conseil avait évoquée dans ses rapports antérieurs.

Une augmentation mesurée du taux de participation des bénéficiaires de l'APA n'apparaît acceptable que si elle respecte quatre conditions :

- (i) elle doit se faire par l'intermédiaire du taux de participation légal défini dans le CASF, pour garantir l'équité entre allocataires ;
- (ii) elle doit s'accompagner d'une interdiction stricte des dépassements ;
- (iii) elle doit s'appliquer à une prestation de qualité renforcée ;
- (iv) elle doit s'appliquer principalement à des situations dans lesquelles l'alternative d'un recours à l'emploi direct est crédible (personne peu dépendante, aide pour le ménage) et/ou n'implique pas un renoncement aux soins (personne aisée).

Différents ajustements pourraient dans ce cadre être analysés, portant sur :

- le mode de calcul de l'assiette de l'APA dans les couples.
Un abaissement de 1,7 à 1,5 du coefficient de partage du revenu des couples pour déterminer l'assiette ressource de l'allocataire retenue pour le calcul de l'APA baisserait le montant d'APA versée aux allocataires vivant en couple (soit environ un tiers des allocataires de l'APA à domicile en 2011) qui acquittent une participation à l'APA. Il se traduirait par une augmentation des ressources des personnes en couple de + 13 % et donc une diminution de l'allocation de l'ordre de 30 € par mois. La moitié de l'augmentation de la participation à la charge des ménages serait prise en charge par le crédit d'impôt. L'économie totale d'APA pour les départements serait de l'ordre de 100 M€ ;
- l'intégration dans l'assiette d'un « forfait logement » ;
Les personnes ayant à leur disposition un logement à titre gratuit (propriétaire, personne logée gracieusement) ou bénéficiant d'une aide au logement se verraient appliquer un forfait logement qui est ajouté à leurs ressources. Le forfait déjà en vigueur dans certaines prestations (RSA, complémentaire santé solidaire) est de 67,17 € pour une personne seule et 177,55 € pour un couple. Compte tenu de la proportion de bénéficiaires de l'APA vivant seuls, on retient un forfait logement moyen de 103 €, qui viendrait s'ajouter aux ressources des allocataires concernés. La participation moyenne serait augmentée de 9 €/mois pour une économie de l'ordre de l'ordre de 70 M€ pour les départements. La moitié de cette augmentation serait prise en charge par le crédit d'impôt ;

¹²³ Certains membres n'y sont pas favorables.

- la diminution du seuil à partir duquel le taux de participation des allocataires passe à 90 % (soit 45 % après crédit d'impôt).

Il est aujourd'hui de 2,67 fois le montant de la majoration pour tierce personne (MTP), soit 2 987 €/mois. Un abaissement à $2,4 * MTP^{124}$, soit 2 685 €/mois, génèrerait pour les départements une économie qu'on estime à 135 M€ avec un accroissement de la participation moyenne des allocataires de l'ordre de 17 €/mois.

On pourrait faire porter plus d'effort sur les allocataires du GIR 4 par un durcissement du barème.

¹²⁴ À noter que l'abaissement du seuil augmenterait le taux de participation de l'ensemble des allocataires acquittant effectivement une participation. L'augmentation serait cependant croissante avec le revenu.

SECTION III L'EMPLOI DIRECT D'UN SALARIE A DOMICILE

SOUS-SECTION I ETAT DES LIEUX DU SECTEUR DE L'EMPLOI DIRECT

I) RAPPELS

a) L'allocataire de l'APA peut en théorie choisir entre deux modes de recours : l'emploi direct d'un salarié (éventuellement en mode mandataire) et le mode prestataire¹²⁵.

b) Caractéristiques du mode mandataire

En mode mandataire, le bénéficiaire de l'APA demeure l'employeur de l'intervenant à domicile (comme en emploi direct) (cf. annexe 2) mais donne mandat à une structure afin d'assurer les formalités administratives et les déclarations sociales et fiscales liées à l'emploi de salarié(s)¹²⁶. Cette structure présente des « candidats à l'embauche »¹²⁷, ayant le profil adapté. Le particulier employeur mandate la structure pour l'accompagner et le conseiller dans l'exercice de sa fonction d'employeur : dans ce cadre, il est lié à elle par un contrat de mandat. La structure mandataire facture des frais de gestion au particulier employeur : ceux-ci peuvent être facturés à l'heure, en général, entre 1 et 2 €.

L'activité mandataire n'est pas éligible au régime de l'autorisation. Les services mandataires reçoivent un agrément¹²⁸ par la Direccte (direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi), service de l'État. Ils s'engagent à respecter un cahier des charges. Ce cahier des charges a été rénové en octobre 2018¹²⁹.

c) Densité de services mandataires

La France compterait sur son territoire plus de 1 500 structures et/ou services mandataires¹³⁰, services exclusivement mandataires ou mixtes (prestataires et mandataires).

D'après le rapport Igas (2010)¹³¹, les services prestataires développeraient une partie mandataire, en particulier pour exécuter certaines prestations qui seraient trop coûteuses avec l'application de la convention collective du secteur de l'aide à domicile (garde de nuit en particulier). Cela pourrait aussi être un moyen pour les Saad de diversifier leur activité et de rentabiliser les frais de structure. Un même salarié pourrait ainsi intervenir sous les deux modes avec, toutefois, deux statuts différents : en tant que salarié de la structure prestataire dans un cas, et en tant que salarié du particulier employeur dans le cadre du mandataire.

¹²⁵ Cf. note préliminaire du rapport et présentation du principe du libre choix de l'intervenant en section I.

¹²⁶ Le service mandataire prend en charge les éléments administratifs courants : rédaction du contrat de travail, établissement de la fiche de paie, déclaration à l'URSSAF.

¹²⁷ À la première embauche ou éventuellement, en cas de défaut du salarié (rupture de contrat de travail ou absence).

¹²⁸ Article R7232-6 du code du travail

¹²⁹ Arrêté du 1^{er} octobre 2018 fixant le cahier des charges prévu à l'article R. 7232-6 du code du travail. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037466369>

¹³⁰ Cahn C., 2017, Emploi mandataire au domicile, la qualité de vie pour ambition. Réalités et bonnes pratiques pour accompagner l'avancée en âge, Fédération Mandataires.

¹³¹ Bruant-Bisson A., Aube-Martin P., De Reboul J.-B., 2011, Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles, *rapport Igas*, p. 48.

Comme en emploi direct, le bénéficiaire de l'APA demeure l'employeur : il doit donc appliquer les dispositifs conventionnels notamment en cas de licenciement ou d'accident du travail, de respect du droit à la formation de son employé, de versement du salaire et des charges.

d) La place des conventions collectives

Les salariés des différents modes d'intervention sont couverts par des conventions collectives différentes, et pour un même mode d'intervention, différentes conventions collectives peuvent s'appliquer¹³². Les salariés employés par des particuliers employeurs (en emploi direct ou mandataire) sont couverts par la convention collective des salariés du particulier employeur¹³³, tandis que les salariés des prestataires sont couverts soit par la branche de l'aide à domicile¹³⁴ (essentiellement des salariés employés par des associations prestataires, à but non lucratif), soit par la branche des entreprises privées de services à la personne¹³⁵, soit par la convention collective de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aides à la Personne (FEHAP)¹³⁶.

e) Employer un membre de la famille dans le cadre de l'emploi direct

L'allocataire peut avoir recours à un professionnel « hors de son cercle de famille », mais il peut aussi employer un proche (qui ne peut être son conjoint) en tant qu'assistant de vie dans le cadre de l'APA qui lui est accordée.

On ne dispose d'aucune étude récente sur le poids et les caractéristiques de ces deux recours.

¹³² Ce qui expliquerait une partie de la différence de coût entre le mode prestataire et les deux autres modes d'intervention.

¹³³ Convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 septembre 1999.

¹³⁴ Convention collective nationale de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et de services à domicile du 21 mai 2010.

¹³⁵ Convention collective nationale des entreprises de services à la personne du 20 septembre 2012.

¹³⁶ Convention Collective Nationale des Etablissements Privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951.

II) LES PARTICULIERS EMPLOYEURS D'AIDES A DOMICILE

A) 60 % DES PARTICULIERS EMPLOYEURS (HORS GARDE D'ENFANTS¹³⁷) SONT AGES DE 60 ANS ET PLUS

Parmi les particuliers employeurs (hors garde d'enfant), 60 % soit 1,1 million, sont âgés de 60 ans et plus au 2^e trimestre 2017¹³⁸.

Tableau 20. Répartition par âge des particuliers employeurs de 60 ans et plus

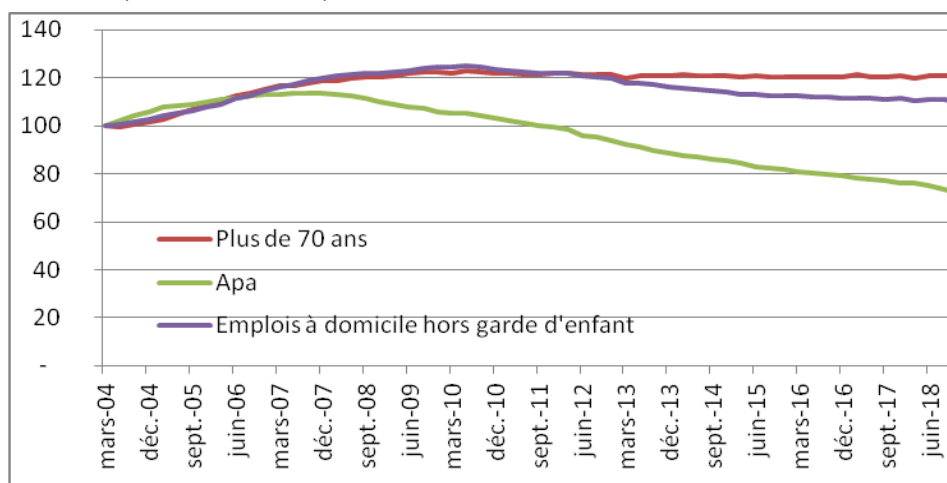
	60-69 ans	70-79 ans	80-89 ans	>89 ans	Ensemble
Effectifs	253 000	303 000	393 000	153 000	1 102 000
% des particuliers de 60 ans et plus	23 %	27 %	36 %	14 %	100 %

Source : Acooss, Lagandré V. *et al.*, 2019, pour la répartition par âge au-delà de 80 ans¹³⁹.

Depuis 2007, les effectifs de particuliers employeurs âgés de 60 ans et plus ont légèrement baissé (-0.9 %) mais cette baisse est moindre que celle de l'ensemble des particuliers employeurs d'employé(e) familial(e)(s) et d'assistant(e)(s) de vie (-6 %).

Les évolutions sont différentes selon le groupe d'âge. En particulier, les effectifs des particuliers employeurs âgés de 80 ans et plus ont augmenté sur la période (+3 %), de même que pour les particuliers employeurs bénéficiant de l'exonération « 70 ans et plus » (figure 5). Les évolutions ne sont pas uniformes sur le territoire (cf. ci-dessous).

Figure 5 – Évolution des effectifs de particuliers employeurs, selon le type d'exonérations, hors garde d'enfants, de 2004 à 2018, base 100 en mars 2004



Source : Acooss.

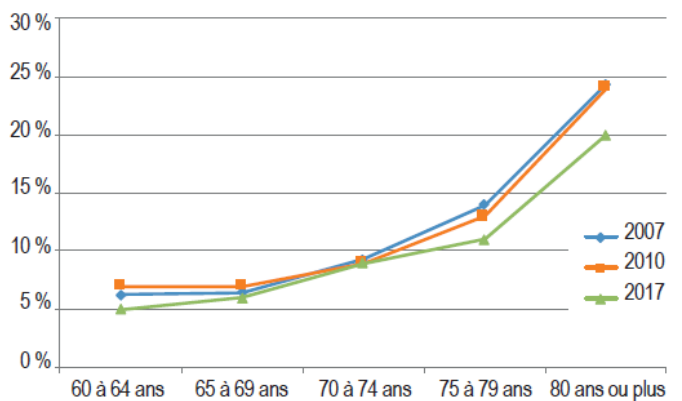
¹³⁷ La garde d'enfant à domicile ne représente qu'une petite part de l'activité au sein de la Branche des salariés du particulier employeur.

¹³⁸ Source : Acooss.

¹³⁹ Lagandré V. *et al.*, 2019, L'accompagnement des personnes âgées à domicile, Baromètre des emplois de la famille, *Observatoire des emplois de la famille*, n° 27, janvier.

Le recours à l'emploi à domicile est croissant avec l'âge (figure 6). En 2017, 5 % des ménages âgés de 60 à 64 ans sont particuliers employeurs. Ils sont 4 fois plus nombreux au sein des 80 ans et plus. Compte tenu de la croissance de la population des 80 ans et plus, on observe une baisse du taux de recours alors même que le nombre de particuliers employeurs de ces âges progresse.

Figure 6 – Taux de recours des ménages âgés à l'emploi direct à domicile par classe d'âge quinquennale en 2007, 2010 et 2017¹⁴⁰



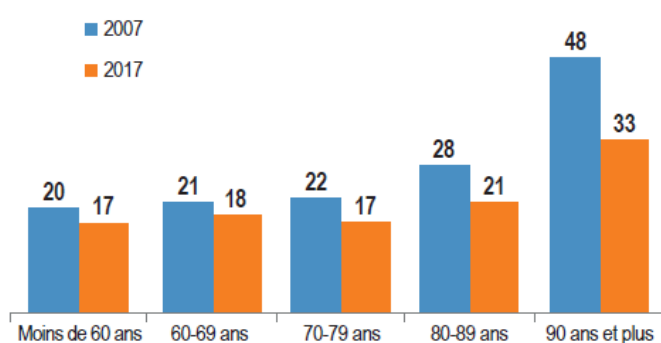
Source : Insee, RP 2007, 2010 et 2015 ; Acoiss, 2^e trimestre 2007, 2^e trimestre 2010 et 2^e trimestre 2017. Traitement par l'Observatoire des emplois de la famille.

Lecture : 20 % des ménages de 80 ans et plus sont particuliers employeurs en 2017, contre 24 % en 2007 et 2010.

Champ : Particuliers employeurs hors parents employeurs d'assistantes maternelles ou de gardes d'enfants.

En 2017, les particuliers employeurs de 60 ans et plus ont rémunéré près de 266 millions d'heures (soit 226 heures annuelles ou 21 heures/mois par employeur). Ils sont ainsi à l'origine de 150 400 emplois en équivalent temps plein¹⁴¹. Ce volume horaire a baissé sur la période 2007-2017 (de 5,3 heures mensuelles), en particulier sous l'effet de la baisse importante du volume horaire des 80 ans et plus (figure 7).

Figure 7 – Nombre mensuel moyen d'heures rémunérées par les particuliers employeurs selon leur âge, en 2007 et 2017



Source : Acoiss, 2^e trimestre 2007 et 2^e trimestre 2017. Traitement par l'Observatoire des emplois de la famille.

Champ : Particuliers employeurs hors parents employeurs d'assistantes maternelles et de gardes d'enfants à domicile.

¹⁴⁰ Lagandré v. *et al.*, 2019, op. cit.

¹⁴¹ Dans Fepem, n° 16, il est indiqué que le calcul des emplois en équivalent temps plein se base sur la durée légale de travail fixée à 35 heures hebdomadaires (soit 1 607 heures annuelles). Le nombre d'heures CESU est majoré de 10% au titre des congés payés.

Source : Le Baromètre des emplois de la famille, FEPEM, janvier 2019, n° 27.

B) LES PARTICULIERS EMPLOYEURS AGES « FRAGILES »¹⁴²

Les particuliers employeurs « fragiles » bénéficient d'une exonération des cotisations patronales de Sécurité sociale lors de l'emploi d'un salarié à domicile (cf. en annexe 7 l'historique du dispositif d'exonération de cotisations patronales pour les particuliers employeurs fragiles).

Fin décembre 2018, on dénombre 870 000 particuliers employeurs définis comme employeurs « fragiles » (tableau 21).

Tableau 21 – Répartition des particuliers employeurs « fragiles » selon le type d'exonérations, 4^e trimestre 2018

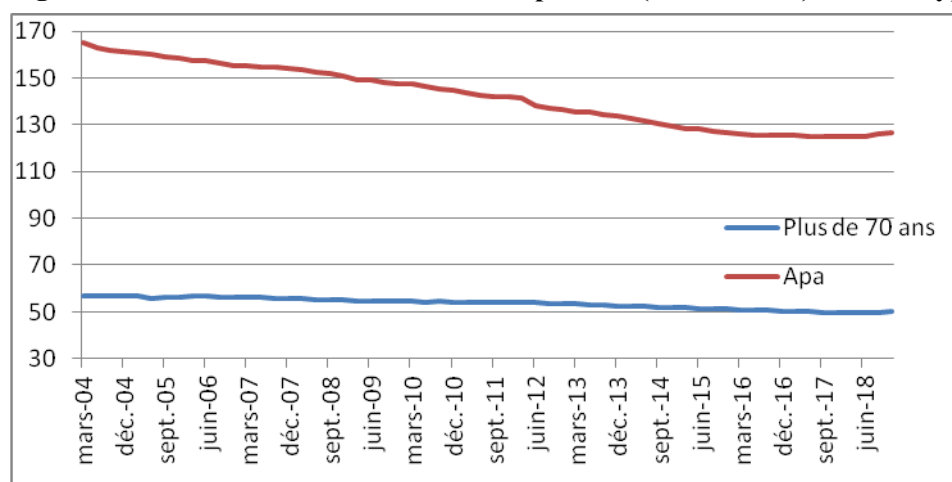
Type d'exonérations	Effectifs au 4 ^e trimestre 2018	Part
Exo 70 ans	675 540	78 %
Exo APA	121 670	14 %
Autres types d'exonérations ^(a)	73 442	8 %
Ensemble	870 651	100 %

Source : Acoos Stat n° 285.

(a) Les autres exonérations regroupent les particuliers bénéficiant d'une allocation spécifique telle l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, l'allocation compensatrice ou la majoration pour tierce personne.

Si les effectifs de particuliers employeurs des exonérés au titre des 70 ans sont restés quasi-stables sur la période 2007-2017, le volume horaire a légèrement baissé (figure 8)¹⁴³, mais dans une moindre mesure que pour les bénéficiaires d'une exonération au titre de l'APA. Il s'élève à environ 16,6 heures mensuelles en décembre 2018.

Figure 8 – Evolution du nombre d'heures par tête (trimestrielle), selon le type d'exonération



Source : Acoos Stat n° 285.

¹⁴² Sont considérés comme « fragiles » les personnes âgées de plus de 70 ans, les allocataires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de la majoration pour tierce personne (MPT) au titre d'une invalidité.

¹⁴³ On rappelle que l'exonération au titre de bénéfice de l'APA n'est pas plafonnée.

C) LES PARTICULIERS EMPLOYEURS « FRAGILES » BÉNÉFICIAIRES DE L'APA

Au 4^e trimestre 2018, on dénombre 121 670 particuliers employeurs bénéficiaires d'une exonération APA à domicile (tableau 21). Cela représente 17 % des bénéficiaires de l'APA¹⁴⁴.

Cette part pourrait être sous-estimée. En effet, comme l'exonération de cotisations patronales est automatique après 70 ans, il est possible que certains bénéficiaires de l'APA ne se déclarent pas au titre de l'APA puisqu'ils sont automatiquement exonérés au titre de l'âge. Cela pourrait aussi influencer sur le nombre d'heures rémunérées, l'exonération au titre de la perception de l'APA pourrait être davantage demandée lorsque les bénéficiaires butent sur le plafond d'exonération des 70 ans et plus et donc pour des volumes horaires élevés.

On ne connaît pas le niveau de cette sous-estimation. Sur données 2011, seule date à laquelle on dispose de données permettant une comparaison, elle apparaît cependant modérée¹⁴⁵.

Sont comptabilisés l'emploi direct et mandataire puisque dans le cadre de ce dernier, le bénéficiaire de l'APA demeure l'employeur. Fin 2010, l'emploi en mandataire représentait environ un tiers des particuliers employeurs bénéficiaires d'une exonération au titre APA¹⁴⁶ (12 % des bénéficiaires d'une exonération au titre des 70 ans et plus et 15 % de l'ensemble des particuliers employeurs de 60 ans ou plus).

En 2017, les bénéficiaires exonérés au titre de l'APA et de leur âge (70 ans et plus) ont rémunéré 200 millions d'heures, soit 113 200 emplois en équivalent temps plein.

Après une hausse continue sur la période 2004-2007, les effectifs des personnes exonérées au titre de l'APA ont continûment baissé depuis (figure 5 ci-dessus). Entre fin 2007 et fin 2017, les effectifs ont baissé d'un tiers, dans un contexte de croissance des effectifs (+ 17 %) sur la période. En gardant à l'esprit la réserve sur la possibilité que certains bénéficiaires de l'APA se déclarent au titre des « 70 ans et plus » et non au titre de l'APA, la part de bénéficiaires de l'APA qui sont particuliers employeurs a ainsi été divisée par presque deux sur la période 2007-2017. Cette baisse des particuliers employeurs a été plus forte en mandataire qu'en emploi direct.

Le volume horaire rémunéré par les particuliers employeurs bénéficiaires de l'APA a aussi baissé sur la période pour passer de 51,6 heures mensuelles en moyenne en 2007 à 42,3 heures en décembre 2018.

¹⁴⁴ Au dernier trimestre 2017, date pour laquelle on dispose des données sur le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile (soit 768 837, enquête Aide Sociale 2017). On dénombre à cette date 128 513 bénéficiaires d'une exonération APA (données de l'Acoss).

