



CONSEIL DE L'ÂGE

NOTE

COMPARAISON DES COÛTS DE PRISE EN CHARGE D'UNE PERSONNE EN PERTE D'AUTONOMIE SELON LE LIEU DE VIE (DOMICILE OU EHPAD)

**Conseil de l'âge
16 novembre 2021**

Table des matières

Introduction	4
I – Caractéristiques des bénéficiaires de l’APA selon le GIR	7
A. Seul ou en couple.....	7
B. Revenus.....	8
II – Le coût de la prise en charge à domicile	8
A. Hypothèses retenues pour les différents types de coûts.....	8
1. Coût des soins.....	8
2. Les volumes horaires d’aide (plans exécutés, au plafond et au « GMP ») à domicile	9
3. Coût de l’aide à l’autonomie à domicile pour différentes configurations et tarifications....	12
B - Résultats : coût de prise en charge d’une personne à domicile selon le GIR	13
1. Bénéficiaire de l’APA en GIR 1 à domicile	13
2. Bénéficiaire de l’APA en GIR 2 à domicile (sans conjoint).....	13
3. Bénéficiaire de l’APA en GIR 3 à domicile (sans conjoint).....	14
4. Bénéficiaire de l’APA en GIR 4 à domicile (sans conjoint).....	16
C. Dépense publique et partage des coûts	16
D. le problème de l’aide informelle.....	17
III – Coût d’une prise en charge en Ehpad	18
A. Coût moyen d’une prise en charge en Ehpad et coût moyen par GIR.....	18
1. Coût des soins.....	18
2. Coût des aides à l’autonomie	18
3. Coût hébergement	18
4. Coût de construction et de réhabilitation.....	19
5. Bilan : coût moyen d’une prise en charge en Ehpad, par GIR.....	19
B. Partage des coûts.....	20
1. Aides publiques	20
2. Couverture publique moyenne par résident du coût de prise en charge en Ehpad.....	21
3. Par GIR.....	21
4. Par revenu et patrimoine	22
IV – La prise en charge en Ehpad et à domicile : principaux résultats et variantes	26
1. Comparaison des coûts à domicile et en Ehpad et du partage du coût entre dépenses publiques et reste à charge (RAC), GIR 1.....	26
2. Comparaison des coûts à domicile et en Ehpad et du partage du coût, GIR 2	27
3. Comparaison des coûts à domicile et en Ehpad et du partage du coût, GIR 3	30
4. Comparaison des coûts à domicile et en Ehpad et du partage du coût, GIR 4	31

5. Variantes avec prise en compte de dépassements dans les tarifs à domicile et dédommagement de l'aide informelle.....	32
V – Conclusion.....	34
Annexe I– Hypothèses retenues pour le calcul des coûts de prise en charge	37
Annexe II. Estimation du coût moyen mensuel du panier de soin correspondant au tarif partiel sans pharmacie à usage interne	45
Annexe III. Estimation du coût moyen des soins par GIR en Ehpad.....	47
Annexe IV. Liste des prestations d'hébergement incluses dans le panier de « prestations socle ».....	48
Annexe V. Soutien public à la construction et réhabilitation des EHPAD : données de cadrage.....	49
Annexe VI. Financement public et reste-à-charge du coût de prise en charge en EHPAD, par GIR.....	52
Annexe VII. Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale – volet autonomie – fiche 2.3	56

Introduction

L'objectif de cette note est d'apporter des éléments sur l'impact économique d'une politique de virage domiciliaire.

Cette note, qui se veut un premier apport du HCFEA, propose une estimation du coût de prise en charge des personnes en perte d'autonomie (principalement bénéficiaires de l'APA) et de sa répartition entre dépenses publiques et reste-à-charge (RAC) pour les personnes selon leur lieu de vie, mais aussi selon la configuration de leur ménage (en couple ou non) et leur niveau de revenu, pour différents GIR et niveaux de salaire horaire des intervenants à domicile.

Pour ce faire nous avons estimé les dépenses et leur répartition, en considérant trois types de coûts.