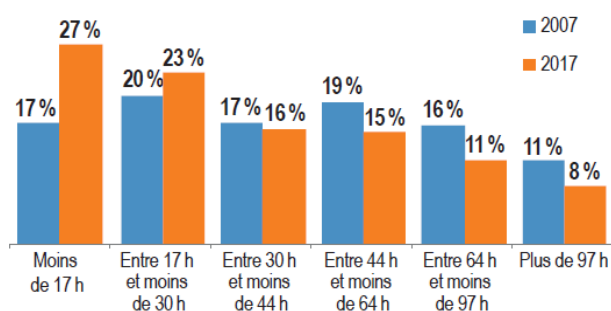
¹⁴⁵ Ainsi, d'après Couvert (2017), fin 2011, 21,1% des bénéficiaires de l'APA recourent uniquement à de l'emploi direct ou à un service mandataire, proportion qui passerait à 24,5% si on ajoute l'intégralité des 3,5 % de bénéficiaires qui recourent à plusieurs modes d'intervention. Parallèlement, on dénombre en juin 2011 170 000 exonérés au titre de l'APA, soit 23 % des bénéficiaires de l'APA. N. Couvert (2017), Allocation personnalisée d'autonomie : les aides apportées aux personnes âgées, Études et Résultats, Drees, n°1033.

¹⁴⁶ Bressé S., Puech I., 2011, « Qui sont les particuliers employeurs en perte d'autonomie et leurs salariés ? », étude de l'Observatoire FEPEM des emplois de la famille, décembre. Les auteurs précisent que ce chiffre est certainement sous-estimé dans la mesure où les données de l'Acoss utilisées « ne permettent de repérer les particuliers-employeurs qui font le choix du mandataire que parmi ceux qui déclarent leur salarié via une Déclaration nominative simplifiée (DNS). Or il est tout à fait probable qu'un certain nombre de particuliers-employeurs qui rémunèrent leur salarié via un Chèque-Emploi-Service-Universel l'aient recruté grâce à une structure mandataire ».

Cette évolution à la baisse tient en particulier à une hausse du nombre de particuliers employeurs ayant déclaré moins de 30 heures par mois (+ 13 points) (figure 9).

On ne peut à ce stade que mentionner des hypothèses pour ces évolutions : hausse des recours combinés prestataires/emploi direct ; baisse du nombre d'heures dans les plans.

Figure 9 – Répartition des particuliers employeurs bénéficiaires de l'APA selon le volume horaire moyen rémunéré par mois



Source : Acoess, données du 2^e trimestre 2007 au 2^e trimestre 2017. Traitement par l'Observatoire des emplois de la famille.

Champ : Particuliers employeurs bénéficiaires de l'APA

Source : le baromètre des emplois de la famille, Fepem, janvier 2019, n° 27.

On peut noter cependant la stabilisation du volume horaire des bénéficiaires de l'exonération APA à partir de mi-2016 et le très léger rebond du nombre d'heures en fin de période (cf. figure 8 ci-dessus). On pourrait mettre ces évolutions récentes en lien avec la remontée sensible des plans d'aide APA entre 2015 et 2017¹⁴⁷ pour les GIR 1 et 2, davantage consommateurs d'emploi direct. On pouvait aussi s'attendre à une poursuite de la baisse si le relèvement des plafonds conduisait à recourir davantage au mode prestataire, en faisant l'hypothèse que la forte consommation d'heures en emploi direct venait de la saturation des plans. L'appropriation du crédit d'impôt (et à terme son versement contemporain des débours de l'allocataire) pourrait faciliter un recours plus important.

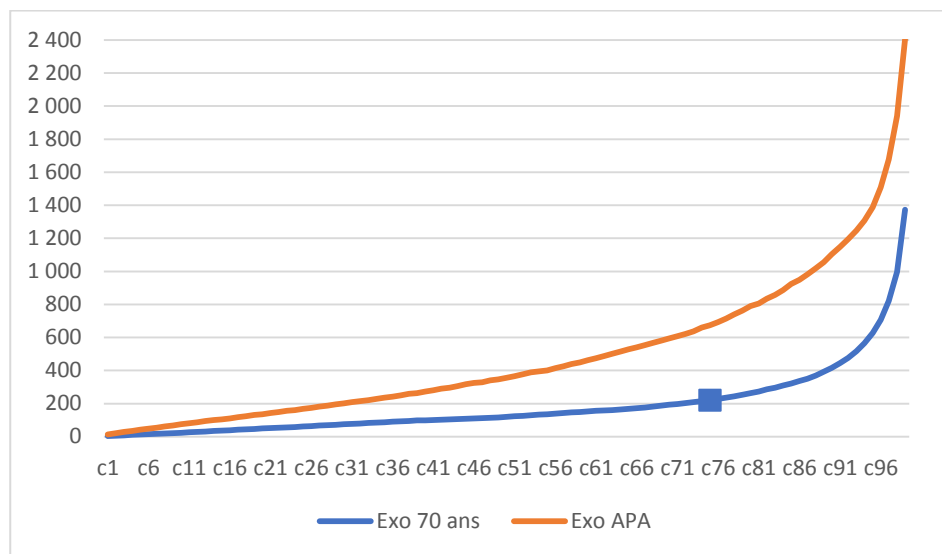
D) DISTRIBUTIONS DES HEURES REMUNEREES

En 2010, parmi les particuliers employeurs âgés de 80 ans et plus, 25 % des bénéficiaires de l'exonération pour 70 ans et plus rémunèrent plus de 221 heures à l'année, soit environ plus de 4,25 heures par semaine (figure 10). Cet horaire est proche des 4,6 heures d'aide hebdomadaire minimales prévues dans la moitié des plans d'aide en GIR 4 comportant de l'aide humaine¹⁴⁸.

¹⁴⁷ Arnault L., 2019, « Montants d'APA à domicile depuis 2011 : une réallocation au bénéfice des plus dépendants », *Études et Résultats*, n° 1118.

¹⁴⁸ Couvert (2017), op. cit.

Figure 10 – Distribution des heures annuelles rémunérées en 2010, selon le type d'exonérations (APA ou 70 ans et plus), parmi les 80 ans et plus



Note de lecture : on reporte en abscisse les centiles de la population des particuliers employeurs âgés de 80 ans et plus. Ainsi, parmi ces derniers, 75 % des bénéficiaires d’une exonération au titre des 70 ans et plus ont rémunéré plus de 221 heures en 2010. Parmi les bénéficiaires de l’APA, 75 % ont rémunéré plus de 650 heures.

Source : Acoiss.

En comparant les volumes horaires des bénéficiaires de l’exonération APA et de l’exonération au titre de l’âge 70 ans et plus, Bressé et Puech (2011)¹⁴⁹ estiment que fin 2010, environ 145 000 particuliers employeurs bénéficiaires de l’exonération au titre de l’âge (sur les 680 700 bénéficiaires) pourraient être potentiellement éligibles à l’APA¹⁵⁰, présentant des profils de consommation d’heures similaires. Les auteurs restent prudents et rappellent qu’« on ne peut conclure de manière claire que les particuliers-employeurs âgés bénéficiaires de l’exonération de charges patronales qui rémunèrent ces volumes horaires sont potentiellement éligibles à l’APA à domicile, mais on peut raisonnablement en faire l’hypothèse, et supposer que ces derniers sont en situation de non-recours à l’allocation ».

E) EN 2011, LES BÉNÉFICIAIRES DE L’APA EN GIR1 RECOURENT PLUS FREQUEMMENT A L’EMPLOI DIRECT QUE CEUX EN GIR 4¹⁵¹

Le choix du mode d’intervention incombe à l’allocataire.

Mais pour les personnes ayant un fort besoin de soutien à l’autonomie (GIR 1 et 2, soit 19 % des allocataires à domicile), le mode prestataire est retenu par l’équipe médico-sociale du département, sauf refus exprès du bénéficiaire¹⁵².

¹⁴⁹ Bressé S., Puech I., 2011, op. cit.

¹⁵⁰ Fin 2011, on dénombre 724 219 bénéficiaires de l’APA à domicile.

¹⁵¹ On n’a pas à ce stade de données plus récentes.

¹⁵² Article L.232-6 du CASF précité.

Malgré cette volonté d'orientation vers le mode prestataire, en 2011, un tiers des personnes en GIR 1 (22,3 % en emploi direct et 9,9 % en mandataire) recourent uniquement à l'emploi direct dans le cadre d'un plan notifié.

Un quart des GIR 2 sont dans ce cas (respectivement 16,1 % en emploi direct et 8,6 % en mandataire) (tableau 22). Il s'agit d'une borne basse puisqu'une part des individus déclare recourir à plusieurs services.

Si on suppose que cette combinaison inclut de l'emploi direct, ce sont près de 40 % des bénéficiaires de l'APA en GIR 1, 31 % en GIR 2, 26 % en GIR 3 et 22 % en GIR 4 qui emploieraient un salarié à domicile en emploi direct.

Tableau 22 - Répartition des bénéficiaires dont le plan notifié comporte de l'aide humaine, selon le type de service d'aide humaine sollicité

	Service prestataire uniquement	Service mandataire uniquement	Service gré à gré uniquement	Plusieurs services	Total
Ensemble	75,4 %	7,1 %	14,0 %	3,5 %	100,0 %
GIR 1	60,3 %	9,9 %	22,3 %	7,5 %	100,0 %
GIR 2	69,2 %	8,6 %	16,1 %	6,1 %	100,0 %
GIR 3	73,9 %	7,7 %	14,1 %	4,3 %	100,0 %
GIR 4	78,3 %	6,3 %	13,0 %	2,3 %	99,9 %

Lecture : 73,9 % des bénéficiaires en GIR 3 dont le plan notifié propose de l'aide humaine sollicitent exclusivement un service prestataire.

Champ : France métropolitaine, bénéficiaires ayant des droits ouverts pour l'APA à domicile au 31 décembre 2011.

Source : Drees, données individuelles APA 2011.

Le reste à charge est avancé comme un des éléments d'explication au recours plus répandu à l'emploi direct au sein des GIR 1 (et 2). Sur données 2011¹⁵³, lorsqu'on étudie le type de service auquel les individus ont recours en fonction du nombre d'heures notifiées dans le plan d'aide, on constate que, quel que soit le GIR, le recours au service prestataire est prépondérant (de 80 à 90 %) tant que le plafond n'est pas atteint. Lorsque les plans notifiés comportent un nombre d'heures supérieur, on constate à la fois un plus grand recours à différents services (combinaison) mais aussi une hausse au recours unique à un service mandataire ou à l'emploi direct (figure 11). Ce dernier devient le cas de figure le plus fréquent quand le nombre d'heures est très élevé¹⁵⁴.

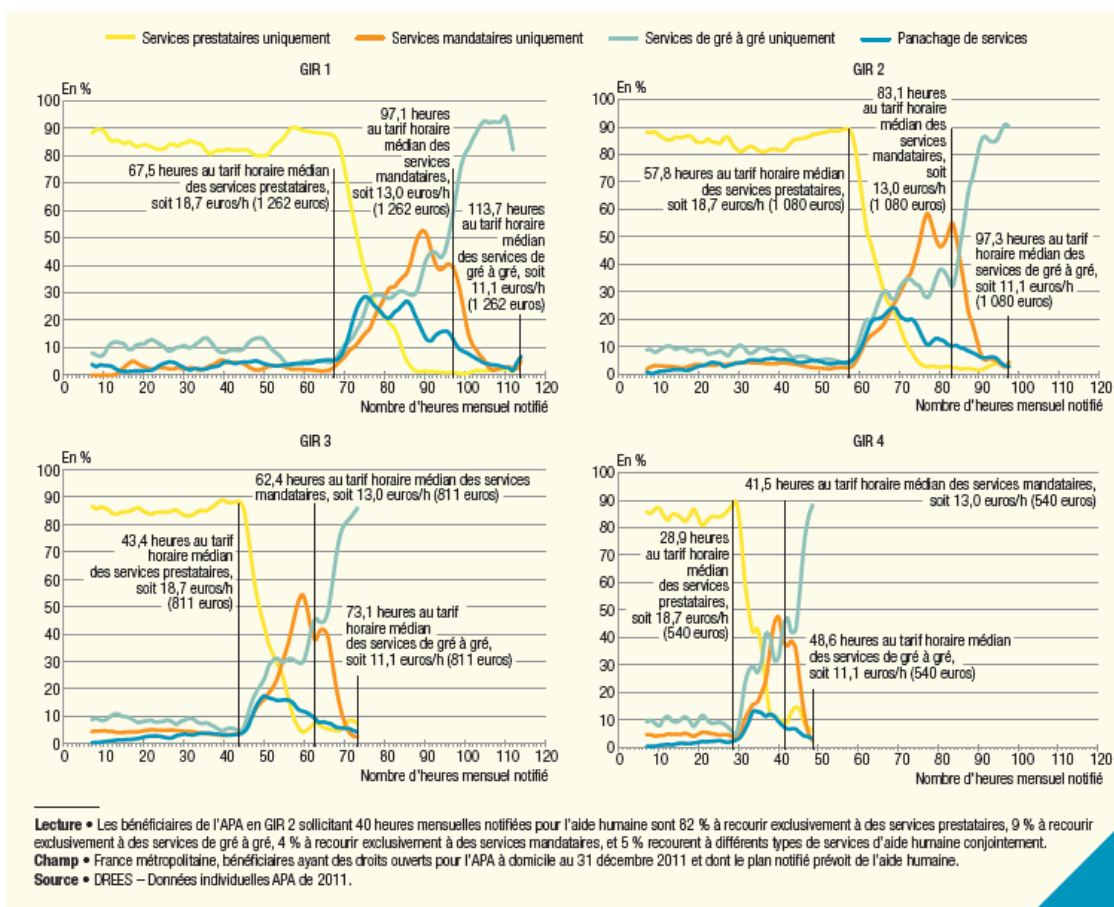
Les évolutions intervenues depuis 2011 sur le relèvement du plafond et la baisse du reste à charge des allocataires ont peut-être modifié cette situation.

Ce phénomène s'observe pour tous les GIR, mais les plans avec un nombre d'heures conduisant à dépasser le niveau du plafond au tarif prestataire étaient en 2011 plus nombreux au sein des GIR 1 et 2.

¹⁵³ Couvert N., 2017, *op. cit.*

¹⁵⁴ Ceci confirme le rôle du coût. Le mandataire étant de l'emploi direct « accompagné », il n'y a pas de raison à cette baisse lorsque le nombre d'heures devient élevé en dehors du coût.

Figure 11 – Taux de recours aux différents types de services d’aide humaine, dans les plans d’aide comportant de l’aide humaine, selon le GIR du bénéficiaire et le nombre d’heures mensuelles notifiées, en 2011



Note de lecture : les bénéficiaires de l’APA en GIR 2 sollicitant 40 heures mensuelles notifiées pour l’aide humaine sont 82 % à recourir exclusivement à des services prestataires, 9 % à recourir exclusivement à des services de gré à gré, 4 % à recourir exclusivement à des services mandataires, et 5 % recourent à différents types de services d’aide humaine conjointement.

Champ : France métropolitaine, bénéficiaires ayant des droits ouverts pour l’APA à domicile au 31 décembre 2011 et dont le plan notifié prévoit de l’aide humaine.

Source : Drees, données individuelles APA de 2011, N. Couvert (2017), Allocation personnalisée d’autonomie : les aides apportées aux personnes âgées, Études et Résultats, Drees, n°1033.

F) LES MODES EMPLOI DIRECT ET MANDATAIRE REPRESENTENT AUJOURD’HUI 16 % DES DEPENSES D’APA MAIS MOBILISERAIENT ENVIRON 30 % DES HEURES PAYEES

En 2017, la part de l’emploi direct et mandataire représente respectivement 12 % et 4 % des dépenses d’APA (après déduction de la participation financière des bénéficiaires) utilisées pour la rémunération d’intervenants à domicile (tableau 23). Les parts ont régulièrement baissé depuis les années 2010,

de près de 6 points pour l'emploi direct et de près de 4 points pour le service mandataire. Les parts s'établissaient à respectivement 17,8 % et 7,9 % en 2010¹⁵⁵.

Tableau 23. Répartition par mode d'intervention des dépenses d'APA* utilisées pour la rémunération d'intervenants à domicile (en %)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Par un service prestataire	74,3 %	75,5 %	75,2 %	77,5 %	78,2 %	80,7 %	81,5 %	84,0 %
Par un service mandataire	7,9 %	9,2 %	8,6 %	7,6 %	5,7 %	4,7 %	4,6 %	4,0 %
En emploi direct	17,8 %	15,3 %	16,0 %	14,9 %	16,2 %	14,5 %	13,9 %	12,0 %
Total des dépenses de personnel	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<i>Nombre de départements répondants</i>	54	52	58	59	70	68	74	69

Lecture : en 2010, en moyenne, 74,3 % des dépenses couvertes par l'APA pour rémunérer des intervenants à domicile concernent des services prestataires, 7,9 % des services mandataires et 17,8 % des recrutements directs par les bénéficiaires
 Source : Drees, enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale (années 2010 à 2014), in Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale et Enquête Aide sociale 2015 et 2016.

Champ : France métropolitaine et Drom (hors Mayotte), hors La Réunion.

* Dépenses après déduction de la part des bénéficiaires.

Ces différences de dépenses d'APA par mode d'intervention recouvrent cependant à la fois l'effet des différences d'heures mais aussi de différences de prix. Ainsi, en 2017, une première exploitation conduit à environ 30 % des heures d'aide à domicile payées effectuées en emploi direct ou mandataire¹⁵⁶, soit près du double de la part de l'emploi direct en heures. Cette différence peut s'expliquer pour deux raisons :

- des tarifs de référence en emploi direct plus faibles que pour les prestataires ;
- de potentielles différences de revenu entre les bénéficiaires qui recourent à l'emploi direct et les bénéficiaires de services prestataires. Si on suppose par exemple que le recours à l'emploi direct est plus fréquent chez les plus aisés, leur participation est plus importante et la part des dépenses du département est alors plus faible.

¹⁵⁵ La baisse apparaît marquée entre 2014 et 2015, mais elle est en grande partie attribuable au fait que les départements répondants ne sont pas les mêmes d'une année sur l'autre. En calculant les évolutions sur le champ constant des départements répondants en 2014 et en 2015 (63 départements), la baisse est légèrement moins marquée : la part de l'emploi direct baisse de 15,4 % à 14 %, celle du service mandataire de 5,5 % à 4,6 %, la part du service prestataire connaissant une hausse de 79 à 80,7 %. Les tendances de 2010 à 2017 sont cependant similaires (données Drees).

¹⁵⁶ Ces résultats restent à consolider. Tout d'abord, le calcul est fait à partir de l'enquête trimestrielle sur l'APA à domicile (2016-2017, Drees) sur le champ des 36 départements répondants aux dépenses d'APA et aux nombre d'heures. Par ailleurs, la qualité de ces données sur le nombre d'heures reste à valider. Sur ce champ des 36 départements répondants, les dépenses d'APA pour l'emploi direct représentent 18 % des dépenses (après déduction de la participation financière des bénéficiaires) utilisées pour la rémunération d'intervenants à domicile.

On ne dispose pas d'éléments à ce stade sur le taux de participation financière suivant le mode d'intervention. On sait cependant que le taux de recours aux services à la personne en population générale est croissant avec le revenu (cf. figures 12 et 13 ci-dessous) et qu'environ la moitié des nouveaux bénéficiaires de l'exonération au titre de l'APA fin 2010 était déjà particulier employeur auparavant¹⁵⁷.

Figure 12 – Taux de recours et part dans les ménages utilisateurs, en 2005 et en 2011¹⁵⁸

Déciles de niveau de vie	2005		2011	
	Taux de recours	Part dans les ménages utilisateurs	Taux de recours	Part dans les ménages utilisateurs
1 ^{er} décile	5,8 %	5,4 %	6,9 %	5,2 %
2 ^e décile	8,1 %	7,6 %	10,2 %	7,8 %
3 ^e décile	9,2 %	8,6 %	12,1 %	9,2 %
4 ^e décile	9,0 %	8,4 %	10,9 %	8,3 %
5 ^e décile	7,2 %	6,6 %	10,1 %	7,7 %
6 ^e décile	7,8 %	7,3 %	10,0 %	7,6 %
7 ^e décile	8,5 %	8,0 %	9,0 %	6,9 %
8 ^e décile	9,6 %	9,0 %	11,1 %	8,4 %
9 ^e décile	12,2 %	11,4 %	18,0 %	13,7 %
10 ^e décile	29,8 %	27,8 %	33,5 %	25,5 %

Source : Insee, enquêtes Budget de famille (2005, 2011).

Note : Le niveau de vie du ménage correspond au revenu disponible (revenu total – y compris revenus du patrimoine – hors ressources exceptionnelles, augmenté des prestations sociales, moins les pensions versées, l'impôt sur le revenu et la taxe d'habitation) par unité de consommation. Il s'agit en 2005 des revenus déclarés par les ménages et, en 2011, des revenus issus des fichiers fiscaux, ce qui limite la comparaison entre ces deux années.

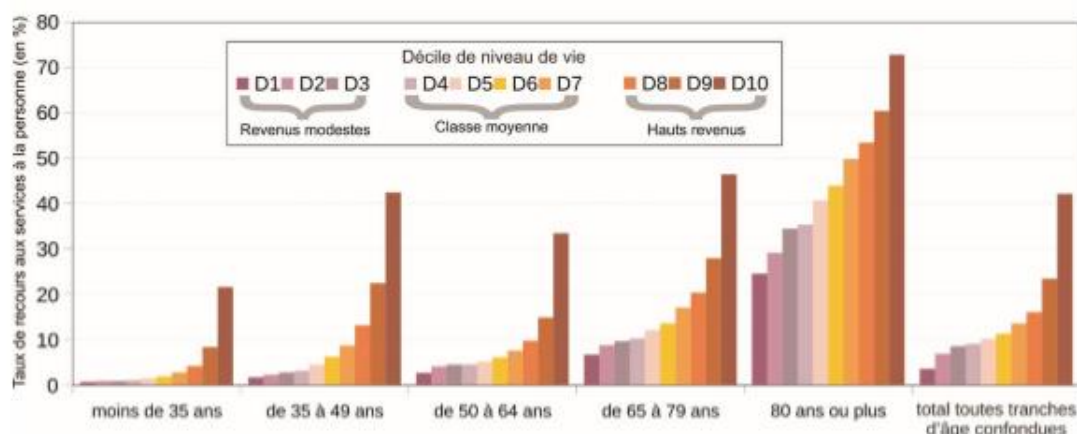
Champ : France métropolitaine ; ensemble des ménages pour le taux de recours, ménages utilisateurs pour la part dans les ménages utilisateurs

La hausse du taux de recours avec le niveau de vie est générale (cf. figure 13 ci-dessous, une illustration pour la région Centre-Val de Loire).

¹⁵⁷ Bressé et Puech, 2011, op. cit.

¹⁵⁸ Benoteau I., Goin A., 2014, Les services à La personne qui y recourt ? Et à quel coût ?, *Dares Analyses*, n° 63.

Figure 13 – Un recours très dépendant du niveau de vie en Centre-Val de Loire¹⁵⁹



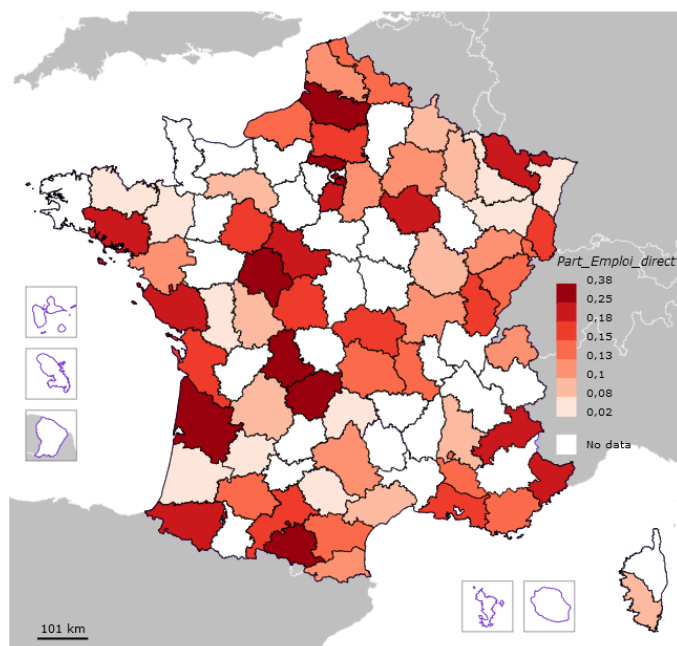
Source : Insee, Filosofi 2013.

Note : ménages utilisateurs de services à la personne : Notre étude porte sur les ménages fiscaux ayant déclaré des dépenses de services à domicile au titre de l'impôt sur le revenu. Les ménages fiscaux dont l'intégralité des dépenses de services à la personne sont pris en charge par un dispositif d'aide publique sont donc exclus du champ de l'étude. Sont notamment exclus de l'étude les ménages bénéficiaires de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) à domicile disposant d'une couverture intégrale de leurs frais de services à la personne sans reste à charge. Leur nombre est estimé à entre 3 700 et 4 500 personnes dans la région.

Le recours à l'emploi direct est très variable sur le territoire (figure 14). Si dans des départements tels les Landes, le Bas-Rhin ou encore les Vosges, la part de l'emploi direct ou mandataire (en termes de dépenses pour la rémunération d'intervenants à domicile) représente moins de 4 % des dépenses d'APA, cette part est de plus d'un tiers en Gironde, Corrèze, Indre-et-Loire ou encore à Paris.

¹⁵⁹ Goupil S., Hillau M., Taugourdeau M.A., 2019, « 190 000 ménages utilisateurs de services à la personne en 2030 : un défi et une opportunité pour le secteur », *Insee Analyses Centre Val-de-Loire*, n° 51.

Figure 14 – Part de l’emploi direct à domicile (y compris mandataire) dans les dépenses APA selon les départements



Source : données Drees 2017, Enquête Aide Sociale, 65 départements répondants.

La baisse des particuliers employeurs bénéficiaires de l’APA sur la période est moins prononcée en Ile-de-France qu’en France entière, elle est en revanche plus prononcée en Nouvelle-Aquitaine par exemple¹⁶⁰.

À ce stade, on peut envisager quelques pistes pour expliquer ces disparités territoriales du recours¹⁶¹, mais qui restent pour l’instant non investiguées, notamment parce qu’il est difficile de savoir si le choix du mode d’intervention s’exerce de manière non contrainte dans les différents départements¹⁶². Est-ce que l’offre est suffisante pour les différents modes d’intervention ? Est-ce que la tarification ne désavantage pas de manière déséquilibrée un mode d’intervention ? Le département (notamment les équipes médicosociales qui instruisent les demandes d’APA) informent-elles les bénéficiaires de l’APA sur les différents modes ?

¹⁶⁰ Données Acoss.

¹⁶¹ On peut aussi penser à une structure par GIR différente parmi les bénéficiaires de l’APA à domicile, à un marché du travail plus ou moins propice aux emplois d’aide à domicile.

¹⁶² Le département de la Somme a par exemple été condamné par la justice pour avoir privilégié le recours au mode mandataire et à l’emploi direct pour les GIR 1 et 2.

III) AVANTAGES ET CONTRAINTES DE L'EMPLOI DIRECT POUR LE BENEFICIAIRE DE L'APA

C'est une question controversée, d'autant plus qu'on manque d'informations sur les caractéristiques des intervenants à domicile auprès des personnes âgées et leurs conditions de travail.

On dispose cependant en 2008 de l'enquête auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées (IAD)¹⁶³, réalisée par la Drees, qui permet de caractériser les intervenants à domicile de personnes fragilisées et de décrire leurs conditions de travail. On dispose aussi d'analyses plus globales sur les conditions de travail dans le secteur des services à la personne¹⁶⁴.

A) CERTAINS INTERVENANTS EVOQUENT PLUSIEURS AVANTAGES A L'EMPLOI DIRECT

Les avantages mis en avant sont notamment :

- le libre choix de l'intervenant au domicile¹⁶⁵ (on peut supposer que le choix est moindre dans le cadre d'un service prestataire) ;
- un temps de présence au domicile des personnes plus important¹⁶⁶ ;
- la réduction du nombre d'intervenants à domicile qui permettrait plus facilement l'instauration d'une relation de confiance entre le salarié et la personne âgée mais également son entourage, une meilleure appréhension des besoins de la personne et une continuité dans l'aide apportée.

Bressé et Puech (2011)¹⁶⁷ indiquent que parmi les 24 500 particuliers employeurs qui ont commencé à bénéficier de l'APA au 4^e trimestre 2010, la moitié était déjà particulier-employeur auparavant : 34 % de ces derniers ont conservé le salarié qu'ils employaient déjà dans le nouveau cadre de l'APA, et ainsi choisi de prolonger une relation d'emploi, et sans doute une relation humaine¹⁶⁸.

On peut aussi inclure les personnes souhaitant rémunérer le proche aidant. Si cette pratique était *a priori* peu répandue en 2003 (8 % des bénéficiaires de l'APA)¹⁶⁹, les chiffres sont anciens¹⁷⁰ et il

¹⁶³ Marquier R., 2010, « Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008 », *Études et résultats*, n° 728.

¹⁶⁴ Dares, 2018, Les salariés des services à la personne : comment évoluent leurs conditions de travail et d'emploi ? », *Dares Analyses*, n° 38.

¹⁶⁵ « *Les raisons premières du choix de l'emploi à domicile entre particuliers relèvent de la recherche d'une organisation et de relations de travail stables et durables* », Meuret-Campfort Eve, 2015 ; « La qualité de l'aide au domicile des particuliers employeurs âgés », *Observatoire des emplois de la famille*, Fepem, novembre.

¹⁶⁶ Loones et Jeuneau (2012) indiquent ainsi que « *les aides à domicile employées directement par des particuliers interviennent plus longtemps auprès des personnes qu'elles aident (10,7 heures par semaine, contre 4,4 heures pour les salariées d'organismes prestataires exclusivement)* », in *L'organisation du métier d'aide à domicile, entre autonomie et isolement professionnel*, *Dossiers Solidarité et Santé*, Drees, n° 30.

¹⁶⁷ Bressé S., Puech I., 2011, op. cit.

¹⁶⁸ On ne sait pas si la formation du salarié évolue afin de tenir compte des nouveaux besoins du particulier employeur.

¹⁶⁹ Petite S., Weber A., 2006, *Études et Résultats*, n° 459.

¹⁷⁰ À notre connaissance, il n'existe pas de chiffres plus récents.

est possible qu'on ait une hausse suite à la crise de 2008, comme cela a pu être observé en Espagne par exemple¹⁷¹.

B) D'AUTRES INTERVENANTS SOULIGNENT LES CONTRAINTES ET RISQUES DE L'EMPLOI DIRECT

1) La lourdeur des responsabilités liées à la fonction de l'employeur

Pour certaines personnes âgées, notamment celles ayant un besoin de fort de soutien à l'autonomie (GIR 1 et 2) ou ayant des troubles cognitifs, la question de leur capacité à être employeur peut se poser. Le placement sous protection juridique des majeurs est loin d'être systématique. Si une vigilance existe lors de l'ouverture des droits APA pour les GIR 1 et 2, il n'en est pas de même en cas d'évolution des situations : si l'emploi direct peut être adapté en GIR 3 ou 4, il peut ne plus en être de même lorsque la personne perd son autonomie. Un changement de mode d'intervention pourrait être nécessaire mais il n'est pas sûr qu'en pratique, on adapte le mode d'intervention aux capacités du particulier employeur.

Le cahier des charges applicables aux services mandataires agréés prévoit « *que le mandataire vérifie que l'intervention sous ce mode est adaptée à la réalité de la situation de la personne et que son état lui permet d'assurer les responsabilités inhérentes à son statut d'employeur* ». Cette mention n'est assortie d'aucune procédure de modification des plans d'aide et on ne sait comment elle est appliquée.

Le particulier employeur peut entrer en conflit avec son salarié, conduisant éventuellement à un licenciement et un procès aux prud'hommes, avec le risque financier que cela peut entraîner. Le particulier employeur est aussi responsable des actes que son salarié accomplit dans ses fonctions.

Il est possible que ces responsabilités, en particulier dans les cas de conflit, soient excessives pour les allocataires les plus fragiles et les plus isolés. Si le recours à une structure mandataire peut aider le particulier employeur dans l'exercice de ses responsabilités, il ne peut le suppléer.

2) Le reste à charge

Certes les coûts monétaires pour le particulier employeur peuvent apparaître moindres, si on compare directement le salaire horaire versé au salarié en emploi direct et le tarif de l'heure en mode prestataire.

Mais deux aspects viennent tempérer ce constat :

- le salaire horaire versé par le particulier employeur peut être majoré si on tient compte d'autres coûts intégrés dans le tarif horaire de la prestation : remplacement du salarié en cas de vacances ou d'absence ; éventuellement coût d'une procédure de licenciement, etc. ;
- si le département fixe un tarif de valorisation du plan APA à un niveau bas, le reste à charge pour le particulier employeur peut être élevé. Comme on l'expose infra, l'écart entre tarif de valorisation et coût réel est assez général et son montant est souvent significatif.

¹⁷¹ Costa-Font J., 2017, Long-Term Care following the Great Recession in European countries, *Social Observatory of "la Caixa"*, "La Caixa" Foundation.

3) Continuité et qualité de service

L'emploi direct pourrait présenter des risques plus grands de discontinuité de services. En effet, en cas d'absence du salarié du particulier employeur, en particulier non prévue (arrêt maladie, accidents du travail, etc.), il peut être difficile de trouver un remplaçant rapidement.

L'emploi direct, même *via* le mode mandataire, n'apporte pas de garantie sur l'exécution des plans d'aide APA notifiés et sur la qualité de l'intervention. Il ne relève pas du secteur médicosocial et n'est pas soumis aux obligations et aux outils de la loi du 2 janvier 2002.

Il est parfois également évoqué un moindre niveau de formation des salariés auprès des particuliers employeurs et donc un risque d'une moindre qualité d'accompagnement. Il est difficile de conclure de manière tranchée, d'autant plus qu'une partie des salariés du secteur de l'emploi à domicile sont aussi parfois salariés de structures prestataires.

L'isolement du salarié en emploi direct, l'absence de supervision, de temps collectifs, ou les moindres facilités de partir en formation professionnelle pourraient affecter la qualité de l'intervention, même si la situation semble s'améliorer ces dernières années, en particulier *via* des initiatives tels la création des Relais assistants de vie.

4) L'isolement du salarié

On pourrait penser que le salarié du particulier employeur est moins intégré dans les réseaux locaux sanitaires et médicosociaux, ce qui en termes de réponse aux besoins de la personne et de suivi de son parcours pourrait être préjudiciable. Cela pourrait ainsi accroître la charge de travail de l'aidant qui s'occupe de la coordination et de l'organisation des prises en charge. Cependant, il semble que les salariés en emploi direct aient plus souvent des contacts avec les autres professionnels qui interviennent au domicile de la personne fragile que ceux en mode prestataire (29 % contre 12 %) ¹⁷². Il est possible que l'absence de collègues *via* une structure prestataire les amène à développer ce type d'échanges ou bien que leur temps de présence au domicile plus long accroît les possibilités de rencontre avec d'autres professionnels.

Concernant les conditions de travail des salariés dans les deux modes d'intervention, la conclusion n'est pas évidente. Au préalable, il est nécessaire de souligner la grande hétérogénéité aussi bien des salariés auprès des particuliers employeurs que dans les structures prestataires, ce qui rend la comparaison complexe.

Les salariés du particulier employeur indiquent ainsi avoir davantage d'autonomie et de liberté dans l'exercice de leur travail. Pour certains, c'est ce qui les a amenés à quitter les structures pour travailler en emploi direct ¹⁷³. Mais cette liberté d'exercice et l'adaptation aux besoins de chaque particulier employeur peut être contrainte par le fait d'avoir plusieurs employeurs.

La rémunération horaire perçue par un salarié en emploi direct est plus élevée que s'il travaille chez un prestataire, mais la rémunération mensuelle est moins forte du fait de temps de travail plus courts. De même, certains frais occasionnés par son activité ne sont pas pris en charge : ni les temps de

¹⁷² Loones et Jeauneau (2012), op. cit.

¹⁷³ Crasset O., 2019, « Avantages et revers de l'autonomie chez les aides à domicile en emploi direct », Congrès de l'AFS, Aix-en-Provence.

déplacement, ni les frais de transport (voiture en particulier) ne sont pris en charge¹⁷⁴. Par ailleurs, le décès du particulier employeur (ou son hospitalisation) crée une incertitude sur le revenu.

IV) BIAIS DANS LE CHOIX DU MODE D'INTERVENTION

A) UNE PREFERENCE DES POUVOIRS PUBLICS POUR LE MODE PRESTATAIRE

De manière générale, il semble que la structuration de l'aide à domicile se soit faite plutôt autour des services prestataires, avec dans l'idée d'offrir un service de qualité et de protection des personnes âgées en perte d'autonomie.

Cette préférence se reflète dans les conventions de modernisation des Saad prestataires signées par la CNSA depuis 2008, avec l'objectif de développer la qualité des modes prestataires. Ces actions sont financées dans le cadre de la section IV du budget de la CNSA à hauteur de 50 % par les départements et de 50 % par la CNSA¹⁷⁵. Si on note aussi la mise en œuvre de conventions entre la FEPem et la CNSA, leur ampleur est moindre.

Cette orientation vers le mode prestataire se reflète aussi comme on l'a vu, dans la loi puisque l'article L.232-6 du CASF indique toujours que le mode prestataire est le mode de référence pour les GIR 1 et 2, référence qu'on ne peut écarter qu'avec le refus exprès de l'allocataire.

Enfin, on peut aussi mentionner l'absence de la Fepem dans les instances de réflexion (Conseil de la CNSA, Conseil de l'âge du HCFEA) et le fait que l'intervention en emploi direct est moins souvent traitée dans les rapports publics, comme si ce pan de l'offre ne faisait pas partie des réflexions globales sur l'évolution de l'emploi à domicile.

Au niveau des départements, cette construction de la prise en charge de la perte d'autonomie par les services prestataires se reflète aussi par le développement des dispositifs de télégestion. En effet, les conseils départementaux, afin d'encadrer les dépenses liées à l'accompagnement des allocataires mettent en place ces dispositifs pour suivre la réalisation des heures d'aide humaine au domicile des personnes. L'emploi direct hors mandataire est exclu de ces dispositifs de télégestion, ce qui peut avoir un effet sur le recours à ces modes d'intervention. Les départements, en particulier *via* les équipes médicosociales, peuvent aussi être tentés d'orienter davantage vers les services prestataires sur lesquels ils ont davantage de vue et de contrôle notamment dans le cadre de la politique de contractualisation et tarification des services (CPOM).

On peut enfin mentionner le manque de connaissances des équipes et des acteurs départementaux des modalités et conditions de mise en œuvre d'un service en emploi direct, pouvant les conduire à davantage orienter les bénéficiaires de l'APA vers un service « prestataire ».

¹⁷⁴ Certains objecteront que les salariés d'un particulier employeur travaillent plus près du domicile, à moins de 5 km.

¹⁷⁵ Ex : groupe de Saad échanges de pratiques, expérimentation d'heures de répit, formation sur les territoires.

B) INCIDENCE DE LA SATURATION DES PLANS APA

Compte tenu du coût du mode prestataire et du niveau des plafonds de l'APA avant la loi ASV, nombre de plans étaient saturés en mode prestataire et les allocataires étaient conduits à les compléter par de l'emploi direct (cela pourrait expliquer le recours important à ce mode en GIR 1 et 2). Il est possible que le relèvement des plafonds par la loi ASV entraîne toutes choses égales par ailleurs un moindre recours à l'emploi direct.

V) COUT ET POLITIQUE TARIFAIRE DES DEPARTEMENTS

A) COMPARAISON DU COUT DE L'HEURE D'AIDE EN EMPLOI DIRECT ET EN MODE PRESTATAIRE

Le coût de l'heure d'aide en emploi direct est composé :

- du salaire horaire brut de l'intervenant : celui-ci est librement négocié, sans pouvoir être inférieur aux minimas conventionnels et/ou au Smic horaire brut en vigueur, auquel(s) on ajoute la majoration du salaire net de 10 % servant à financer les congés payés annuels de l'intervenant¹⁷⁶. Depuis le 1^{er} avril 2016, une nouvelle grille des métiers est applicable pour les salariés du particulier employeur qui travaillent au domicile de l'employeur. Dans le cadre de l'aide à l'autonomie, cela concerne les assistants de vie de catégorie A (niveau 3), B (niveau 4), C (catégorie 5) et D (catégorie 6) avec respectivement pour salaire horaire brut minimum (au 1^{er} janvier 2019) : 10,03 €/h, 10,17 €/h, 10,47 €/h et 10,85 €/h ;
- des charges patronales (après prise en compte des exonérations de charge APA).

Le tableau 24 présente, pour différents salaires bruts horaires, le coût de l'heure d'aide apportée par un intervenant en emploi direct.

Tableau 24 - Coût de l'heure d'aide en emploi direct selon le salaire horaire brut de l'intervenant

	<i>(Assistant(e) de vie A)</i>	<i>(Assistant(e) de vie B)</i>	<i>(Assistant(e) de vie C)</i>	<i>(Assistant(e) de vie D)</i>			
(1) salaire horaire brut	10,03 €/h	10,17 €/h	10,47 €/h	10,85 €/h	11,00 €/h	12,00 €/h	13,00 €/h
<i>Dont :</i>							
<i>salaire horaire net</i>	7,79 €/h	7,90 €/h	8,13 €/h	8,43 €/h	8,54 €/h	9,32 €/h	10,10 €/h
<i>cotis. salariales</i>	2,24 €/h	2,27 €/h	2,34 €/h	2,42 €/h	2,46 €/h	2,68 €/h	2,90 €/h
(2) cotis. patronales	1,32 €/h	1,32 €/h	1,35 €/h	1,41 €/h	1,41 €/h	1,55 €/h	1,69 €/h
(3) congés payés annuels	0,78 €/h	0,79 €/h	0,81 €/h	0,84 €/h	0,85 €/h	0,93 €/h	1,01 €/h
Coût de l'heure d'aide	12,13 €/h	12,28 €/h	12,64 €/h	13,10 €/h	13,27 €/h	14,48 €/h	15,70 €/h

Source : calculs SG HCFEA.

¹⁷⁶ Smic horaire brut en vigueur au 1er janvier 2019 : 11,03 € brut de l'heure (salaire minimum conventionnel horaire brut de 10,03 € + 10 % de congés payés inclus), soit 8,58 € net de l'heure.

Selon la Fepem, le salaire horaire net moyen (hors congés payés [CP]) était de 9,5 €/h au 4^e trimestre 2018 (baromètre Fepem n° 29). Après prise en compte des charges sociales, on estime le coût moyen de l'heure d'aide en emploi direct à 13,83 €/h hors CP et 15,21 €/h CP inclus.

Comparé au coût de revient de l'heure en mode prestataire (23,73 € en moyenne), l'écart est conséquent, proche de 8,5 €/h.

La différence de coût imputable au coût de présence effective de l'intervenant au domicile de l'utilisateur, que l'on estime à 14,02 € par heure d'intervention dans le cas du mode prestataire (cf. *supra*) et à 13,83 € dans le cas de l'emploi direct, est négligeable et n'explique qu'une très faible partie du différentiel de coût de revient entre les deux modes d'intervention.

La plus grosse partie de cet écart s'explique par le coût des fonctions supports des services prestataires, en moyenne de 5,12 €/h.

Les activités des fonctions supports (gestion administrative, encadrement de proximité, etc.) existent malgré tout, pour une majorité d'entre elles, dans le cadre de l'emploi direct. Elles sont cependant supportées par l'utilisateur lui-même, en sa qualité d'employeur, ou par l'employé, sans donner lieu à rémunération. Elles n'intègrent donc pas, comptablement, le coût estimé. Il s'agit tout d'abord pour l'utilisateur (ou son aidant familial) du temps consacré aux démarches administratives liées à la fonction d'employeur : recherche d'un salarié, déclaration de l'employé, élaboration de son contrat de travail et des fiches de paie, paiement des charges sociales, gestion de la rupture du contrat, etc. Lorsque l'intervenant en emploi direct est en congé, l'employeur doit également recourir à un remplaçant, ce qui s'accompagne de nouveau de démarches administratives. Du côté du salarié, celui-ci doit consacrer un temps (non rémunéré) à la première visite, à la planification et à l'organisation de l'intervention, et à la gestion de ses plannings en cas de multiemployeurs.