Tableau I1 – Périmètres des coûts pour le soutien à domicile et en établissement

Coût	A décliner par GIR	Domicile	Ehpad ⁽¹⁾
Aide à l'autonomie	Oui	- Heures d'aide professionnelle (emploi direct ou SAAD) - Heures d'aide informelle	Tarif dépendance
Soins ¹	Oui	- Infirmier libéral AIS et SSIAD - Heures de Kiné - Orthophonie et psychiatrie	Forfait soins
Surcout d'Hébergement	Non	0	Tarif hébergement (hors gîte et couvert)

(1) On renvoie à la distinction des trois sections en établissement mais ces sections ne recouvrent pas forcément le même périmètre qu'à domicile.

Les parties II (domicile) et III (Ehpad) présentent brièvement les hypothèses de coûts et font l'objet de compléments en annexes. Elles proposent également un premier résultat de ce travail : le calcul du coût en fonction des volumes horaires d'aide à domicile. La partie IV est consacrée aux principaux résultats et discussions : elle permet à la fois de comparer les coûts et RAC entre Ehpad et domicile, mais aussi de donner quelques éléments sur les RAC rapportés au revenu (taux d'effort) dans différentes situations que nous discutons.

Nous avons travaillé en lien avec la DSS qui a mené pour la première fois une analyse sur le coût moyen de la prise en charge des personnes âgées selon leur degré d'autonomie et leur lieu de résidence en moyenne, dans le rapport des Comptes de la Sécurité sociale de septembre 2021 (éclairage DSS présenté en annexe de cette note). Nos hypothèses sont compatibles notamment sur les volets soins que nous n'approfondissons guère ici, de même sur le traitement du gîte et du couvert de la section hébergement en Ehpad (cf. encadré I1 pour une présentation des choix conventionnels faits par le SG du HCFEA s'écartant de ceux de la DSS).

¹ À ce stade, nous n'avons pas intégré de coût différencié de la complémentaire santé entre Ehpad et domicile (hypothèse à discuter) ; pour simplifier nous ne faisons pas figurer le coût de la complémentaire santé.

Par rapport à cette analyse de la DSS, nous proposons trois types d'éclairages complémentaires :

- En complément d'une analyse « en moyenne », nous cherchons ici à préciser la variabilité des coûts selon la situation conjugale (seul ou en couple) et le niveau de revenus ;
- Plutôt que de calculer des coûts d'aide à domicile s'appuyant sur les volumes d'aide actuellement exécutés en moyenne dans les plans d'aide, les coûts sont ici présentés sur des courbes en fonction des volumes horaires d'aide qu'on fait varier (les résultats intermédiaires des parties II et III).

Cela permet d'évaluer le coût d'un accompagnement à domicile reposant sur des volumes horaires potentiellement plus élevés que ceux observés aujourd'hui et répondant le cas échéant davantage aux besoins des personnes, en particulier celles ayant une forte propension à vivre en EHPAD. En effet une des difficultés dans la comparaison des coûts de prise en charge selon le lieu de vie réside dans le volume horaire attribué aux différents GIR à domicile et son lien avec un « besoin » des personnes plus ou moins couvert.

Ainsi, nous discutons trois configurations significatives qu'on positionne sur la courbe des coûts : le volume horaire du plan APA moyen exécuté ; le volume horaire maximal d'un plan d'aide APA (volume au plafond légal), en considérant d'une part des aides fournies en mode prestataire, et d'autre part des heures en emploi direct ; et enfin, un volume de référence pour approcher le besoin d'aide, en considérant le volume requis dans l'échelle du GMP.