Le recours à une structure mandataire permet au particulier employeur de déléguer la mise en œuvre de ces activités « dites » support (prérecrutement, démarches administratives, etc.)

Le recours à un service prestataire permet d'externaliser le coût de ces différentes activités annexes et de rémunérer les temps d'organisation et de planification.

Les coûts indirects n'expliquent cependant qu'une partie (60 %) de l'écart estimé de 8,5 € par heure d'intervention. Le reste (40 %), pour un montant moyen de 3,4 €/h, est imputable à la « facturation » du temps non présentiel. Il s'agit principalement des congés (son coût représente généralement 10 % du salaire en emploi direct) et des frais de déplacement, que l'UNA estime à 1,64 €/h (indemnités kilométriques et temps de déplacement). Dans le cas de l'emploi direct, les frais de déplacement sont généralement à la charge de l'employé et donc non inclus dans le coût supporté par l'employeur.

B) LES TARIFS DE REFERENCE FIXES PAR LES DEPARTEMENTS

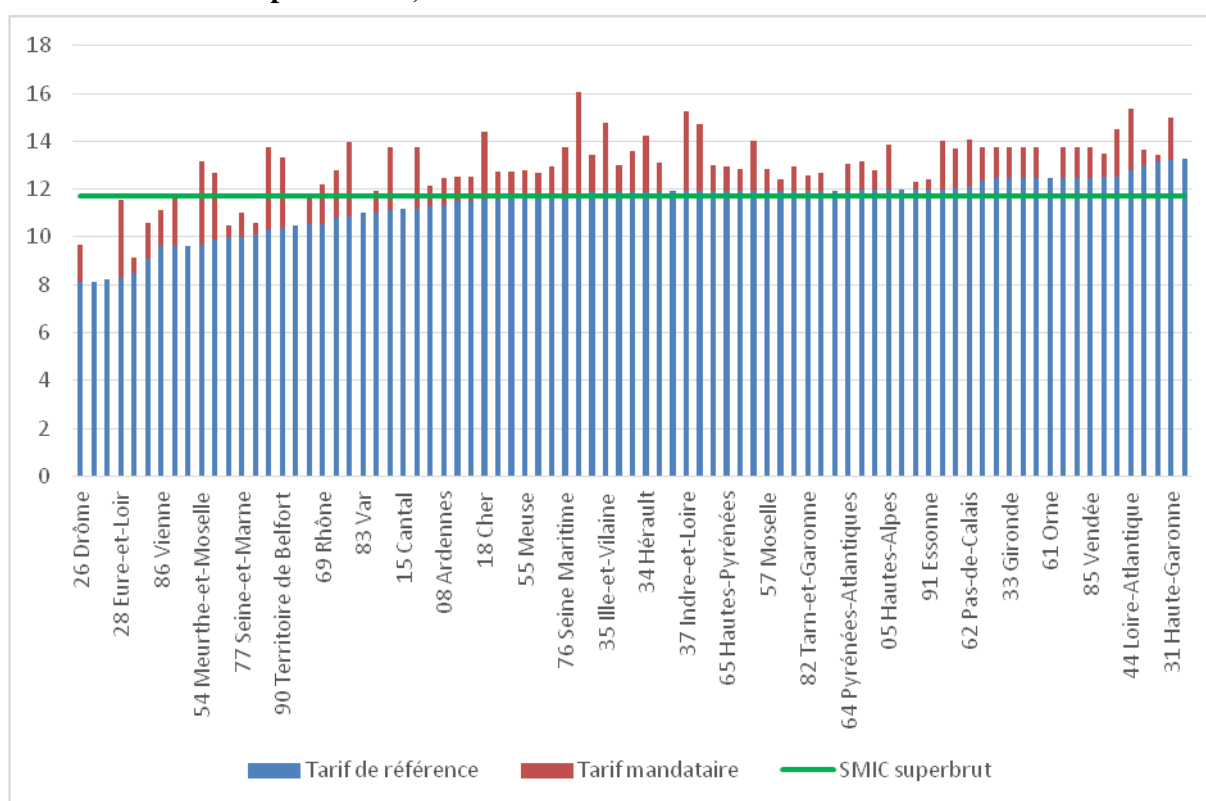
Dans sa gestion de l'APA, le conseil départemental fixe des tarifs de valorisation du plan APA différents pour les différents modes d'intervention (prestataire et emploi direct et mandataire). Ainsi, le montant en euros correspondant au nombre d'heures défini dans le plan sera différent selon le mode d'intervention choisi.

Pour une heure d'intervention, le reste à charge pour l'utilisateur va donc différer selon le mode d'intervention choisi. En emploi direct, le reste à charge est égal à la participation financière du bénéficiaire (calculée sur le tarif de référence servant à valoriser le plan d'aide APA) à laquelle s'ajoute l'écart éventuel entre le tarif de référence et le salaire super brut versé au salarié (salaire net + cotisations sociales et patronales), auxquels s'ajoutent éventuellement les frais de gestion en mode mandataire.

En 2015, date la plus récente pour laquelle on dispose des tarifs de référence pour la quasi-totalité des départements¹⁷⁷, ces tarifs diffèrent grandement entre départements (figure 15).

Pour l'emploi direct, ils varient de 8 € (Drôme) à 13,3 € (Haut-Rhin). Le tarif médian s'élève à 11,9 €, soit quasiment au niveau du Smic superbrut¹⁷⁸.

Figure 15 – Tarifs de référence en emploi direct et mandataire (pour la solvabilisation du plan APA) dans les différents départements, 2015



Source : base SolvAPA, 2015.

Note : le Smic superbrut s'élève à 11,9 €/h (y compris congés payés).

Dans 20 départements, le tarif de référence est inférieur au Smic horaire super brut. Dans la Drôme par exemple, le tarif de référence est de 8,1 €/h, occasionnant un reste à charge avant crédit d'impôt de plus de 3,5 € par heure.

Dans de nombreux cas, l'écart est encore plus élevé. En effet, d'après les données de l'Acoss, les salaires horaires nets versés par les particuliers employeurs « fragiles » sont plus élevés que le

¹⁷⁷ Base de données SolvAPA, Drees, tarifs 2015 (collecte à l'automne), 83 départements renseignés.

¹⁷⁸ Le Smic horaire brut s'élève en effet en 2015 à 9,61 €/h, soit 11,9 €/h pour le Smic superbrut après inclusion des 10 % de congés payés et des cotisations patronales (exonérations déduites).

Smic. Ils s'établissent respectivement à 10,4 € et à 8,8 €¹⁷⁹ (hors congés payés) en juin 2015 pour les bénéficiaires d'une exonération au titre des 70 ans et plus et pour les bénéficiaires de l'exonération au titre de l'APA, soit 20 % au-dessus du Smic¹⁸⁰. Le salaire total payé, en incluant les congés payés et les cotisations (déductions faites des exonérations au titre de l'APA) est donc, pour ces derniers, de 14,3 €. Aucun département n'a un tarif de référence à ce niveau-là ou au-dessus.

En médiane, le tarif de référence pour le service mandataire est de 1,2 € plus élevé que le tarif de valorisation utilisé pour l'emploi direct (figure 15). Dans 25 % des départements, le surcoût est tarifé à 2 € et plus. À l'extrême, certains départements pratiquent le même tarif de référence pour l'emploi direct et le mandataire, « *ne reconnaissant ainsi pas la valeur ajoutée du mandat, ce qui revient à nier l'intérêt de ce cadre juridique par rapport à l'emploi direct* »¹⁸¹. Bruant-Bisson *et al.*, 2011¹⁸² indiquent que la tarification du mandataire devrait plutôt se situer à 2 € par heure, en indiquant cependant que « *l'absence de comptabilité analytique n'a pas permis de faire une évaluation précise* ».

On a considéré ici le tarif de référence bas. Dans la majorité des départements (88 % parmi les départements répondants à l'enquête), il existe un tarif unique. Dans les autres, des tarifs de référence plus élevés peuvent être fixés pour tenir compte des jours d'intervention, en particulier dimanche et jours fériés (tarif supérieur au jour ordinaire), ou pour tenir compte de la qualification du salarié (qualifié/non qualifié ; aide-ménagère/assistant de vie) (tableau 25).

Tableau 25. Tarif de référence pour l'emploi direct

	Modes de tarification	Critère de valorisation	Nbre de répondants	Tarif horaire de référence			
				Minimal	CD	Maximal	CD
Tarif de référence emploi direct	Tarif unique	Tarif unique	73	8,1 €	Drôme	13,26 €	Haut-Rhin
	Tarif en fonction des jours	Jour ordinaire	7	10,51 €	Finistère	12,81 €	Loire-Atlantique
		DF – Dimanche et jours fériés		11,41 €	Loire	17,7 €	Yvelines
	Tarif en fonction de la qualification du salarié	Non qualifié (aide-ménagère)	3	9,45 €	Ariège	12,5 €	Landes
		Qualifié – assistant de vie		10,0 €	Ariège	14,86 €	Seine-Saint-Denis
Ensemble			83 ¹⁸³				

Source : base de données Solvapa, Drees, tarifs 2015, 83 départements renseignés.

Note : ce tableau s'inspire d'une note de la Fepem « Focus sur les tarifs de référence pratiqués par les conseils départementaux dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en emploi direct et en mandataire ».

¹⁷⁹ Au 4^e trimestre 2018, le salaire net horaire (hors congés payés) versés par les particuliers employeurs exonérés au titre de l'APA s'élève à 9,5 € nets.

¹⁸⁰ On peut expliquer cette différence de plusieurs manières : niveaux de revenu des 70 ans et plus plus élevés que ceux des bénéficiaires de l'APA ; nombre d'heures plus élevé pour les bénéficiaires de l'APA conduisant éventuellement à une moindre rémunération horaire

¹⁸¹ Bruant-Bisson A., Aube-Martin P., De Reboul J.-B., 2011, *op. cit.*

¹⁸² *Op. cit.*

¹⁸³ Un département, non comptabilisé ici, indique un tarif de référence variable selon l'ancienneté, mais sans plus de précisions.

C) EVOLUTIONS DES TARIFS

On ne dispose pas de données sur les évolutions de ces tarifs pour l'ensemble des départements. Et la manière de les fixer ou de les indexer n'est pas définie. Il serait utile de les collecter régulièrement, peut-être via les enquêtes trimestrielles APA de la Drees.

On dispose cependant de quelques exemples :

- au 1^{er} Janvier 2019, le tarif de référence en emploi direct pour la Drôme est fixé à 8,58 € (arrêté du conseil départemental), soit une hausse de 6 % depuis 2015 ;
- au 1^{er} janvier 2018, les Bouches du Rhône ont des tarifs respectivement en emploi direct de 13,34 €, soit 12 % d'augmentation depuis 2015, et en mode mandataire de 14,86 € en tarif de jour (dont frais de gestion de 1,50 €) et 18,57 € en tarif dimanche et jours fériés (dont frais de gestion = 1,50 €).

En regard, le Smic horaire brut a augmenté de 6,6 % sur la période 2015-2019.

D'autres facteurs peuvent expliquer un moindre recours à l'emploi direct par rapport au mode prestataire même s'il est difficile d'avoir des éléments quantitatifs, *a fortiori* en évolution dans le temps.

D) CESU PREFINANCE ET TIERS-PAYANT

Afin de contrôler les sommes affectées au titre de l'APA, les conseils départementaux ont développé le recours aux chèques emploi service universel (Cesu) préfinancés (cf. encadré ci-dessous).

Selon la Fepem¹⁸⁴, le développement des Cesu préfinancés aurait « *fortement impacté le recours aux différents modes d'intervention. En effet, on constate que, pour la plupart des départements (56 %), c'est à partir de 2011¹⁸⁵ que la baisse du nombre d'heures déclarées par les particuliers employeurs a été la plus importante par rapport à l'ensemble de la période 2007-2017* ». La Fepem ajoute que « *la baisse est intervenue à partir du moment où les personnes percevant l'APA ne recevaient plus celle-ci sous forme de virement qu'ils pouvaient mobiliser selon le mode d'intervention choisie. À partir du moment où des dispositifs visent à encadrer les dépenses, le recours à l'emploi direct et au mandataire a baissé* ». Peut-on penser que la prestation de l'APA pouvait parfois être utilisée à d'autres fins que la prise en charge de la perte d'autonomie ou bien, comme le mentionne la Fepem¹⁸⁶, que le Cesu préfinancé et/ou tiers payant du fait du financement par un tiers qu'est le conseil départemental est un dispositif complexe à maîtriser pour le particulier employeur ?

En 2015, cependant, 26 départements avaient recours aux Cesu pour financer l'APA¹⁸⁷. Mi-2017, 19 départements¹⁸⁸ utilisaient le Cesu tiers payant.

¹⁸⁴ Fepem, 2019, « Le positionnement du secteur de l'emploi à domicile dans le cadre la prestation sociale Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) », *note technique*, août.

¹⁸⁵ Date de la signature de la convention entre l'ADF et les 16 fédérations du secteur de l'aide à domicile.

¹⁸⁶ Fepem, 2019, *op.cit.*

¹⁸⁷ Base Solvapa, Drees, 2015.

¹⁸⁸ Paris, Val-de-Marne, Morbihan, Loire-Atlantique, Gironde, Pyrénées-Atlantiques, Pyrénées-Orientales, Aveyron, Essonne, Pas-de-Calais, Nord, Aisne, Marne, Bas-Rhin, Loire, Hautes-Alpes, Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Haute-Corse (site de l'Acoss, juillet 2017).

Versement de l'APA, Cesu préfinancé et tiers-payant

Dans le cadre de l'emploi direct, le versement de l'APA peut se faire :

- sous forme de versement sur le compte du particulier employeur, en prenant en compte son taux de participation. Le bénéficiaire doit fournir en contrepartie, chaque mois, sous format papier, des justificatifs de paiement de salaire ;
- par utilisation de Cesu préfinancés, directement adressés aux particuliers employeurs (en version papier ou dématérialisée), correspondant au nombre d'heures d'intervention prévues dans le plan d'aide pour le mois. Ce Cesu préfinancé sert à financer la rémunération du salarié qui intervient à domicile (cotisations sociales déduites). Le paiement des cotisations, au prorata du ticket modérateur, continue à être versé par virement au particulier employeur ;
- par utilisation de Cesu tiers-payant. Ce dispositif, mis en œuvre en 2014, permet de simplifier les démarches du particulier employeur. Les cotisations sociales prises en charge par les départements ne sont plus versées sur le compte bancaire des bénéficiaires mais réglées directement par les départements auprès du Centre national Cesu. En d'autres termes, seule est prélevée la part restante sur le compte du particulier employeur.

SOUS-SECTION II PERSPECTIVES DU SECTEUR DE L'EMPLOI DIRECT

Un certain nombre des questions qui se posent pour les services prestataires se déclinent dans l'emploi direct : l'attractivité des métiers, le niveau de rémunération des salariés, la qualité du service, etc.

Certains freins sont cependant spécifiques à l'emploi direct :

- manque d'informations sur ce mode d'intervention, par l'ensemble des acteurs du domaine : bénéficiaires de l'APA, familles, départements et autres acteurs médicosociaux, équipes médicosociales, etc. ;
- questions sur la qualification et la professionnalisation des salariés du particulier employeur, en lien avec la qualité de l'aide apportée ;
- difficultés en lien avec certaines caractéristiques de ce mode d'intervention. En particulier, la relation directe entre le particulier-employeur et le salarié peut conduire à un risque d'isolement de chacune des parties. On s'interroge alors sur la pertinence du mode mandataire pour résoudre ces difficultés ;
- enfin, se pose la question de l'écart entre le tarif de solvabilisation du plan APA pour l'emploi direct ou mandataire et les salaires versés, et donc du niveau du reste à charge pour le bénéficiaire de l'APA.

Depuis quelques années, des actions sont menées, en particulier via des conventions entre la CNSA et la Fepem ou Iperia¹⁸⁹, pour progresser sur les trois premières dimensions ci-dessus. À ce stade, il n'est cependant pas aisé de se faire une idée globale sur les conséquences de ces actions, qui se traduisent en particulier de manière différente selon les territoires.

Face aux évolutions démographiques, il semble important de permettre le développement de l'ensemble des modes d'intervention, afin de répondre aux besoins importants en termes d'aide à domicile dans le futur. Par ailleurs, dans un contexte dans lequel les individus préfèrent vieillir à domicile, le développement de ces modes de manière équilibrée facilitera l'exercice du libre choix (notion de citoyenneté des individus, acteur à part entière de leur prise en charge) pour les personnes en perte d'autonomie mais aussi plus largement pour les personnes âgées, dans un souci de développement de la prévention.

¹⁸⁹ Iperia l'Institut est la plateforme nationale de professionnalisation de l'emploi à domicile.

I) INFORMER ET ACCOMPAGNER LE PARTICULIER EMPLOYEUR

A) DEVELOPPER L'INFORMATION SUR LE PARTICULIER EMPLOYEUR ET SIMPLIFIER SES DEMARCHES

Le statut du particulier employeur, en particulier les responsabilités afférentes, peut parfois être mal connu. Il apparaît donc important de développer l'information auprès de l'ensemble des acteurs et d'accompagner le particulier employeur lui-même si nécessaire.

De nombreuses informations sont accessibles *via* un certain nombre de sites internet spécialisés¹⁹⁰ mais aussi le site du Cesu ou de la Fepem. Cette volonté de développer l'information est aussi inscrite dans le cadre de la convention signée entre la CNSA et la Fepem¹⁹¹ dès 2009¹⁹² et renouvelée pour la période 2018-2021, affirmée dans l'axe « *Déployer l'offre de services auprès des particuliers employeurs en emploi direct* ». Ce déploiement de l'offre de services se fait *via* les relais particuliers emploi (et leur déclinaison les points relais particuliers emploi), mis en œuvre récemment (le premier date de 2013). Ces relais ont pour objectif d'assurer une information auprès du public concerné par l'aide à domicile : particuliers employeurs, salariés ou futurs salariés, aidants, etc. On compte aujourd'hui 23 Relais Particuliers Emploi installés en région¹⁹³.

Cet objectif d'information, de sensibilisation et d'accompagnement des particuliers employeurs est aussi au cœur de la convention cadre entre la Fepem et l'Assemblée des départements de France (ADF).

Il reste difficile de connaître le niveau d'information des particuliers employeurs et les implications que cela peut entraîner aussi bien pour eux que pour leurs salariés (non-respect de certaines règles par méconnaissance, naissance de contentieux, ignorance de la convention collective).

B) POURSUIVRE LA SIMPLIFICATION DES DEMARCHES ADMINISTRATIVES DU PARTICULIER EMPLOYEUR

Depuis sa mise en œuvre en 2005, le chèque emploi service universel (Cesu) a pour objectif de simplifier les démarches du particulier employeur. Il a d'abord simplifié le processus de déclaration du salarié et le calcul des cotisations sociales salariales et patronales. Une part importante des particuliers employeurs y recourent¹⁹⁴. La simplification se poursuit.

¹⁹⁰ <https://particulier-employeur.fr/>, <https://www.net-particulier.fr/>

¹⁹¹ Convention conclue dans le cadre de la politique de soutien à la modernisation, à la structuration et à la professionnalisation des services d'aide et d'accompagnement à domicile des personnes âgées et handicapées.

¹⁹² La convention CNSA/Fepem de 2009 affichait quatre objectifs :

- acquérir une meilleure connaissance des particuliers-employeurs en situation de perte d'autonomie, de leurs besoins et attentes. L'objectif est de leur proposer, à leur domicile, un accompagnement adapté à leur situation particulière ;
- sécuriser cet accompagnement à travers un mandat de qualité ;
- concevoir, mettre en œuvre et promouvoir une politique innovante des ressources humaines adaptée au secteur des particuliers-employeurs en situation de perte d'autonomie ;
- valoriser les dispositifs de formation dédiés, auprès d'un public élargi (salariés, particuliers-employeurs, structures mandataires, institutionnels) et diversifier les moyens de professionnalisation.

¹⁹³ Source : convention CNSA/Fepem 2018-2021.

¹⁹⁴ Si le Cesu déclaratif apparaît simple d'utilisation, la Fepem relève des difficultés liées au Cesu préfinancé et/ou tiers payant pour le particulier employeur (cf. encadré *supra*).

Depuis juin 2019, le Cesu + propose la possibilité de déléguer au Cesu l'intégralité du processus de rémunération. Ainsi, le particulier employeur n'a plus qu'à faire la déclaration mensuelle du salarié, le Cesu se charge alors de prélever le montant du salaire de l'employé sur le compte bancaire de l'employeur et de le verser sur le compte du salarié, puis de prélever les cotisations. Au 1^{er} janvier 2020, le prélèvement de l'impôt à la source des salariés concernés a été mis en œuvre. Ce prélèvement est géré par le Cesu si le Cesu + a été choisi¹⁹⁵, sinon par le particulier employeur¹⁹⁶.

Une étape supplémentaire dans la simplification des démarches du particulier employeur pourrait être franchie en adoptant le schéma retenu dans le cadre de la prestation d'accueil du jeune enfant – complément mode de garde (Paje-CMG). Lors du prélèvement de la rémunération du salarié du particulier employeur par le Cesu, ce dernier ne prélèverait qu'un montant duquel aurait été déduit l'APA.

L'article 12 du projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2020 s'inscrit dans cet objectif en prévoyant une expérimentation visant à rendre contemporaines les aides financières que reçoivent les personnes âgées en perte d'autonomie bénéficiant d'une aide à domicile (APA et crédit d'impôt) et les charges qu'elles visent à couvrir¹⁹⁷. L'objectif est de limiter les avances de trésorerie et de permettre une réduction immédiate du coût des services.

Il s'agira d'adosser aux dispositifs Cesu « *un compte individuel d'aides financières attribuées et mobilisables pour chaque particulier employeur. Le dispositif envisagé permettra ainsi d'imputer les différentes aides (APA, PCH, crédit d'impôt) de façon automatique, ou personnalisée, lors du paiement des salaires, cotisations et contributions sociales relatives aux déclarations effectuées à partir du dispositif CESU* »¹⁹⁸.

Cette expérimentation sera menée dans deux départements, *a priori* le Nord et Paris, dès juillet 2020, en vue d'une généralisation qui pourra intervenir progressivement à partir de 2021.

Propositions :

Développer l'information auprès :

- **des particuliers employeurs sur leurs responsabilités en tant qu'employeur et s'assurer, en particulier lors de la révision des plans d'aide, de la capacité du bénéficiaire de l'APA à être particulier employeur ;**
- **des différents acteurs, sur l'existence de l'emploi direct comme mode d'intervention de l'aide à domicile.**

Simplifier les démarches administratives du particulier employeur :

- **promouvoir l'utilisation du Cesu + permettant de déléguer au Cesu l'ensemble du processus de rémunération du salarié ;**

¹⁹⁵ Le Cesu prélèvera le montant du salaire net sur le compte bancaire du particulier employeur. Il versera ensuite le salaire net d'impôt au salarié et reversera la retenue de l'impôt à la source à l'administration fiscale.

¹⁹⁶ En cas de non utilisation du Cesu +, le particulier employeur versera à son salarié le montant de la rémunération nette de prélèvement à la source (qui sera indiqué dès l'enregistrement de la déclaration). Le Cesu prélèvera ensuite, en même temps que les cotisations, le montant de l'impôt à la source sur le compte bancaire du particulier employeur et le reversera à l'administration fiscale.

¹⁹⁷ Annexe 9, PLFSS 2020, article 12.

¹⁹⁸ Annexe 9, PLFSS 2020, fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi, article 12.

- rendre le bénéfice de l'APA et le crédit d'impôt contemporains au paiement de l'aide à domicile ;
- suivre l'expérimentation prévue en ce sens à partir de juillet 2020 d'un « compte individuel » adossé au Cesu intégrant l'APA et le crédit d'impôt, afin de limiter les avances de frais.

II) VALORISER LES METIERS DE L'EMPLOI A DOMICILE ET LA PROFESSIONNALISATION DES INTERVENANTS¹⁹⁹

A) LA FORMATION DES SALARIES DES PARTICULIERS EMPLOYEURS

Les salariés des particuliers employeurs bénéficient dès la première heure travaillée de 58 heures de formation entièrement prises en charge dans le cadre du plan de développement des compétences (anciennement plan formation). Ce quota d'heures a récemment été augmenté, en avril 2018 – il était auparavant de 40 heures – signe de la volonté des branches professionnelles (salariés du particulier employeur et assistants maternels) de développer les formations et la certification des compétences. Le salarié dispose aussi d'un compte personnel de formation (CPF).

Dans le cadre de ces 58 heures, le salarié peut se former sur son temps de travail et est rémunéré au taux horaire du particulier employeur porteur²⁰⁰ (particulier employeur qui accompagne administrativement le projet de formation du salarié).

La branche des salariés du particulier employeur propose des formations permettant d'accéder à trois titres professionnels pour les salariés du particulier employeur : assistant de vie (dépendance), employé familial, assistant maternel/garde d'enfants à domicile. Ce sont des titres de niveau V, inscrits au répertoire national des certifications professionnelles depuis 2009. Pour les personnes ayant déjà les titres professionnels, il est proposé de nombreux modules de formation dans des domaines divers : accompagner les personnes en perte d'autonomie, assurer la prévention et la sécurité, prévenir les situations difficiles, prendre en charge le domicile, etc. Plus de 100 modules de formation continue sont proposés aux salariés.

La branche professionnelle des salariés du particulier employeur a mandaté Iperia, plateforme nationale de professionnalisation de l'emploi à domicile. Iperia a pour mission de « certifier les compétences des salarié(e)s et futur(e)s salarié(e)s, concevoir et accompagner les processus pédagogiques, garantir la qualité des formations dispensées par les 23 organismes de formation partenaires, promouvoir les dispositifs et assurer l'accompagnement individualisé des parcours professionnels »²⁰¹.

¹⁹⁹ Peu d'éléments sont disponibles dans le rapport El Khomri « Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge, d'octobre 2019 » sur le sujet spécifique de l'emploi direct. Il est mentionné dès le préambule du rapport que « le temps a manqué parfois pour aborder la situation spécifique des services mandataires ou des salariés du particulier employeur ».

²⁰⁰ Les formations sont financées par les fonds relatifs au plan de formation versées à Agefos-PME.

²⁰¹ Fepem 2019, Le secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile, rapport sectoriel des branches.

Cette certification professionnelle (en lien avec l'emploi exercé (employé familial; assistant maternel/garde d'enfant; assistant de vie dépendance) conduit à une majoration (de 3 à 4 %) du salaire minimum conventionnel correspondant au niveau de l'emploi concerné.

B) LE DEVELOPPEMENT DES RELAIS ASSISTANTS DE VIE

Le relais assistants de vie (RAV) est un dispositif de professionnalisation, sous la forme de cycles de formation de 5 séances de 3 heures. Ils permettent aux salariés du particulier employeur de se retrouver pour développer leurs connaissances sur le métier d'assistant de vie, d'aborder des thématiques spécifiques au métier, d'échanger avec d'autres professionnels et de se créer un réseau. Ces RAV ont aussi pour objectifs de prévenir les risques professionnels et d'encourager la formation des salariés, en informant en particulier sur l'offre de formation de la branche professionnelle. Ils peuvent être considérés comme une première entrée dans un processus de formation.

Ces RAV sont nés dans le cadre d'une première convention entre la CNSA et Iperia signée en 2007 (période 2007-2010) pour l'expérimentation de lieux accueillant les salariés de l'aide à domicile, avec pour objectifs de rompre l'isolement avec les professionnels ; permettre les échanges sur les problématiques et les pratiques et valoriser les métiers auprès des salariés potentiels (mise en avant des avantages du métier)²⁰². Ils sont également mentionnés dans le rapport annexé à la loi ASV²⁰³. Par la suite, deux nouvelles conventions partenariales²⁰⁴ (la dernière s'étend sur la période 2018-2020) entre la CNSA et Iperia ont eu pour objectifs de développer et de pérenniser ce réseau de RAV. La dernière convention avec la CNSA est aussi l'occasion de réfléchir à un élargissement de l'offre des RAV (accompagnement juridique des salariés, mise en relation pour remplacement en urgence, cycles thématiques de formation, etc.).

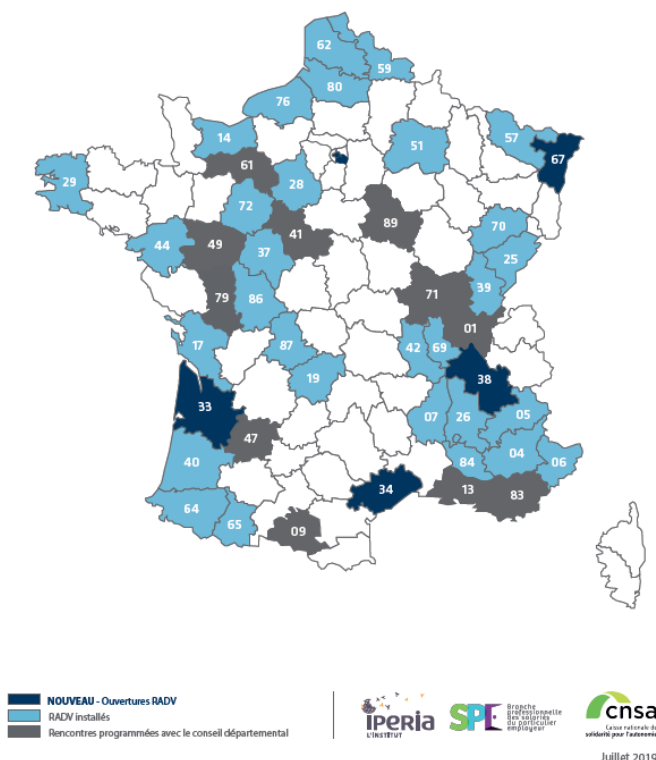
Les RAV sont aujourd'hui présents dans une trentaine de départements (figure 16). On dénombre 2 544 participants depuis 2012 et 70 % de départ en formation continue, ce qui est encore peu.

²⁰² Mais également auprès des professionnels médicosociaux pour les sensibiliser à l'existence de cette offre et ses modalités (cf. axes convention cadre ADF – Fepem).

²⁰³ « Conçus comme des lieux de proximité, de professionnalisation et de développement de nouvelles formes d'organisation de l'emploi à domicile, les relais assistants de vie sont organisés dans le cadre d'une convention avec les conseils départementaux et la CNSA. La participation renforcée des salariés travaillant en emploi direct auprès des personnes en situation de grande dépendance (aide personnalisée à l'autonomie, GIR 1 et 2) doit être recherchée ». C'est d'ailleurs une des rares mentions de l'emploi direct dans la loi ASV.

²⁰⁴ Convention CNSA Iperia au titre de la section IV du budget de la CNSA relative au déploiement des relais assistants de vie mis en œuvre par Iperia.

Figure 16 – Départements couverts par les Relais Assistant de Vie



Source : site internet Iperia, <https://www.iperia.eu/autres-produits-relais-assistants-de-vie/>

C) LE TAUX DE FORMATION PROFESSIONNELLE DES SALARIÉS DU PARTICULIER EMPLOYEUR DEMEURE TRÈS FAIBLE

La part de salariés du particulier employeur suivant une formation est faible. On l’estime entre 1 et 2 %.

En 2016²⁰⁵, on dénombre 9 642 départs en formation (dont 310 départs pour les relais assistants de vie, cf. ci-dessus²⁰⁶).

Les certifications connaissent une croissance soutenue même si elles restent encore peu répandues. En 2017, 565 personnes ont obtenu le titre de branche « employé familial » et 1 032 celui d’« assistant de vie-dépendance ».²⁰⁷

Rapporté au 1,08 million de salariés du particulier employeur dans l’emploi à domicile (incluant 111 000 salariés au titre de la garde d’enfants à domicile), le taux de formation est de 1 %. Le rapport

²⁰⁵ Fepem, 2018, Le secteur des particuliers employeurs et de l’emploi à domicile. Rapport sectoriel des branches.

²⁰⁶ 470 en 2017.

²⁰⁷ En 2008, on estime à 515 000 le nombre d’intervenantes travaillant au domicile de personnes fragilisées (âgées et handicapées). Près des deux tiers (63 %) sont salariées d’un particulier-employeur (23,5 % de manière exclusive, 39,5 % en mode mandataire ou mixte, c’est-à-dire appartenant à au moins deux des modes d’exercice suivants : emploi prestataire, emploi mandataire ou emploi direct), Marquier R., 2010, « Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008 », *Études et Résultats*, n° 728, Drees. On dénombre 338 300 salariés en 2017 auprès de particuliers employeurs bénéficiaires de l’exonération « 70 ans et plus » (chiffres Ircem donnés par la Fepem).

Pinville et Poletti²⁰⁸ indique une proportion de de 1,5 % de proportion de salariés suivant une formation (en 2013).

En adoptant une définition de la formation un peu plus large et sur le champ de l'ensemble des salariés des services à la personne (pas uniquement salariés de personnes âgées), 2 % des salariés de particuliers employeurs avaient suivi une formation pour raisons professionnelles au cours des trois derniers mois (cf. tableau 26)²⁰⁹. Cette formation s'effectue la plupart du temps en dehors des heures de travail. Ils étaient 8 % à avoir suivi une formation au sein des salariés des organismes prestataires, dans presque la moitié des cas sur leur temps de travail.

Tableau 26. Caractéristiques des salariés selon leurs conditions de formation en 2017 (en %)

	Direct	Prestataire	SAP	Services aux particuliers	Ensemble des salariés
Suivi de formation pour raison professionnelle (1).....	2	8	6	9	14
Formation effectuée exclusivement pendant le temps de travail	3	45	29	29	41

(1) ayant participé à des stages, des formations ou des cours se déroulant en groupe, avec l'aide d'un intervenant au cours des 3 derniers mois.
 Champ : France métropolitaine, salariés.
 Source : Insee, enquête Emploi 2017 ; traitements Dares.

L'accès à la VAE reste difficile en 2017 et baisse de 13 % sur un an²¹⁰ (ensemble du secteur). Les difficultés rencontrées, notamment dans la constitution du dossier de preuve, ont engagé les branches à soutenir plus encore ce dispositif. Ainsi, en 2018, de nouvelles modalités ont vu le jour pour permettre un accès facilité au plus grand nombre.

Enfin, la Fepem collabore avec un certain nombre d'organismes dont les Carsat et l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) sur la question de la prévention des risques professionnels²¹¹.

Ces éléments mettent en évidence le peu de formation professionnelle des salariés du particulier employeur et des évolutions lentes. Les raisons en sont certainement multiples : faible connaissance des particuliers employeurs et de leurs salariés du droit à la formation, de ses modalités et du type de formations potentielles, difficulté dans la mise en œuvre (existence de plusieurs employeurs pour un même salarié, remplacement du salarié pendant sa formation, etc.), pratiques au niveau individuel et non dans le cadre d'un service ou d'une entreprise²¹².

C'est un point à améliorer d'autant plus que les formations initiales des salariés du particulier employeur sont particulièrement faibles, en moyenne plus faibles que celles des salariés des organismes prestataires. Ainsi, d'après l'enquête Intervenants à domicile (2008)²¹³, la moitié des intervenants en mode prestataire auprès de personnes fragilisées (perte d'autonomie, handicap ou autres besoin d'aide dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne) sont diplômés du secteur

²⁰⁸ Pinville M. et Poletti B., 2014, Rapport d'information sur l'évaluation du développement des services à la personne, n° 2437, Assemblée nationale.

²⁰⁹ Kulanthaivelu É., Thiérous L., 2018, « Les salariés des services à la personne, comment évoluent leurs conditions de travail et d'emploi ? », *Dares Analyses*, n° 38.

²¹⁰ Fepem 2019, op. cit.

²¹¹ Guide de la Fepem, Prévention des risques professionnels à domicile.

²¹² S'inspirer du développement de la formation pour les assistantes maternelles ?

²¹³ Messaoudi D., Farvaque N., Lefebvre M., 2012, « Les conditions de travail des aides à domicile : pénibilité ressentie et risque d'épuisement professionnel », *Drees Dossiers Solidarité et Santé* - Les conditions de travail des aides à domicile en 2008, n° 30.

sanitaire et social²¹⁴. C'est le cas de seulement 15 % des personnes intervenantes en emploi direct (exclusivement). De manière générale, les salariés des services à la personne sont faiblement qualifiés et parmi eux, les salariés des particuliers employeurs sont moins qualifiés que ceux employés par les organismes : près de la moitié des premiers n'ont pas de diplôme²¹⁵ contre un peu plus d'un tiers des seconds²¹⁶.

Propositions :

Poursuivre les efforts pour l'accès à la formation professionnelle des salariés du particulier employeur :

- **améliorer l'information des salariés sur l'accès à la formation professionnelle et le type de formations disponibles ;**
- **améliorer l'information des particuliers employeurs (meilleure diffusion des supports présentant les offres de formation) ;**
- **promouvoir la validation des acquis de l'expérience (VAE) ;**
- **simplifier l'accès à la formation pour les salariés employés par plusieurs particuliers employeurs²¹⁷.**

III) LE DEVELOPPEMENT DE L'ACTIVITE MANDATAIRE : UN MOYEN DE SECURISER LES RELATIONS PARTICULIER EMPLOYEUR-SALARIE ?

En première approche, il semble que le mode mandataire puisse contribuer à la simplification et à la sécurisation de la relation particulier employeur-salarié : appui dans la phase de présélection et de recrutement de salariés, gestion des formalités administratives, apport d'une aide en cas de remplacement du salarié, aide dans la mise en œuvre de la formation du salarié, et pour le salarié, couverture des risques d'impayé en cas de décès ou d'hospitalisation de l'employeur, etc.

Cet intérêt pour un développement du mode mandataire (éventuellement au sein des services prestataires) est affiché dans le rapport Igas (2010)²¹⁸, pour les personnes avec une perte d'autonomie modérée. C'est aussi l'objet du deuxième axe de la convention CNSA/Fepem, reconduite pour la période 2018-2021, intitulée « *Organiser la professionnalisation des services mandataires et la structuration du mode mandataire* ». En particulier, le label Qualimandat a été créé en 2016, dans le cadre de la précédente convention avec la CNSA. Ce label a pour objectif de contribuer à la profes-

²¹⁴ D'un des diplômes suivants : DEAVS, TISF, BEP carrière sanitaire et sociale, MC-AD, BEP agricole services à la personne, Titre professionnel d'assistant de vie, ou autre diplôme du secteur sanitaire et social.

²¹⁵ Ou uniquement le brevet des collèges.

²¹⁶ Kulanthaivelu É., Thiérus L., 2018, op. cit.

²¹⁷ Gestion des remplacements en cas de formation sur les heures de travail, accord des particuliers employeurs concernés en cas de formation sur le temps de travail les concernant, etc.

²¹⁸ Igas, 2010, op. cit.

sionnalisation des structures mandataires et de faire reconnaître le mode mandataire²¹⁹. Ce label est promu par la fédération mandataires²²⁰.

Le mode mandataire a aussi un intérêt économique, pour le particulier employeur et pour le département, en raison d'un tarif de solvabilisation du plan APA plus faible qu'en mode prestataire. Cet intérêt pour le bénéficiaire de l'APA, en particulier en cas de saturation du plans d'aide, pourrait être rendu potentiellement caduc par la hausse des plafonds de ces derniers, qui permettent alors « d'abriter » un nombre d'heures plus important en mode prestataire si voulu.

Cependant, si l'apport du mandataire se comprend sur le principe, comme une manière « d'accompagner » le particulier employeur (sans s'y substituer), on manque d'informations sur les modalités de sa mise en œuvre. Par ailleurs, la part du mode mandataire dans les dépenses d'APA consacrées au financement de l'aide humaine dans l'aide à domicile a quasiment été divisée par deux entre 2010 et 2017 (cf. tableau 23 *supra*), signe également d'un moindre recours à ce mode d'intervention. Sur l'aspect gestion des formalités administratives par exemple, on peut penser que la généralisation du Cesu réduit significativement l'intérêt du mandataire. Si le mandataire peut aussi intervenir sur d'autres aspects, par exemple l'accompagnement de la relation d'emploi (recrutement, rupture du contrat, etc.), le niveau de qualification des salariés présentés, on dispose de peu d'éléments pour apprécier cet apport.

Au-delà de ces difficultés d'appréciation de l'apport du mode mandataire, on relève un certain nombre de freins à son développement :

- dans la majorité des cas, l'activité mandataire intervient en complément d'une activité prestataire, elle est donc souvent portée par des services d'aide à domicile. Toutefois, l'activité mandataire n'est pas, à ce jour, prise en compte dans le cadre des politiques sociales : les pratiques des structures ne font pas l'objet d'évaluation ;
- le fonctionnement du mode mandataire peut présenter certaines difficultés juridiques²²¹. Une d'entre elles concerne la délimitation de ses activités afin de ne pas se substituer au particulier employeur dans son rôle d'employeur. Le service mandataire risquerait alors une requalification de son activité en employeur du salarié.

L'intérêt d'un accompagnement du particulier employeur dans l'exercice de ses responsabilités d'employeur semble indéniable. Il reste à savoir dans quelle mesure le mode mandataire est la manière adéquate de le faire.

²¹⁹ <https://www.federation-mandataires.fr/index.php/les-outils-du-mandataire/label.html>

Afin d'obtenir le label Qualimandat, 55 actions sur les 75 actions contenues dans le référentiel Qualimandat doivent être réalisées par la structure mandataire. Le référentiel retrace les actions réalisées dans le cadre de l'accompagnement des particuliers employeurs, du début à la fin de la relation avec un salarié. Parmi les actions obligatoires sont comprises celles inscrites dans le cadre du cahier des charges de l'agrément mandataire (cf. dossier de labellisation Qualimandat, Fédération mandataires).

²²⁰ La Fédération mandataires (depuis 2013, avant Fepem Mandataires depuis 2004), regroupe 150 structures mandataires (source : site internet Fédération mandataires). Elle a pour objectif de structurer et pérenniser un réseau de professionnels afin de faire mieux connaître le modèle mandataire.

²²¹ UNA, 2019, Note de synthèse sur le cadre juridique des services mandataires.

Propositions :

Dans le cadre d'une réflexion sur l'accompagnement du particulier employeur dans l'exercice de son rôle, il est nécessaire de réfléchir :

- **au bien-fondé du mode mandataire comme mode d'accompagnement du particulier employeur ;**
- **aux apports du mode mandataire par rapport à l'emploi direct.**

IV) RELEVER LE NIVEAU DU TARIF DE SOLVABILISATION DU PLAN APA EN EMPLOI DIRECT

Le tarif de solvabilisation du plan APA en emploi direct et en mode mandataire est différent selon les départements et en moyenne peu élevé au regard des salaires versés par les particuliers employeurs bénéficiaires de l'APA.

Pour limiter les disparités de tarification sur le territoire, on pourrait fixer un tarif minimum au niveau national pour l'emploi direct.

Si l'objectif du tarif de solvabilisation du plan APA en emploi direct est de couvrir le Smic superbrut (en incluant les congés payés), il devrait s'établir à 12,6 € (cf. tableau 27). Mais le salaire net moyen versé aux salariés par les particuliers employeurs bénéficiaires de l'APA est plus élevé que le Smic, d'environ 20 %²²². Il s'élève à 9,5 euros nets de l'heure²²³ au 4^e trimestre 2018, hors congés payés, soit 13,9 € en superbrut et 15 € de l'heure si on intègre les congés payés²²⁴.

Tableau 27. Salaires horaires et cotisations sociales

Salaire horaire	Smic ^(a)	Tarification PCH ^(a)		Salaires moyens observés, versés par un... ^(b)	
		130 % Assistant de vie (C)	130 % Assistant de vie (D)	bénéficiaire de l'APA	exonéré au titre des 70 ans et plus
Net	7,9	10,7	11,2	9,5	11,2
Brut	10,1	13,8	14,4	12,2	14,4
Superbrut	11,5	15,6	16,3	13,9	16,3
En incluant 10 % de majoration ^(c)	12,6	17,2	17,9	15,2	17,9

(a) Au 1^{er} janvier 2019.