Tableau I2– Les volumes horaire retenus pour décrire le plan exécuté, saturé et le besoin

Nombre mensuel d'heures		GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
Montant du plan exécuté	Couple	54	36	24	14
	Sans conjoint	62	46	31	16
Saturation du plafond APA	Prestataire ⁽²⁾	73	58	42	28
	Emploi direct ⁽¹⁾	112	91	65	44
Volume de référence	Requis GMP	100	80	65	40

(1) Et (2) : sur la base d'un taux horaire correspondant aux hypothèses retenues (voir infra)

Cela nous permet également d'identifier le volume horaire (généralement supérieur aux volumes horaires effectifs des plans à domicile) dont bénéficierait une personne à domicile si le coût de sa prise en charge était identique à celui observé en moyenne en EHPAD (point de croisement théorique des coûts entre prise en charge à domicile et en Ehpad)

Enfin, la prise en charge à domicile n'est souvent possible que parce que l'implication de l'entourage répond à une part des besoins (qui est couverte par de l'aide professionnelle en EHPAD). Ne pas en tenir compte fausse en partie la comparaison entre les deux modes de prise en charge, nous abordons également ce point.

- Là où la DSS calcule un RAC « conventionnel »² moyen (ou dit légal dans le Repss 2021) nous cherchons ici à tenir compte des revenus et situations conjugales et du coût réel des heures d'aide à domicile pour calculer le coût des prises en charge et sa répartition entre dépenses publiques et privées.

² correspondant aux prestations légales sans tenir compte de l'impact des dépassements par rapport à la tarification du département pour le domicile ni des distinctions liées au statut habilité ou pas des Ehpad,

Encadré I1. Principaux choix conventionnels s'écartant du travail récent réalisé par la DSS

Les coûts présentés dans cette note ont été estimés par le SG du HCFEA. Ces estimations sont conventionnelles, et s'appuient sur des échanges avec la DSS. Les conventions de calcul sont identiques à celles retenues par la DSS dans les comptes de la sécurité sociale 2021³, à quelques exceptions près.

Concernant l'évaluation des coûts à domicile relatifs à l'aide à l'autonomie, la DSS s'appuie sur les dépenses d'APA constatées pour 2019. Elles sont réparties par GIR selon les plans d'aide moyens exécutés. Le SG du HCFEA a adopté une approche différente en considérant différents volumes horaires conventionnels d'aide à domicile (volume horaire du plan d'aide exécuté, du plan d'aide saturé et du plan d'aide « GMP », cf. infra), différents intervenants (prestataire et emploi direct) et en considérant non pas les tarifs de référence mais une estimation du coût moyen de production (24 € pour un service prestataire et 15,5 € pour l'emploi direct). Cette convention conduit à des estimations de coût généralement supérieures à celles de la DSS. A la différence du SG du HCFEA, la DSS inclut par ailleurs une dépense publique moyenne d'hébergement à domicile estimée à 200 €/an par personne (aides au logement).

Concernant l'évaluation des coûts en EHPAD, les estimations présentées ici portent sur l'ensemble des GIR (de 1 à 6) alors que les estimations publiées par la DSS portent sur les GIR 1 à 4 uniquement. Au titre du forfait soin, le SG du HCFEA présente par convention les coûts qui seraient observés si l'ensemble des établissements étaient solvabilisés au niveau du tarif partiel. Le forfait « gîte et couvert » est calculé par le SG du HCFEA sur la base du montant de l'ASPA en 2020, contre 2019 pour la DSS. Le SG du HCFEA inclut une estimation des coûts de construction et de réhabilitation des EHPAD (non pris en compte par la DSS). Ces différences de convention conduisent à de faibles différences de coûts moyen entre les estimations du HCFEA et de la DSS compris entre 1 et 2 % selon les GIR.