(b) Données Acoess Stat, n° 291 (au 4^e trimestre 2018).

(c) Au titre des congés payés.

²²² Comme on l'a vu précédemment, le salaire horaire net des salariés du particulier employeur est plus élevé que celui des salariés des services prestataires. Il faut cependant garder à l'esprit qu'en raison de temps de travail moindres, leur salaire mensuel est plus faible. De même, un certain nombre de coûts indirects, tels les frais de transport ne sont pas pris en charge.

²²³ Acoess Stat n° 291.

²²⁴ On note que si la tarification de la PCH pour un assistant de vie C conduit à un salaire de 6 % au-dessus du Smic, cette tarification, exprimée par rapport à un salaire brut, ne tient pas compte de la part restante des cotisations patronales à verser.

On pourrait souhaiter fixer un tarif qui tienne compte non seulement des coûts directs du salarié (salaire + cotisation sociales et patronales) mais aussi des coûts liés à la sécurisation de l'emploi (arrêt de travail/arrêt maladie, etc.) ainsi que des frais liés à la rupture du contrat de travail (décès de l'employeur ou licenciement)²²⁵.

Enfin, on pourrait aussi envisager deux tarifs, dans la lignée de ce que font déjà certains départements en distinguant les niveaux de qualification (ou le type de tâches) : un tarif pour les tâches ménagères et un tarif correspondant à des tâches plus qualifiées. Mais ce principe de double tarification pourrait aboutir à une complexité gênante dans la gestion, en particulier si c'est le même salarié qui effectue les deux types de tâches.

Propositions :

Relever le tarif de solvabilisation du plan APA en emploi direct et le fixer au niveau national :

- **fixer un tarif de référence national minimum pour l'emploi direct à 15 € et 16,5 € en mode mandataire²²⁶;**
- **indexer ce tarif de solvabilisation sur le Smic brut ;**
- **on pourrait envisager non pas un tarif en valeur mais une référence à la rémunération d'un niveau d'emploi-repère de la grille de classification (assistant de vie [A] à [D]), ainsi qu'une tarification différenciée en fonction des tâches accomplies, dans le même esprit que la tarification de la PCH²²⁷ (cf. encadré ci-dessous).**

Encadré – La tarification dans le cadre de la PCH

La tarification dans le cadre de la PCH fixe un tarif unique pour l'emploi direct d'une aide humaine (défini par l'arrêté du 28 décembre 2005²²⁸). Il est indiqué qu'en cas de recours à une aide à domicile employée directement, le tarif est égal à 130 % du salaire horaire brut d'un(e) assistant(e) de vie C²²⁹, au sens de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999, soit 13,78 € au 1^{er} janvier 2019. Lorsqu'un ou plusieurs gestes liés à des soins prescrits par un médecin sont confiés à l'assistant(e) de vie²³⁰, le tarif est égal à 130 % du salaire horaire brut d'un(e) assistant(e) de vie D, au sens de la convention nationale précitée, soit 14,46 € au 1^{er} janvier 2019. L'arrêté précise par ailleurs qu'en service mandataire, ces tarifs sont majorés de 10 %.

²²⁵ Quelques départements fixent un tarif de référence plus élevé pour les dimanches et jours fériés. On ne reprend pas cette idée ici, la convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999 indiquant que « lorsque le jour férié est travaillé, il est rémunéré sans majoration », à l'exception du 1^{er} mai.

²²⁶ Les frais de gestion peuvent représenter au minimum plus 12 % du coût total de l'emploi, note Fepem, 2019, L'activité mandataire dans le secteur de l'emploi à domicile.

²²⁷ Cela permettrait en particulier une indexation automatique sur le Smic (dans la mesure où la convention collective « translate » tous les niveaux de salaire de la grille en fonction de l'évolution du Smic).

²²⁸ Arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs de l'élément de la prestation de compensation mentionné au 1^o de l'article L. 245-3 du CASF

²²⁹ L'emploi-repère (grille des métiers de la Fepem) d'assistant(e) de vie C consiste à réaliser les tâches courantes et les actes essentiels de la vie quotidienne (hors soins d'hygiène corporelle) d'une personne dont l'autonomie est altérée de manière temporaire, évolutive ou permanente qu'elle ne peut effectuer seule. Les catégories C et D correspondent aux deux niveaux les plus élevés des emplois-repère d'assistant de vie de la grille des métiers des salariés du particulier employeur (domaine adulte – cf. grille des métiers : <https://www.fepem.fr/nouvelle-grille-metiers-mode-emploi/>). Les catégories C et D correspondent respectivement aux niveaux 5 et 6 de la grille des salaires de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur. Les niveaux de salaire correspondant sont respectivement 6 % et 11 % au-dessus du Smic.

²³⁰ Dans les conditions fixées à l'article L. 1111-6-1 du code de la santé publique ou en application du décret n° 99-426 du 27 mai 1999 habilitant certaines catégories de personnes à effectuer des aspirations endo-trachéales.

ANNEXES²³¹

ANNEXE 1

Article D.7231-1 du code du travail décrivant les activités de service à la personne

ANNEXE 2

Prestataire ou emploi direct, quelles différences ?

ANNEXE 3

Éléments de calcul du taux de prise en charge publique du coût des heures d'emploi à domicile (population des personnes âgées de 60 ans et plus)

ANNEXE 4

Les dispositifs d'information, de coordination et d'intégration du parcours des personnes âgées

ANNEXE 5

Quelques éléments de bilan du « rapport d'étape sur l'évaluation des expérimentations menées sur les Spasad intégrés » de la DGCS, juin 2019

ANNEXE 6

Principaux constats issus du « plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024 » de Mme Myriam El Khomri, octobre 2019

ANNEXE 7

Historique du dispositif d'exonération de cotisations patronales pour les particuliers employeurs « fragiles »

²³¹ Ces annexes sont disponibles sur le site www.hcfea.fr.



Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bienveillance, dans une approche intergénérationnelle.

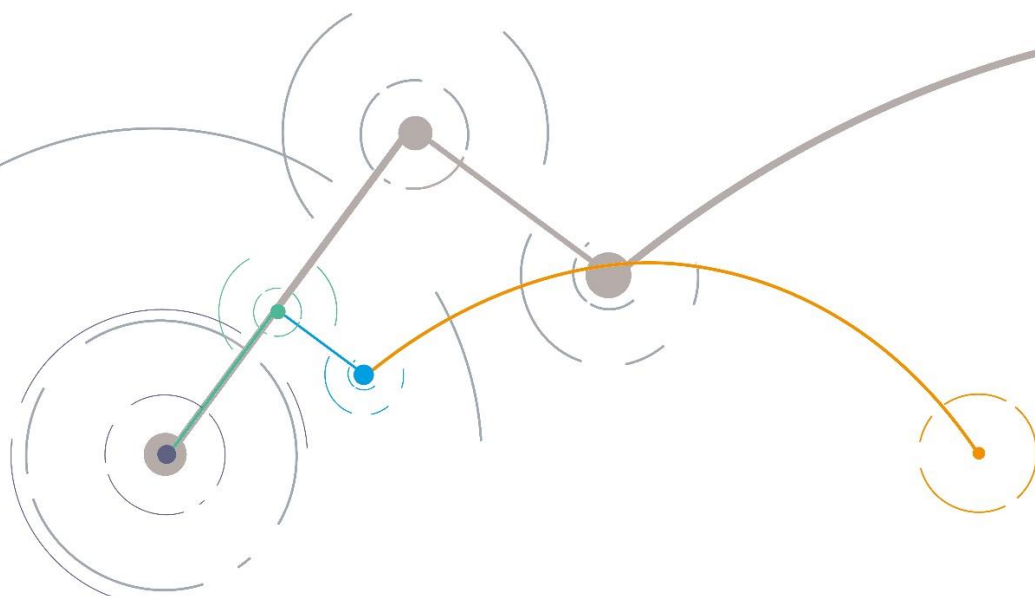
Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DU HCFEA :

www.hcfea.fr



Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie www.strategie.gouv.fr





Le Conseil de l'âge

AVIS SUR LE RAPPORT « LE RECOURS DES PERSONNES AGEES VULNERABLES AUX EMPLOIS ET SERVICES D'AIDE A DOMICILE »

**AVIS ADOPTE PAR CONSENSUS¹ EN AVRIL 2020
(PROCEDURE ELECTRONIQUE EN RAISON DES
CIRCONSTANCES LIEES A L'EPIDEMIE DU COVID-19)**

¹ Les organisations syndicales, UCR-CGT, UNIR-CFE-CGC, UCR-FO, FGR-FP, FSU, UNRPA, prennent acte de l'avis.

1) Si, à plusieurs reprises déjà, la priorité au soutien à domicile a été affichée, le « virage domiciliaire »² n'est pas intervenu à la hauteur souhaitée.

En atteste la stabilité de la part des personnes âgées vulnérables vivant en établissement : parmi les 1,3 millions d'allocataires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), près de 40 % d'entre eux résident ainsi en établissement, taux quasi inchangé depuis 2008. Le Conseil pense même que, sur certains aspects, la situation du secteur et des professionnels de l'aide à domicile des personnes âgées vulnérables s'est détériorée. L'offre est trop contrainte. Le secteur est fragile en termes économiques et sociaux. Il n'est pas en l'état de répondre à la hauteur des enjeux du vieillissement des personnes âgées.

Le Conseil considère que le développement du secteur de l'aide à domicile constitue, avec l'accroissement des moyens des Ehpad et le soutien apporté aux aidants, l'une des trois priorités de la politique de l'offre³ qu'il convient de privilégier si nécessaire par rapport à l'allègement du reste à charge des ménages.

2) Pour mener à bien ce virage domiciliaire, le Conseil insiste sur l'importance de recueillir davantage la parole des personnes et des aidants sur leurs attentes et besoins. Il renouvelle son souhait de voir augmenter de manière significative le volume des plans d'aide exécutés.

L'amélioration de l'accompagnement des personnes âgées vulnérables à leur domicile passe par une rénovation du modèle des services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad). Ceux-ci doivent étendre leurs missions et diversifier leurs prestations (prévention en santé, lutte contre l'isolement, soutien aux aidants, aménagement du domicile, aide à l'appropriation des aides techniques ou encore à la mobilité, interventions dans les habitats regroupés et partagés, etc.), pour devenir des acteurs majeurs du dispositif de soutien à l'autonomie et du parcours de vie et de santé des personnes.

Le progrès attendu d'une augmentation du volume des plans d'aide implique une meilleure prise en compte et intégration des aides techniques et d'aménagement du logement, ainsi qu'une plus grande attention et un soutien financier renforcé aux aidants. Il comprend également une amélioration des conditions de travail et d'emploi des professionnels avec notamment l'augmentation du salaire des intervenants, celle des temps collectifs, la montée en compétence des professionnels et la consolidation des fonctions d'encadrement⁴. Le Conseil souligne donc qu'il convient d'assumer collectivement une augmentation significative du coût horaire des interventions à domicile.

À l'horizon 2030, le Conseil considère qu'une politique de soutien de l'aide à domicile doit être menée avec pour objectif une réduction significative de la part des personnes âgées allocataires de l'APA vivant en établissement. Il estime qu'il convient de viser à cet horizon une diminution d'au moins cinq points de pourcentage de cette part (appelée également « taux

² La notion de « domicile » renvoie dans ce rapport au domicile d'origine, privé, familial ou conjugal, mais également aux domiciles dits « regroupés » ou « partagés ». Certains membres insistent sur la nécessité de mener une réflexion plus large sur la notion « domiciliaire » au sens du chapitre prospectif 2019 de la CNSA, qui considère que quel que soit le lieu de vie de la personne, domicile ou établissement, la personne doit avoir les mêmes droits.

³ L'offre est ici entendue comme celle « actuelle ». La politique de l'offre devra également de façon plus prospective anticiper et préparer les modes de soutien et d'accompagnement de demain, notamment par la mise en place de parcours davantage coordonnés entre les établissements et le domicile.

⁴ Les organisations syndicales notamment mettent particulièrement l'accent sur ce point.

d'institutionnalisation »), faisant passer le nombre d'allocataires à domicile de 930 000 (dans un scénario de croissance démographique et de stabilité du taux d'institutionnalisation) à 1 010 000.

Le renforcement des Saad, passant par (i) une augmentation du volume des heures prestées (cible de + 30 % en moyenne), (ii) une amélioration de la prestation (cible de + 4 € de l'heure) impliquerait alors en 2030 un surcoût global estimé à près de 3,5 milliards d'euros dont un peu moins de 3 milliards d'euros de dépenses publiques (APA et crédit d'impôt).

La baisse des dépenses publiques liée à la réduction du taux d'institutionnalisation permettra de financer une part significative du surcoût induit par la consolidation des Saad. Le Conseil estime que le scénario envisagé d'une diminution de cinq points de pourcentage du taux d'institutionnalisation permet à lui seul d'économiser des ressources publiques équivalentes à 1,6 milliards d'euros. D'autres sources d'économie sont susceptibles de financer une part importante du redimensionnement des missions des Saad : diminution du nombre de passage aux urgences, réduction des hospitalisations évitables, diminution du recours aux traitements médicamenteux, diminution de l'absentéisme et des maladies et accidents professionnels parmi les intervenants.

3) Le financement actuel des Saad s'appuie sur un haut niveau de couverture publique. Mais ce niveau fait cependant l'objet de deux remises en cause :

- il ne garantit pas à l'ensemble des Saad les ressources nécessaires au bon fonctionnement des services ;
- il implique une forte inégalité de restes à charge (RAC) horaires entre allocataires ayant un revenu identique, avec des taux de participation effectifs fréquemment supérieurs aux taux de participation légaux.

Certes ces dérives restent modérées. Mais c'est maintenant qu'il convient de les cantonner pour éviter qu'elles dérapent.

Dans le cadre d'un financement par un tarif horaire⁵ couvrant le coût d'une prestation améliorée pour accompagner la consolidation des Saad, le Conseil considère qu'un schéma reposant sur l'instauration d'un tarif national de facturation opposable à l'ensemble des Saad offrirait la garantie de résorption de l'essentiel de ces dérives⁶. C'est une exigence forte pour les services qui n'auront plus la facilité de procéder à leur gré à des dépassements et pour les départements qui devront assumer le « vrai » coût des services.

L'augmentation du tarif de facturation, qui sert de base à la couverture financière des plans d'aide par l'APA, ainsi que, le cas échéant, les dotations complémentaires visant à financer les coûts propres à chaque structure non couverts par le tarif de facturation opposable augmenteront les dépenses d'aide sociale à la charge des départements. Les allocataires bénéficieront quant à eux d'une garantie d'opposabilité.

Dans ce cadre redéfini, une augmentation mesurée du taux de participation des bénéficiaires de l'APA apparaît acceptable si elle respecte quatre conditions : (i) elle doit se faire par

⁵ Certains membres du Conseil notamment la Fehap sont favorables à un financement par dotations globales. Le Conseil ne dispose cependant pas à ce stade de suffisamment d'éléments permettant de fonder cette position.

⁶ Les organisations syndicales ont eu l'occasion de rappeler leur exigence d'un grand service public de l'aide à l'autonomie et d'une prise en charge à 100% par la branche maladie de la Sécurité sociale.

l'intermédiaire du taux de participation légal défini dans le code de l'action sociale et des familles (CASF), pour garantir l'équité entre allocataires ; (ii) elle doit s'accompagner d'une interdiction stricte des dépassements ; (iii) elle doit s'appliquer à une prestation de qualité renforcée ; (iv) elle pourrait porter en priorité sur les allocataires dont le plan d'aide est d'un montant modeste.

4) Le Conseil considère que l'emploi direct devrait être davantage pris en compte dans les réflexions sur le secteur de l'aide à domicile. Il représente déjà aujourd'hui près de 30 % des heures d'aide aux personnes âgées vulnérables. Il fait partie des leviers à mobiliser au vu de l'évolution démographique de la population de personnes âgées vulnérables et du virage domiciliaire espéré. Le Conseil relève que l'emploi direct a des caractéristiques différentes des services prestataires et nécessite des mesures d'accompagnement spécifiques de chacun des acteurs impliqués (poursuite du développement de l'information sur ce mode de recours auprès de tous les acteurs, simplification des démarches du particulier employeur, développement de l'accès à la formation des salariés en emploi direct, etc.) notamment dans un objectif de renforcement de la qualité.

Pour éviter des disparités de tarification sur le territoire et assurer un financement satisfaisant en emploi direct, le Conseil propose la mise en œuvre d'un tarif minimum national en emploi direct de 15 €. Enfin, en l'absence d'une démonstration de l'apport d'une réelle plus-value, le Conseil reste interrogatif (voire réservé en ce qui concerne certains membres) sur le développement du mode mandataire comme moyen d'accompagnement de la personne âgée vulnérable dans l'emploi direct.

5) Dans l'organisation actuelle, les départements seraient amenés à accroître très sensiblement leurs dépenses d'aide à domicile. Ils ne le feront que dans un cadre financier rénové portant sur l'octroi de ressources nouvelles et sur les reclassements entre sections en Ehpad.

6) Enfin bien que des progrès substantiels soient intervenus depuis la loi de 2015, le Conseil a été confronté dans le cadre de ses travaux à un déficit d'analyses et de données. Il concerne notamment les données sur les caractéristiques (en particulier socioéconomiques) des allocataires de l'APA et de leur plan d'aide ; l'évaluation des effets de la loi ASV et du passage au crédit d'impôt⁷ ; la connaissance des différents pans de l'offre à domicile (absence d'études globales et robustes sur les coûts réels et besoins financiers des services prestataires d'aide à domicile ; en dehors des travaux de la Fepem⁸, relative méconnaissance et suivi de l'offre en emploi direct) ; la faible visibilité sur les politiques départementales de soutien à l'autonomie pourtant particulièrement hétérogènes en termes d'organisation et de financement. Il est impératif de maintenir la coordination existante entre la Drees, la DGCS et la CNSA, de renforcer leurs moyens pour assurer une exploitation plus régulière et systématique des données individuelles, d'organiser au niveau national des remontées d'informations et un suivi plus fréquent des politiques menées au niveau départemental (et incluant tous les départements). Cela passera nécessairement par une amélioration des systèmes d'informations, qui devront être généralisés, opérationnels et compatibles entre eux.

⁷ Les dernières données individuelles exploitées datent de 2011.

⁸ Fédération des particuliers employeurs.



HCFEA
Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

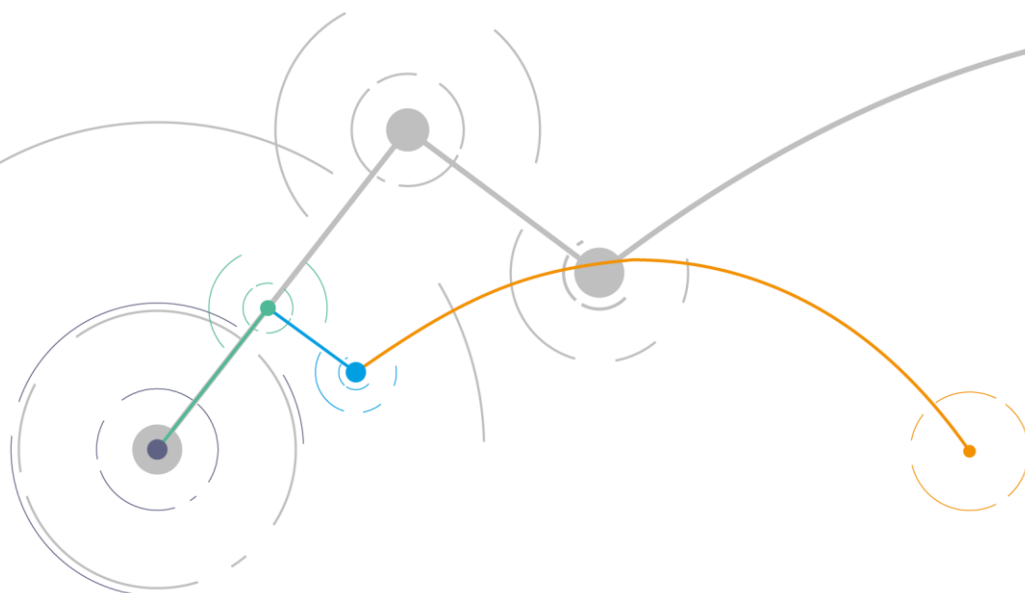
Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bienveillance, dans une approche intergénérationnelle.

RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DU HCFEA :
www.hcfea.fr



Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie (www.strategie.gouv.fr)
Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP





CONSEIL DE L'AGE

ANNEXES AU RAPPORT SUR « LE RECOURS DES PERSONNES AGEES VULNERABLES AUX EMPLOIS ET SERVICES D'AIDE A DOMICILE »

ANNEXE 1

ARTICLE D7231-1 DU CODE DU TRAVAIL DECRIVANT LES ACTIVITES DE SERVICE A LA PERSONNE

- Modifié par [Décret n°2016-1895 du 28 décembre 2016 - art. 1](#)

I.-Les activités de service à la personne soumises à agrément, en application de l'article [L. 7232-1](#), sont les suivantes :

1° Garde d'enfants à domicile, en dessous d'un âge fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de l'économie et du ministre chargé de la famille ;

2° Accompagnement des enfants en dessous d'un âge fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de l'économie et du ministre chargé de la famille dans leurs déplacements en dehors de leur domicile (promenades, transport, actes de la vie courante) ;

3° Assistance dans les actes quotidiens de la vie ou aide à l'insertion sociale aux personnes âgées et aux personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques qui ont besoin de telles prestations à domicile, quand ces prestations sont réalisées dans les conditions prévues aux 1° et 2° de l'article [L. 7232-6](#) du présent code, à l'exclusion d'actes de soins relevant d'actes médicaux à moins qu'ils ne soient exécutés dans les conditions prévues à l'article [L. 1111-6-1](#) du code de la santé publique et du décret n° 99-426 du 27 mai 1999 habilitant certaines catégories de personnes à effectuer des aspirations endo-trachéales ;

4° Prestation de conduite du véhicule personnel des personnes âgées, des personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques du domicile au travail, sur le lieu de vacances, pour les démarches administratives quand cette prestation est réalisée dans les conditions prévues aux 1° et 2° de l'article [L. 7232-6](#) du présent code ;

5° Accompagnement des personnes âgées, des personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques, dans leurs déplacements en dehors de leur domicile (promenades, aide à la mobilité et au transport, actes de la vie courante) quand cet accompagnement est réalisé dans les conditions prévues aux 1° et 2° de l'article [L. 7232-6](#) du même code.

II.-Les activités de services à la personne soumises à titre facultatif à la déclaration prévue à [l'article L. 7232-1-1](#) sont, outre celles mentionnées au I du présent article et à l'article D. 312-6-2 du code de l'action sociale et des familles, les activités suivantes :

1° Entretien de la maison et travaux ménagers ;

2° Petits travaux de jardinage, y compris les travaux de débroussaillage ;

3° Travaux de petit bricolage dits " homme toutes mains " ;

4° Garde d'enfants à domicile au-dessus d'un âge fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de l'économie et du ministre chargé de la famille ;

5° Soutien scolaire à domicile ou cours à domicile ;

6° Soins d'esthétique à domicile pour les personnes dépendantes ;

7° Préparation de repas à domicile, y compris le temps passé aux courses ;

8° Livraison de repas à domicile ;

9° Collecte et livraison à domicile de linge repassé ;

10° Livraison de courses à domicile ;

11° Assistance informatique à domicile ;

12° Soins et promenades d'animaux de compagnie, à l'exception des soins vétérinaires et du toilettage, pour les personnes dépendantes ;

13° Maintenance, entretien et vigilance temporaires, à domicile, de la résidence principale et secondaire ;

14° Assistance administrative à domicile ;

15° Accompagnement des enfants de plus de trois ans dans leurs déplacements en dehors de leur domicile (promenades, transport, actes de la vie courante) ;

16° Téléassistance et visio assistance ;

17° Interprète en langue des signes, technicien de l'écrit et codeur en langage parlé complété ;

18° Prestation de conduite du véhicule personnel des personnes mentionnées au 20° du II du présent article, du domicile au travail, sur le lieu de vacances, pour les démarches administratives ;

19° Accompagnement des personnes mentionnées au 20° du II du présent article dans leurs déplacements en dehors de leur domicile (promenades, aide à la mobilité et au transport, actes de la vie courante) ;

20° Assistance aux personnes autres que celles mentionnées au 3° du I du présent article qui ont besoin temporairement d'une aide personnelle à leur domicile, à l'exclusion des soins relevant d'actes médicaux ;

21° Coordination et délivrance des services mentionnés au présent article.

III.- Les activités mentionnées aux 2°, 4° et 5° du I et aux 8°, 9°, 10°, 15°, 18° et 19° du II du présent article n'ouvrent droit au bénéfice du 1° de l'article [L. 7233-2](#) du code du travail et de l'[article L. 241-10 du code de la sécurité sociale](#) qu'à la condition que la prestation soit comprise dans une offre de services incluant un ensemble d'activités réalisées à domicile.

ANNEXE 2 PRESTATAIRE OU EMPLOI DIRECT, QUELLES DIFFERENCES ?

Tableau A2.1 – Prestataire ou emploi direct, quelles différences ?

		Prestataire	Emploi direct	
			Avec mandataire	Sans mandataire
Emploi de l'intervenant à domicile	Qui est l'employeur ?	Le service	Le bénéficiaire	
	Choix de l'intervenant	Par le service	Par le bénéficiaire	
	Rédaction et signature du contrat de travail de l'intervenant	Le service	Le bénéficiaire (avec l'aide du service)	Le bénéficiaire
Organisation et du rémunération travail	Choix des créneaux d'intervention	Par le bénéficiaire et par le service	Par le bénéficiaire ⁽²⁾	
	Gestion des bulletins de salaire, déclarations administratives	Le service	Le service	Le bénéficiaire
	Gestion des remplacements (congés ou maladie)	Le service (sans surcoût)	Le service peut proposer de nouveaux candidats (avec surcoût)	Le bénéficiaire
	Convention collective	Branche Aide à domicile	Particulier employeur	
	Formation du personnel	Le service	Le bénéficiaire (avec conseil possible du service)	Le bénéficiaire

Rupture du contrat	Y-a-t-il des surcoûts à la rupture du contrat de travail avec l'intervenant ?	Non	Oui (indemnité de licenciement)	
	Gestion des conflits en cas de licenciement	Le service	Le bénéficiaire (avec l'assistance du service)	Le bénéficiaire
Coût des interventions	Paiement	Facturation d'un coût global ⁽¹⁾	Salaires et charges liés à l'emploi + frais de gestion mensuels pour la délégation administrative	Salaires et charges liés à l'emploi
	Peut-on bénéficier de déductions fiscales ?	Oui	Oui (y compris sur les frais de gestion)	Oui

(1) Ce coût global inclut les salaires, cotisations sociales coordination des besoins et de l'organisation des interventions, accompagnement aux démarches administratives pour la mise des prestations, suivi qualité, management du personnel, réajustement et adaptation aux besoins, réponses aux demandes du client et de sa famille.

(2) Le choix du créneau d'intervention peut néanmoins être influencé par le plan d'aide et le fait que selon les départements, les jours et horaires d'intervention peuvent y être précisés.

ANNEXE 3 ELEMENTS DE CALCUL DU TAUX DE PRISE EN CHARGE PUBLIQUE DU COUT DES HEURES D'EMPLOI A DOMICILE (POPULATION DES PERSONNES AGEES DE 60 ANS ET PLUS)

Le taux de prise en charge publique du coût des heures d'emploi à domicile est calculé comme le ratio entre les dépenses publiques et le coût qui serait payé hors toute aide publique. Ce calcul nécessite plusieurs éléments. Certains ne sont pas directement disponibles et il est alors nécessaire de faire des hypothèses. En particulier, on ne dispose pas du nombre d'heures d'aide à domicile utilisées par la population des 60 ans et plus, ni leur coût. Il faut ventiler les grands agrégats disponibles couvrant une population plus large. L'estimation du taux de prise en charge est sensible aux hypothèses retenues.

1. Estimation du nombre d'heures d'aide à domicile des 60 ans et plus

1.1. Particuliers employeurs

Pour les particuliers employeurs, mandataires et emploi direct, on recense 267,1 millions d'heures rémunérées en 2017 par l'ensemble des particuliers de 60 ans et plus (tableau A3.1). Les « fragiles »¹ représentent 83% de ces heures (source : Acoess).

Tableau A3.1 – Nombre d'heures rémunérées² en 2017, selon le statut

	Non Fragiles	Fragiles	Ensemble	Part des fragiles
Nombre d'heures	46,1	221	267,1	83%

Source : Données Acoess

1.2. Services prestataires

On ne connaît pas le nombre d'heures des services prestataires à destination des personnes âgées de 60 ans et plus. On fait une approximation à partir du nombre total d'heures des services prestataires et du type d'activité déclaré, informations disponibles dans la Base NOVA³. En 2017, on dénombre 385,72 millions d'heures rémunérées en mode prestataire (France entière)⁴⁵. On calcule alors, à partir de la répartition par type d'activité (tableau A3.2), la part de ce total d'heures que l'on suppose affectée aux personnes âgées de 60 ans et plus :

¹ Au sens de l'article L. 241-10 (I) du code de la sécurité sociale. Sont concernées les personnes âgées de plus de 70 ans, les allocataires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de la majoration pour tierce personne (MTP) au titre d'une invalidité.

² Dans le cadre du Cesu, les congés annuels sont rémunérés sous la forme d'une majoration de 10% du salaire versé. En revanche, les particuliers utilisant la DNS versent un salaire et font une déclaration pour la période des congés du salarié. Afin d'homogénéiser les nombres d'heures de ces deux modes déclaratifs, le nombre d'heures déclarées par le Cesu a été augmenté de 10%. On obtient alors un nombre d'heures rémunérées et non un nombre d'heures travaillées pour tous les dispositifs

³ NOVA est la base de données nationale des organismes de services à la personne.

⁴ Kulanthaivelu E., 2020, « Les services à la personne en 2018. Légère baisse de l'activité, hausse du recours aux organismes prestataires », Dares Résultats, n°11.

- pour l'assistance aux personnes handicapées, on retient la proportion de bénéficiaires de la PCH âgés de 60 ans ou plus, soit 24 %⁶.

- on n'attribue pas aux personnes âgées d'heures de garde d'enfants, ni d'enseignement.

- pour le reste des activités (entretien de la maison, petit jardinage et bricolage, préparation de repas/Commissions, assistance informatique, assistance administrative et autres activités), on attribue les heures au prorata de la part des 60 ans et plus dans la population des 20 ans et plus, soit 33%.

On estime ainsi que 245 millions d'heures en mode prestataire sont destinées aux personnes âgées de 60 ans et plus (tableau A3.2), soit 63% des heures des services prestataires (49,1 %, soit près de 190 millions d'heures, si on ne considérait que le poste « Assistance aux personnes âgées »). Les résultats du calcul du taux de prise en charge publique du coût des heures d'emploi à domicile étant sensibles à l'hypothèse sur ce nombre d'heures, on fait une variante en divisant la part revenant aux personnes âgées par deux (hors activités « Assistance aux personnes âgées » - Hypothèse 2). On obtient 10% d'heures en moins. On suppose ici qu'un certain nombre de tâches, tels l'entretien de la maison, sont déjà prises en compte dans le poste Assistance aux personnes âgées.

Tableau A3.2 – Calcul des heures de services prestataires pour les 60 ans et plus, 2017

Type d'activité	Répartition par type d'activité en 2016 (en %) ⁷	Hypothèse (1)	Hypothèse (2)	Hypothèse (1)	Hypothèse (2)
		Part pour les 60 et + (%)		Nombre d'heures (60 et +) (millions)	
Assistance aux personnes âgées	49,1	100	100	189,5	189,5
Assistance aux personnes handicapées	8,3	24	24	7,7	7,7
Garde d'enfants et accompagnement	4,7	0		-	-
Entretien de la maison	26,3	33	16	33,4	16,2
Enseignement	0,5	0		-	-
Petit jardinage et bricolage	5,3	33	16	6,7	3,2
Préparation de repas/Commissions	1,4	33	16	1,8	0,9
Assistance informatique	0,2	33	16	0,3	0,1
Assistance administrative	0,2	33	16	0,2	0,1
Autres activités*	4,1	33	16	5,2	2,5
Total	100,0			244,8	220,3

* Les autres activités correspondent à la collecte/livraison de linge repassé ; livraison de courses ; maintenance, vigilance et entretien du domicile ; garde malade ; aide mobilité ; conduite de véhicule personnel ; accompagnement des personnes âgées et handicapées ; aide famille fragilisée ; soins esthétiques pour personnes dépendantes ; garde d'animaux pour personnes dépendantes ; interprète en langue des signes.

Champ : France entière.

Source : DGE, Nova (tableaux statistiques annuels) ; traitements Dares.

Source : Dares, 2018, « Les services à la personne en 2016 », Dares Résultats, n°17

⁵ Il s'agit d'heures rémunérées (heures prestées +10% pour tenir compte des congés payés), cf. Dares, 2015, Guide méthodologique Services à la personne, Collection des études régionales, n° 7

⁶ E. Baradji, 2019, « Parcours et profils des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap en 2016 Premiers résultats des remontées individuelles sur la PCH (RI-PCH) », Etudes et Résultats, N° 1117.

⁷ Dares, 2018, « Les services à la personne en 2016 », Dares Résultats, n°17

A titre indicatif, on peut estimer la part d'heures en mode prestataire destinée aux publics fragiles (bénéficiaires de l'APA, 70 ans et plus, ...) ⁸. On s'appuie pour cela sur les données suivantes de l'activité des services autorisés prestataires (sur un échantillon de 75 conseils départementaux) ⁹ dans le cadre de :

- l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) : 152 millions d'heures
- l'aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale : 4,9 millions d'heures
- la prestation de compensation du handicap (PCH) : 39,2 millions d'heures

Pour ventiler les heures PCH, on retient la part de bénéficiaires de la PCH parmi les 60 ans et plus, soit 24% ¹⁰. On aurait ainsi, au total, 167 millions d'heures pour les bénéficiaires de l'APA, de la PCH (60 ans et plus) et de l'aide-ménagère. Il reste à évaluer le nombre d'heures attribuées aux 70 ans et plus, considérées comme « fragiles » mais non inclus dans les bénéficiaires de l'APA, ni de la PCH, ni de l'aide-ménagère ci-dessus. On retient comme clé de répartition la part des heures des 70 ans et plus parmi les particuliers employeurs non fragiles de 60 ans et plus, soit 75%.

On aurait alors (225,0/244,8) pour les fragiles, soit 92 % des heures de prestataire à destination des 60 ans et plus destinées aux publics fragiles. Sur l'ensemble, 87% des heures des particuliers employeurs et des services prestataires pour les 60 ans et plus seraient allouées aux personnes âgées « fragiles » (tableau A3.3).

Tableau A3.3 - Répartition des heures rémunérées, publics fragiles et non fragiles

	Particuliers employeurs (2017)	Prestataires (2017-2018) (hyp 1 – tableau A3.2)	Ensemble
Non Fragiles	46,1	19,8	65,9
Fragiles	221,0	225,0	446,0
Dont APA	65,4	152,4	217,8
70 ans et plus	134,9	63,1 ^(c)	198,0
Autres	20,7 ^(a)	9,4^(b)	30,1
Ensemble	267,1	244,8	511,9
% des heures pour les Fragiles	82,7%	92%	87,2 %

En gras, les données dont on dispose, le reste est estimé

(a) Autres exonérations

(b) PCH pour les 60 ans et plus

(c) On inclut l'aide-ménagère au prorata de la répartition par âge des bénéficiaires

⁸ Source : présentation de de la DGCS, 2018, « Journée d'échanges avec les départements. Travaux relatifs à l'allocation de ressources des SAAD ».

⁹ Ces données sur le nombre d'heures sont à considérer avec précaution et reportées à titre indicatif.

¹⁰ E. Baradji, 2019, op. cité.

2. Coût d'une heure rémunérée sans aucune aide publique

Pour les particuliers employeurs à domicile, le salaire net (hors congés payés), versé par les bénéficiaires d'une exo APA s'élève à 9,2 €, à 10,8 € pour les bénéficiaires d'une exonération au titre des 70 ans et plus, à 9,5 € pour les bénéficiaires d'autres types d'exonération et à 10,5 € pour les non « fragiles » (tableau A3.4).

Tableau A3.4 – Salaires nets versés (hors congés payés) suivant le type d'exonérations en 2017

		Fragiles		Non fragiles	Ensemble
	APA	70 ans et plus	Autres exos		
2017	9,2	10,8	9,5	10,5	10,3
T2 2019	9,6	11,2	9,9	10,9	

Source : Acoess Stat, n° 297

En pondérant par le nombre d'heures de chacune des exonérations, le salaire net versé s'élève en 2017, à 10,3 euros. On ajoute les cotisations salariales (salaire brut = 13,3 €) et patronales avec exonération (superbrut = 15 €). Sans exonération, le salaire superbrut serait de 18,7 euros de l'heure (soit 3,7 euros d'exonération par heure). D'après le tableau A3.5, l'exonération est environ égale à 3,4 euros par heure rémunérée pour les exonérations APA et les exonérations 70 ans et plus (le montant de l'exonération 70 ans et plus est plafonnée).

Tableau A3.5– Montant des exonérations suivant le type d'exonérations, 2017

	Assiette brute (2)	Masse des exonérations (1)	Taux d'exonération
70 ans et plus	1902	455	23,9%
APA	769	220	28,6%
Déduction forfaitaire (tous les âges)	2 964	408	13,8%
Autres exonérations (tous les âges)	654	187	28,6%

Source : Acoess Stat, 279

On retient 18,4 € comme coût (hors aide publique) de l'heure pour les particuliers employeurs.

Pour les services prestataires, on calcule un prix pondéré à partir des données de la DGCS 2018¹¹ :

APA : 19,29 (Service non HAS - 25% de l'activité APA) – 21,67 (Services HAS - 75% de l'activité APA) soit 21,07 - Aide Sociale : 20€50 ; PCH 18€35 (49%) et 21€74 (51%). On ne sait pas combien est facturée l'heure pour les publics non fragiles. La part majoritaire des heures étant APA, on prend 21,07 de prix facturé et on majore ce tarif de l'exonération de cotisations patronales. Le coût (hors aide publique) prestataire serait alors d'environ 24 euros.

Quel que soit le mode d'intervention (emploi direct et prestataire), le coût de production serait de 21,1 €, soit un coût total de production des 511,9 millions d'heures d'emploi à domicile (dans l'hypothèse haute) de 10,8 milliards d'€.

¹¹ DGCS, 2018, op. cité

3. Montant des aides publiques

Exonérations des cotisations patronales 70 ans et plus

Les exonérations de cotisations patronales s'élèvent à 1,75Md€ en 2017, dont 843 millions pour les particuliers employeurs et 910 millions¹² d'euros pour les associations ou entreprises auprès d'un public fragile. Pour les particuliers employeurs, les exonérés au titre du bénéfice de l'APA représentent 25% du total des exonérations, les 70 ans et plus 55% et les autres bénéficiaires d'exonérations 22% (tableau A3.6). On estime qu'environ la moitié de ces derniers sont âgés de moins de 60 ans, soit 11% de la masse des exonérations. Nous n'avons pas d'information du côté des services prestataires, on suppose donc une clé de répartition similaire, soit 11%. Le total des exonérations pour les 60 ans et plus serait donc de $1,75 * 0,89 = 1,5575$ mds d'euros.

Tableau A3.6 - Montant des exonérations par type, en 2017

	Type d'exonérations			Ensemble
	70 ans et plus	APA	Autres ^(a)	
Effectifs (en milliers) au 4 ^{ème} trimestre	682	127	76	885
Exonérations (en millions d'euros) ^(b)	455	220	187	862

Source : Acoff, 2018, « L'activité des particuliers employeurs reste en baisse en 2017 malgré le dynamisme de la garde d'enfants à domicile », Acoff Stat, N° 279

Note : (b) Ce montant ne comprend pas les exonérations des heures supplémentaires instituées par la loi TEPA entrée en vigueur le 1er octobre 2007. En outre, les montants d'exonération présentés ici sont rattachés aux périodes d'emploi de l'année et diffèrent ainsi des données comptables diffusées par ailleurs.

Déduction forfaitaire de 2 euros (2017) : environ 77 M€s (nombre d'heures des particuliers employeurs à domicile non fragiles en 2017)¹³, déduction faite des heures de congés payés qui ne bénéficient pas de la déduction forfaitaire.

Crédit d'impôt : sur données de revenus 2017, la DGFIP indique 2,58 milliards de crédit d'impôt pour les 65 ans et plus. Pour tenir compte des 60-64 ans, on ajoute l'équivalent du montant indiqué pour les 65-69 ans soit environ 330 millions. On obtient ainsi 2,91 milliards d'€ de crédit d'impôt pour les 60 ans et plus.

APA : 3,477 mds d'€ de dépenses brutes d'APA en 2017 (L'aide et l'action sociale en France, 2019, Drees). On suppose que 90% concernent de l'aide humaine, soit 3,1 Mds €.

Action sociale CNAV et aide-ménagère des départements : 341 millions d'euros pour la CNAV (rapport Action Sociale 2019, CNAV) et 80,5 millions d'euros en 2017 pour l'aide-ménagère (brute) des départements (source enquête Aide Sociale 2017).

¹² Respectivement, fiche n°31 - Aide à domicile employée par un particulier fragile (emploi direct ou mandataire) et fiche n°32 - Aide à domicile employée par une association ou une entreprise auprès d'une personne fragile, annexe 5, PLFSS 2020.

¹³ Envoi données Acoff (ventilation fragiles / non fragiles par âge).

ANNEXE 4

LES DISPOSITIFS D'INFORMATION, DE COORDINATION ET D'INTEGRATION DU PARCOURS DES PERSONNES AGEES

1) LES DISPOSITIFS DE COORDINATION AUTOUR DE LA PERSONNE

On distingue comme dispositifs institutionnalisés sur les territoires :

- les points d'information locaux dénommés le plus souvent **Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) ou coordination gérontologique**. Initiés de façon expérimentale en 2000, les CLIC ont été reconnus légalement par la loi du 20 juillet 2001 instituant l'allocation personnalisée d'autonomie. Inscrits au cœur des territoires et du développement local comme instruments de la coordination formalisée par le schéma gérontologique, ces centres sont des structures d'accueil de proximité¹⁴ ayant pour missions l'**accueil**, l'**écoute**, l'**information**, le **conseil** et le **soutien** aux personnes âgées et à leurs familles. Ils assurent ainsi l'information sur les démarches à accomplir (demande d'APA, demande de mise sous protection juridique) et l'orientation de la personne âgée ou son aidant vers les services existants (portage de repas, SAAD, établissements, etc.). Certains CLIC peuvent également développer d'autres types d'accompagnement, tels que l'évaluation des besoins d'aide, l'élaboration et le cas échéant, le suivi d'un plan d'accompagnement. Environ 600 aujourd'hui¹⁵, ces dispositifs travaillent en lien avec les professionnels de la gérontologie du secteur et les services et établissements du territoire qu'ils couvrent. Ils doivent également s'articuler avec les autres dispositifs de parcours, de coordination, d'intégration initiés ces dernières années et décrits ci-dessous ;
- **le dispositif MAIA** créée de façon expérimentale dans le cadre du 3^{ème} plan Alzheimer 2008-2012 pour les personnes atteintes de maladies dégénératives puis généralisé à l'ensemble des personnes âgées et consacré par la loi ASV en 2015 sous le vocable de Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Cette méthode associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche d'**intégration des services d'aide et de soins**. Actuellement, 98 % du territoire français est couvert par 352 dispositifs MAIA.