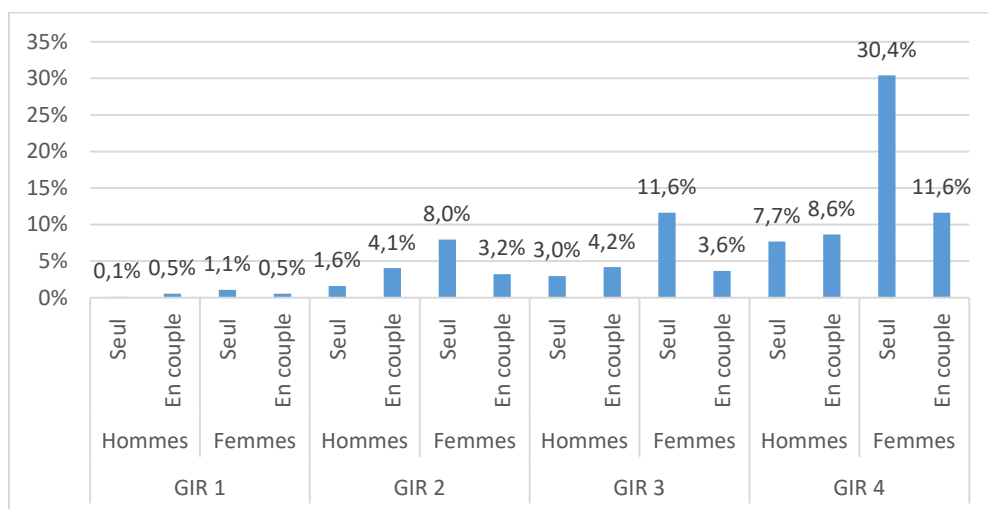
³ Les comptes de la Sécurité sociale, p.144-149 : <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2021/Rapport%20CCSS-Septembre2021.pdf>

I – Caractéristiques des bénéficiaires de l'APA selon le GIR

A. Seul ou en couple

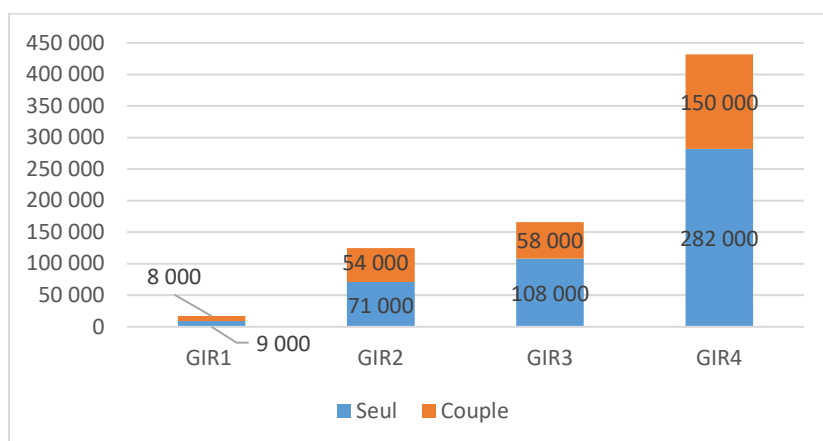
70 % des bénéficiaires de l'APA sont des femmes. Près des deux tiers des bénéficiaires de l'APA à domicile vivent sans conjoint (figure 1 et 2), soit environ 270 000 individus. La vie en couple est plus répandue au sein des GIR 1 et 2, 47% des GIR 1 et 43% des GIR 2 vivent en couple, contre un peu plus d'un tiers au sein des GIR 3 et 4. La vie en couple est très certainement une des conditions permettant le maintien à domicile quand la perte d'autonomie est lourde. Près de 60 % des hommes bénéficiaires de l'APA vivent en couple contre 27% des femmes⁴.

Figure 1 - Répartition par GIR, sexe et statut conjugal (seul ou couple), 2017



Source : RI 2017⁵, open data Drees

Figure 2 - Répartition par GIR et statut conjugal (seul ou couple)



Source: RI 2017, open data Drees

⁴ Ces proportions sont proches de celles observées dans la population des 80 ans et plus. Au recensement de 2017, deux tiers des hommes et un quart des femmes vivent en couple (données population dans son ensemble – à calculer sur population à domicile).

⁵ La structure conjugale pourrait avoir un peu évolué depuis 2017 vers une part de bénéficiaires de l'APA en couple un peu plus importante. Ainsi, entre 2011 et 2017, la part de bénéficiaires de l'APA en couple a augmenté de 4 points (38,5% à 42,4%).

B. Revenus

En moyenne, les bénéficiaires de l'APA perçoivent un revenu mensuel de 1370€⁶. La moitié des bénéficiaires de l'APA perçoivent moins de 1250 €/mois, et les trois quarts moins de 1650 euros. Les 10% les plus aisés perçoivent plus de 2160 euros (tableau 1).

Tableau 1 - Distribution des ressources mensuelles des bénéficiaires de l'APA (en € mensuels), 2017⁷

Caractéristiques	P10	Q1	Médiane	Q3	P90	Moyenne
Ensemble	650	930	1 250	1 650	2 160	1 370

Champ : Bénéficiaires de l'APA à domicile en France entière payés au titre de décembre 2017.

Sources > Remontées Individuelles APA-ASH 2017, DREES.

Ressources	Effectif	Proportion
Inférieures à 803 €	106 000	14,5 %
Entre 803 € et 1000 €	94 000	12,9 %
Entre 1000 € et 1200 €	121 000	16,5 %
Entre 1200 € et 1400 €	115 000	15,8 %
Entre 1400 € et 1600 €	88 000	12 %
Entre 1600 € et 1800 €	63 000	8,6 %
Entre 1800 € et 2000 €	44 000	6 %
Entre 2000 € et 2500 €	58 000	7,9 %
Supérieures à 2500 €	42 000	5,8 %

II – Le coût de la prise en charge à domicile

A. Hypothèses retenues pour les différents types de coûts

1. Coût des soins

On retient quatre types de dépenses (DSS, 2021)⁸: les dépenses de ville en soins infirmiers (actes infirmiers de soins, AIS) : 2,0 Milliards en 2019⁹ ; les dépenses de masseur kiné (AMK) : 500 millions ; orthophonie et psychiatrie : 130 millions, les interventions des SSIAD : 1,6 milliards¹⁰.

⁶ Il s'agit des ressources prises en compte pour le calcul de la participation financière d'un bénéficiaire de l'APA à domicile.

⁷ Julie Latourelle, Layla Ricroch (DREES), 2020, « Profils, niveaux de ressources et plans d'aide des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile en 2017 », Études et Résultats, n°1152, Drees.

⁸ DSS (2021) –Coût de la prise en charge des personnes âgées selon leur degré d'autonomie et leur lieu de résidence » in Rapport de Commission des Comptes de la Sécurité sociale.

⁹ Annexe 10 du PLFSS pour 2021.

¹⁰ Annexe 10 du PLFSS pour 2021. D'autres travaux sont disponibles que nous n'avons pas mobilisés ici (voir annexe).

Les coûts sont ventilés par GIR en utilisant la répartition par GIR de la patientèle des SSIAD (données Drees, 2008¹¹), soit 7 % de GIR 1, 32 % de GIR 2, 27 % de GIR 3, 30 % de GIR 4 (2 % de GIR 5 et 1 % de GIR 6).

Les coûts annuels de soins à domicile varient ainsi de 15 600 € pour un GIR 1 à 2700 € pour un GIR 4 (tableau 2).

Tableau 2 – Coûts annuels des soins par bénéficiaire, selon le GIR, €2019

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Total
AIS	7 400	4 600	3 100	1 300	2 Mds
SSIAD	5 900	3 700	2 500	1 050	1,6 Mds
AMK	1 800	1 200	800	300	500 millions
Orthophoniste + psychiatrie	500	300	200	85	130 millions
Ensemble	15 600	9 800	6 600	2 740	4,23 Mds

2. Les volumes horaires d'aide (plans exécutés, au plafond et au « GMP ») à domicile

Une des difficultés dans la comparaison des coûts de prise en charge selon le lieu de vie réside dans le volume horaire à attribuer aux différents GIR. L'estimation du besoin d'aide est **particulièrement importante dans la comparaison Ehpad et domicile**¹².