¹⁴ Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) : « Selon la configuration locale, le CLIC concernera ainsi une population de l'ordre de 7 000 à 10 000 personnes âgées de 60 ans et plus en milieu rural et de 15 000 en milieu urbain »

Le dispositif MAIA

Les principaux enjeux de la méthode MAIA sont :

- la continuité des parcours des personnes âgées – autrement dit, éviter les ruptures de prise en charge – dans un environnement complexe qui mobilise de nombreux professionnels de disciplines différentes (secteur social, médico-social et sanitaire) ;
- la prise en charge des situations complexes par un professionnel formé et dédié, le gestionnaire de cas ;
- le soutien à domicile des publics concernés, aussi longtemps que possible et dans les meilleures conditions.

Cette approche doit permettre d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse.

- **le programme PAERPA** (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) qui optimise la coordination des professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) autour de la personne âgée de 75 ans et plus identifiée comme fragile ou en perte d'autonomie en lui proposant un plan personnalisé de santé. Initialement, neuf territoires pilotes avaient été retenus en 2014 dans le cadre du dispositif Paerpa. En 2016, afin de porter la logique de parcours de santé à l'ensemble du territoire français, une extension *a minima* à un territoire Paerpa par région est programmée.

Le Parcours de santé des aînés ou dispositif PAERPA

Le Paerpa, parcours de santé des aînés, est déployé depuis 2014 sur des territoires pilotes. Il s'agit d'un dispositif innovant qui s'adresse aux personnes, âgées de 75 ans et plus, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social.

La démarche Paerpa a pour objectif de maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne. Son rôle est de faire en sorte que chaque Français, âgé de 75 ans et plus, reçoive les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût.

En partant des besoins de la personne et de ses aidants, cette action est rendue possible en agissant en amont de la perte d'autonomie par un repérage des principaux facteurs d'hospitalisation évitables (dépression, chute, problèmes liés aux médicaments) et en optimisant la coordination des professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) autour de la personne âgée.

Le PAERPA mobilise plusieurs outils de coordination entre les acteurs, notamment le plan personnalisé de santé (PPS) qui définit les actions sanitaires et sociales à mener et la coordination territoriale d'appui (CTA) qui assure l'information et l'accompagnement des professionnels, des personnes âgées et de leurs aidants. Elle offre un service de guichet unique pour les orienter vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du

territoire.

La CTA est le cas échéant adossée aux structures préexistantes sur le territoire : centres locaux d'information et de coordination (CLIC), maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), réseaux.

L'IRDES¹⁶ a mené une évaluation des résultats économiques et médicaux des projets pilotes, à partir d'indicateurs de recours hospitalier, notamment la durée cumulée de séjours et la ré-hospitalisation, et de soins primaires. L'analyse de l'écart entre les résultats des 9 territoires PAERPA et 12 régions non concernées par PAERPA ne permet pas de conclure à un impact de PAERPA. L'absence d'effet moyen significatif propre à Paerpa sur les données de 2015 et de 2016 correspondant à la montée en charge des expérimentations conduit l'IRDES à des conclusions prudentes en l'attente d'une période d'observation plus longue.

La Drees a quant à elle mené une enquête qualitative du programme PAERPA¹⁷ et conclut de façon encourageantes mais prudentes que *« dans l'ensemble, un mouvement positif est engagé, donnant à voir des perspectives d'évolution importantes à travers une approche parcours et un décloisonnement des différentes parties prenantes. [...] Le travail d'évaluation qualitative met en évidence l'engagement de dynamiques territoriales positives, de premiers résultats confirmant des besoins préalablement identifiés et certaines réalisations produisant des effets encourageants (soutien apporté aux professionnels de santé libéraux par la CTA, découverte de pratiques professionnelles auparavant ignorées, intérêt manifeste pour les dispositifs transitoires entre hôpital et EHPAD ou entre hôpital et domicile,...). [...] L'ampleur du mouvement souhaité ne peut pour autant pas se réaliser sur une temporalité de deux à trois ans et la poursuite de l'effort engagé apparaît indispensable »*.

Si les deux dispositifs MAIA et PAERPA ne ciblent pas les mêmes personnes théoriquement (la méthode MAIA concerne les personnes âgées en perte d'autonomie de plus de 60 ans et le programme Paerpa les personnes âgées en risque de perte d'autonomie de plus de 75 ans), dans les faits, les actions développées dans le cadre deux dispositifs concernent généralement des personnes en perte d'autonomie et ayant des problèmes de santé potentiellement importants. Une certaine confusion peut donc exister tant pour les acteurs professionnels que pour les personnes âgées elles-mêmes et leurs proches aidants.

Le rapport d'évaluation qualitative du programme PAERPA menée par la Drees en 2017¹⁸ fait ainsi *« apparaître en ce qui concerne la démarche projet et la gouvernance, la nécessité de travailler spécifiquement à l'articulation des programmes Paerpa et MAIA, à la fois localement et au niveau national. Il s'agit d'éviter que les porteurs se retrouvent en compétition pour l'attention des partenaires comme cela a pu être le cas dans certains territoires, ou que les actions spécifiques aux différents programmes (l'activité d'animation territoriale MAIA ou la dimension de prévention de Paerpa) ne soient pas pleinement développées et laissées de côté dans les cas où, au contraire, les deux programmes font l'objet d'un développement conjoint.*

¹⁶ Source : Question d'économie de la santé n°235, 2018, IRDES

¹⁷ Sébastien Gand, Elvira Periac, Marie-Aline Bloch, Léonie Henaut, 2017, « Évaluation qualitative PAERPA - RAPPORT FINAL », Document de travail, Série Études et recherche, n°135, Drees, Mai.

¹⁸ Op. cité

On peut constater que ces approches ont des apports respectifs complémentaires : pour la méthode MAIA, une approche populationnelle plus développée, une meilleure formation des professionnels portant les approches parcours ; à l'inverse le programme Paerpa semble plus solide sur les volets de la gouvernance et de la conduite de projet quand il y a une forte implication de l'ARS, sur le déploiement de systèmes d'information et bénéficie grâce à ses financements plus importants d'une offre de service interstitielle complémentaire incitative pour les professionnels de soins primaires. Cependant, on peut constater un risque de redondance au niveau de la gouvernance et du diagnostic territorial s'ils ne sont pas articulés, voire fusionnés. »

2) LES DISPOSITIFS DE COORDINATION ENTRE PROFESSIONNELS

Créés dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé de 2016, les **plates-formes d'appui (PTA)** apportent des fonctions d'appui à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes, quel que soit leur âge, leur pathologie ou handicap. Elles sont organisées en soutien des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux par les agences régionales de santé (ARS) en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers. Les PTA interviennent en subsidiarité des ressources d'appui à la coordination présentes sur le territoire (gestion de cas MAIA, réseaux de santé, CLIC, CTA de Paerpa), les mettent en cohérence et les articulent. Elles contribuent à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours. Trois missions principales guident la PTA :

- l'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire ;
- l'appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient ;
- le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

Certaines ARS se sont fixées pour objectif de couvrir l'ensemble de leur territoire de PTA¹⁹, grâce notamment à la transformation de certaines structures existantes (réseaux gérontologiques, réseau cancérologie) en PTA. Le déploiement est en cours et reste inégal. Au niveau des acteurs de terrain, la connaissance des PTA se fait de façon progressive mais les PTA ne semblent pas encore assez exploitées alors qu'elles présentent un intérêt pour se connaître, s'alerter et traiter des cas complexes.

Les PTA sont souvent mises en place sur les territoires en s'appuyant sur les initiatives des professionnels : professionnels de santé de ville et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) visant au maintien à domicile.

Créées également par la loi de 2016, les CPTS sont le fruit de l'initiative de professionnels²⁰ exerçant en maison de santé ou organisés, le cas échéant, en équipes de soins primaires, auxquels viendront s'adjoindre, selon les projets des fondateurs de la communauté, des acteurs du premier et/ou du second recours, et/ou des acteurs médico-sociaux et sociaux. Ils se regroupent autour d'un projet médical et médicosocial commun. Intervenant sur un périmètre

¹⁹ L'ARS PACA avait ainsi prévu pour fin 2018 un maillage intégral de son territoire avec 9 PTA au total.

²⁰ Les ARS ont un rôle essentiel à jouer pour faire émerger les projets et accompagner les porteurs de projets. Elles peuvent également intervenir, de manière subsidiaire, en lien avec les URPS, pour susciter des initiatives en l'absence de propositions émanant des acteurs.

géographique plus petit que les PTA, les communautés ont pour objectif de concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients dans un souci de continuité, de cohérence, de qualité et de sécurité des services de santé, par une meilleure coordination des acteurs qui la composent.

Au démarrage, les CPTS se sont insuffisamment développés faute de financement pérenne associé et d'incitation suffisante à rejoindre le réseau. Leur déploiement s'accélère depuis plus d'un an (on comptait en mai 2019 308 projets de CPTS, soit plus de une augmentation de 25 % entre décembre 2018 et avril 2019). Les CPTS constituent une mesure phare du plan de transformation du système de santé « Ma santé 2022 » qui en prévoit 1 000 autres d'ici 2022. Un accord conventionnel interprofessionnel a été signé entre l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie (Uncam) et les syndicats représentatifs des différentes professions de santé le 20 juin 2019 pour donner un cadre pérenne de financement aux CPTS.

ANNEXE 5

QUELQUES ELEMENTS DE BILAN DU « RAPPORT D'ETAPE SUR L'EVALUATION DES EXPERIMENTATIONS MENEES SUR LES SPASAD INTEGRES » DE LA DGCS, JUIN 2019

« 338 SPASAD intégrés ont signé un CPOM-SPASAD permettant l'entrée dans l'expérimentation ». Si l'expérimentation a permis la création de 244 SPASAD supplémentaires ce qui montre une certaine vitalité, le nombre total de SPASAD reste relativement faible au regard du nombre total de SAAD et de SSIAD existants (respectivement environ 7 000 et 2 000-2 200). Par ailleurs, les disparités régionales restent fortes (ex : 2 SPASAD en Corse contre 70 en Auvergne-Rhône-Alpes). Il y a donc encore une marge de développement important sur les territoires.

Les SPASAD ont pris en charge près de 154 000 personnes au premier semestre 2018 dont en moyenne 78,4 % pour une seule prestation d'aide à domicile, 12,1 % pour une seule prestation de soins et encore seulement 9,5 % pour les deux prestations.

Les SPASAD intégrés ont pris en charge à 95 % des personnes âgées (et donc 5 % seulement de personnes en situation de handicap), pour des prestations à domicile centrées sur l'aide et l'accompagnement, notamment des services ménagers et de manière plus large venant en appui de la personne pour exercer des activités ordinaires de la vie et les actes essentiels de la vie quotidienne.

L'activité des SAAD ayant rejoint l'expérimentation à destination des publics fragiles représente un volume d'environ 39 600 000 heures de prise en charge et représentait un total de 34 380 places.

Les avantages des SPASAD sont connus et nombreux : mieux intégrer les prestations de soin et d'aide à domicile, limiter le nombre d'interlocuteurs pour la personne concernée, libérer les infirmiers des tâches administratives, limiter l'isolement des prestataires de services d'aide à domicile qui seraient intégrés dans une même chaîne gérontologique, proposer des perspectives professionnelles aux salariés des SAAD.

Les remontées des SPASAD expérimentateurs font état de bénéfices pour les usagers :

- « un accès facilité aux prestations d'aide et de soins, une meilleure visibilité des structures grâce à la mise en place d'un guichet unique qui allège les démarches ;
- une évaluation globale des besoins de la personne ;
- une meilleure coordination entre les intervenants qui sécurise patients et aidants ;
- une meilleure prise en charge des situations complexes et amélioration de la fluidité des parcours ».

Pour les professionnels, les avantages sont réels :

- « une amélioration de l'organisation du travail grâce à une meilleure concertation entre intervenants, une planification des interventions communes et une mutualisation des moyens ;
- un sentiment de plus grande sécurité au travail et de moindre isolement ;
- une amélioration des prises en charge liées au partage de compétences et d'information entre les intervenants de l'aide et du soin ;
- un sentiment de faire un travail de meilleure qualité ;
- une meilleure connaissance et reconnaissance du travail de chacun ».

Le développement de SPASAD intégrés a également permis la création d'outils communs (outil de planification mutualisé, outil d'évaluation commun des personnes accueillies, messagerie sécurisée pour faciliter l'échange de données entre les différents intervenants), la mise en place de réunions de coordination sur les situations (12 en moyenne par semestre en 2018 et par SPASAD), de visites en

binôme aide et soins, d'actions de prévention à destination des personnes âgées mais également de leurs aidants (37 actions par SPASAD au 1^{er} semestre 2018), d'actions de formation à destination des professionnels (bienveillance, prévention des risques professionnels).

ANNEXE 6

PRINCIPAUX CONSTATS ISSUS DU « PLAN DE MOBILISATION NATIONALE EN FAVEUR DE L'ATTRACTIVITE DES METIERS DU GRAND AGE 2020-2024 » DE MME MYRIAM EL KHOMRI, OCTOBRE 2019

Ce rapport aborde de façon détaillée les conditions de travail des salariés en établissement et à domicile. Il concentre son analyse et ses orientations sur deux métiers du grand âge, où les besoins et les tensions sur le recrutement sont forts, à savoir celui d'aide-soignante et d'accompagnant éducatif et social à domicile. Il n'aborde pour ainsi dire pas les problématiques des professionnels et métiers dans l'emploi direct et mandataire (salariés du particulier employeur).

Nous en reprenons ici quelques extraits même si certains concernent aussi bien les professionnels en établissement qu'à domicile :

« Le déficit d'attractivité des métiers du grand âge apparaît criant et tend de surcroît à se renforcer. Ses causes sont éclairées par les enquêtes menées auprès des employeurs : à domicile, celles-ci font ressortir par ordre de citation, l'insuffisance des rémunérations, l'organisation du travail et les horaires de travail, la pénibilité psychique et physique et les temps partiels. »

Des rémunérations durablement faibles

« Les rémunérations des aides-soignants et plus encore des accompagnants à domicile proposées dans le cadre des branches sont dans l'ensemble faibles ».

« Dans plusieurs conventions collectives, les salaires de base des premiers niveaux d'emploi sont inférieurs au SMIC. C'est notamment le cas dans la convention de la branche aide à domicile (BAD) et dans celle des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP) », comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau A6.1 : Salaires minimum bruts mensuels dans les conventions collectives nationales en 2019 (toutes catégories d'emploi confondues)

Convention collective nationale	Salaire minimum appliqué dans la convention collective
CC branche aide à domicile (21 mai 2010)	1 452,60 €
CC FEHAP (31 oct 1951)	1 503,00 €
<i>SMIC horaire brut mensuel au 1^{er} janv 2019</i>	<i>1 521,22 €</i>
CC entreprises de services à la personne (20 sept 2012)	1 521,22 €
CC hospitalisation privée (SYNERPA) (18 avril 2002)	1 527,00€

CC NEXEM (15 mars 1966)	1 529,35 €
CC Croix Rouge Française	1532,16 €

Source : Données DGCS

Cette situation reflète l'écart qui s'est creusé entre le taux de croissance du SMIC et celui des salaires inscrits dans les conventions collectives du secteur non lucratif soumises à encadrement en vertu du mécanisme d'agrément ministériel. Il est particulièrement marqué dans la convention collective de la branche aide à domicile.

La progression salariale est en outre relativement faible au long de la carrière.

Il ressort ainsi d'une étude récente de la DREES sur des données 2016 que « le taux de pauvreté des intervenants à domicile est de 17,5 % contre 6,5 % pour l'ensemble des salariés. Le niveau de vie médian de leurs ménages est de 1 370 € par mois alors qu'il est de 1 794 € pour l'ensemble des ménages dont au moins un des membres est salarié. 62 % des intervenants à domicile appartiennent aux 40 % des personnes les plus modestes ».

Un travail à temps partiel trop répandu

Les métiers du grand âge à domicile sont particulièrement concernés par le travail à temps partiel et les horaires fragmentés. Ainsi, dans le secteur de la branche aide à domicile, 79% des salariés sont à temps partiel avec un temps de travail qui augmente avec la qualification. Le temps de travail mensuel moyen est de 102h tous salariés confondus (contre 152h pour un travail à temps plein sur une base de 35 heures hebdomadaires). De plus, ce travail à temps partiel est le plus souvent subi. De nombreux professionnels sont parfois contraints de travailler deux à trois week-ends par mois.

Une sinistralité record

« Les métiers du grand âge sont fortement affectés par la dégradation des conditions de travail : le secteur de l'aide et des soins aux personnes âgées présente parmi les taux les plus élevés d'accidents du travail/maladies professionnelles (AT/MP) et d'absentéisme.

Avec des indices de fréquence proches de 100, la sinistralité AT/MP dans les secteurs des EHPAD et de l'aide et du soin à domicile est trois fois supérieure à la moyenne nationale et dépasse d'un tiers celle du secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP). En 2017, les chiffres sur la sinistralité dans le secteur des aides à domicile aux personnes âgées apparaissent particulièrement alarmants (environ 19.000 accidents du travail, soit une augmentation de +31%, pour 190.000 salariés au service de personnes âgées, en situation de handicap, etc.) ».

« Cette sinistralité AT/MP va de pair avec un fort absentéisme et un turn-over élevé, le poids de l'ajustement pesant *in fine* sur des professionnels en nombre insuffisant.

Cet état des lieux ne serait pas complet s'il ne faisait pas mention des situations de non-respect du droit du travail qui sont régulièrement constatées dans ce secteur (notamment non-respect des durées maximales de travail hebdomadaires, de la rémunération du temps de travail pendant lequel le salarié est à disposition de l'employeur), sans que leur fréquence puisse être quantifiée. »

« Ces conditions de travail dégradées ont en outre un impact financier défavorable au regard du coût de l'absentéisme pour l'employeur et pour les financeurs publics. L'impact financier défavorable de cette situation mérite d'être souligné. Les 176.000 journées de travail perdues recensées par la CNAM

en 2017 au titre des AT/MP représentent un coût important pour les employeurs, qu'ils soient contraints d'annuler des interventions (perte de recettes) ou d'assumer un surcoût pour les remplacer (intérim ou heures supplémentaires). De plus, cette sinistralité induit des taux élevés de cotisations prévoyance (par exemple de 4,5% à l'UNA). Ces surcoûts représentent au total des moyens substantiels qui pourraient avantageusement être redéployés pour créer des postes ou améliorer les salaires. »

Ces conditions de travail dégradées ont de répercussions très négatives sur l'attractivité de ces métiers et génèrent des difficultés de recrutement et un turn over important.

« On constate une baisse de 25% en six ans des candidatures aux concours d'accès d'aide-soignant et accompagnant éducatif et social. »

« A domicile, selon une enquête de l'UNA, le nombre de postes non pourvus est élevé ». « Le métier d'aide à domicile serait pourtant le plus créateur d'emploi des trois professions précitées.

L'enquête annuelle de Pôle Emploi va dans le même sens. Ainsi, pour 2019, les besoins de main d'œuvre les plus importants concernent en priorité la famille « métiers des aides à domicile et aides ménagères » (76.370 projets de recrutement soit environ 3% du total) mais les difficultés de recrutement l'affectent particulièrement (81,4% des recrutements difficiles).

Autre donnée parlante, selon le dernier rapport annuel de la branche aide à domicile, le turn-over concernerait une auxiliaire de vie sociale sur cinq et la quasi-totalité des structures. »

Le rapport fait état d'efforts des autorités publiques (notamment en termes de formation, d'amélioration de la qualité de vie au travail) pour restaurer l'attractivité de ces métiers mais aux effets insuffisants. Il relève notamment comme facteur bloquant le cloisonnement et le foisonnement des organisations professionnelles des métiers du grand âge. Dans le secteur privé, les métiers du grand âge relèvent par exemple toujours de sept conventions collectives à l'heure actuelle.

ANNEXE 7

HISTORIQUE DU DISPOSITIF D'EXONERATION DE COTISATIONS PATRONALES POUR LES PARTICULIERS EMPLOYEURS « FRAGILES »²¹

→ Création en 1948 d'une exonération des cotisations patronales pour les particuliers employeurs fragiles (article 8, loi n° 48-1522 du 29 septembre 1948, mise en œuvre par le décret n° 72-230 du 24 mars 1972 (article 19)). Sont concernées les personnes bénéficiaires d'un avantage de vieillesse et se trouvant dans l'obligation, pour accomplir des actes ordinaires de la vie, d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne salariée. Cette exonération a été étendue aux bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes âgées et aux grands infirmes vivants seuls titulaires de la majoration pour tierce personne.

→ Extension de l'exonération des cotisations patronales par la loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 (article 38). La rémunération d'une aide à domicile est exonérée totalement des cotisations patronales lorsque celle-ci est employée effectivement à leur domicile et pour leur service personnel par soit :

- des personnes au-delà d'un certain âge (ce dernier est défini par décret à 70 ans)
- des personnes titulaires de différents avantages (vieillesse), pensions (invalidité, militaire invalide victime de guerre), allocation (compensatrice de tierce personne ou majoration pour tierce personne) ;
- des personnes ayant à charge un enfant ouvrant droit au complément de l'allocation d'éducation spéciale.

→ La loi n° 98-1194 de financement de la sécurité sociale pour 1999 (article 5) a restructuré l'article L. 241-10 en distinguant 3 différentes exonérations :

- au I l'exonération applicable aux particuliers employeurs fragiles ;
- au II celle applicable aux accueillants familiaux ;
- et au III les exonérations pour les structures employant des aides à domicile intervenant chez les particuliers fragiles.

→ Le plan Borloo (2005) en faveur des services à la personne a étendu le champ des services à la personne au-delà des emplois familiaux pour y inclure le gardiennage, l'assistance administrative, l'assistance informatique, les livraisons de courses, ainsi que les soins esthétiques à domicile pour les personnes dépendantes.

²¹ Voir annexe 5 du PLFSS 2019 et C. Ledoux, 2015, Dépenses fiscales et allègements de cotisations sociales pour les emplois domestiques : des instruments aveugles aux inégalités ?, Revue Française de Socio-Économie, n°15.