On présente ci-dessous trois configurations de plans d'aides (dédoublées en fonction du mode d'intervention : emploi direct ou service prestataire).

a) le volume du plan d'aide exécuté

D'après les Remontées individuelles (RI) APA-ASH de 2017¹³, environ 15 % du plan notifié ne serait pas exécuté¹⁴. On dispose donc de volumes horaires mensuels respectivement égaux à 58, 43, 29 et 16 heures pour les GIR 1, 2, 3 et 4. Par ailleurs, on calcule des montants de plans notifiés selon la situation familiale couple / isolé (tableau 3). On fait enfin l'hypothèse d'un taux de sous-consommation similaire quelle que soit la situation¹⁵.

Encadré 1 : la prise en compte de l'aide informelle du conjoint dans les plans d'aide

La présence d'un conjoint semble prise en compte dans la fixation des plans notifiés, et ce, de manière différente pour les hommes et les femmes. Si pour les bénéficiaires de l'APA sans

¹¹ Études et résultats, n° 739. On pourrait par la suite discuter cette hypothèse de ventilation qui suppose qu'un GIR 1 coûte la même chose qu'un GIR 4 en SSIAD. (par exemple avec l'analyse de coût ATIH 2021 (encore non disponible). Voir travail Karine Chevreul (Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), Le coût de leur prise en charge et ses déterminants ANNEXES) : le coût varierait du simple au double en SSIAD pour les bénéficiaires en GIR 1 et en GIR 4. L'étude ATIH 2021 est censée pallier les limites de cette étude (hypothèses du rapport et nombre de SSIAD considérés).

¹² Il faut s'assurer qu'on est sur des niveaux d'aide à domicile suffisant (en volume, en qualité, en aide technique, en aides à l'habitat...). Demeurera de toute manière la question de la satisfaction des besoins d'aide en Ehpad (dont on peut penser qu'ils ne sont pas forcément satisfaits – taux d'encadrement trop faibles par exemple).

¹³ ER 1153, juin 2020, Arnault et Roy.

¹⁴ D'après les RI APA-ASH, 2017 (ER 1153), le taux de sous-exécution est décroissant avec le niveau de perte d'autonomie. Ainsi, 49% des bénéficiaires en GIR4 sous-consomment et lorsqu'ils le font, la part non-consommée est d'environ un tiers. En GIR 1, ce sont 39% des bénéficiaires qui sous-consomment d'environ 34%. Ainsi, le taux de sous-exécution est de 13,3% en GIR 1 et de 16,2% en GIR4.

¹⁵ En effet, d'après Arnault (2020), en 2011, « la part d'individus qui sous-consomment ne diffère pas sensiblement selon le GIR. Elle est légèrement plus élevée chez les hommes et chez les bénéficiaires vivant en couple ». On affinera cette hypothèse dans une version ultérieure.

conjoint, les montants de plan d'aide sont équivalents quel que soit le sexe, les femmes en couple ont un plan d'aide notifié plus important que les hommes en couple¹⁶. Ainsi, en GIR 1/2, le volume horaire médian (notifié) d'un homme en couple est inférieur de 14 heures lorsqu'il est en couple en comparaison d'une situation sans conjoint (tableau 3) (l'écart est de 8 heures pour les femmes), soit environ un quart du montant du plan en moins. En GIR 3, c'est 13 heures de moins (7 heures de moins pour les femmes), soit un tiers de plan en moins et en GIR 4, 4 heures de moins, soit un peu moins de 20 % du plan. On ne dispose pas de la désagrégation GIR 1 et GIR 2. Le fait d'être en couple contre seul semble moins affecter le volume horaire du plan médian pour les femmes¹⁷.

On retrouve ces résultats dans les travaux récents d'Arnault et Wittwer (2021). Ainsi, l'écart plus marqué dans les volumes de plans d'aide notifiés des bénéficiaires en couple ou non selon le sexe peut refléter le fait que les femmes sont supposées pouvoir apporter davantage d'aide informelle à leur conjoint que les hommes. Elles sont également en meilleure santé que leurs conjoints en moyenne à âge donné. Il faut noter chez Arnault et Wittwer (2021)¹⁸ la disponibilité des résultats désagrégés pour les GIR1 et 2 qui permettent de mettre en évidence que cette différence entre couple et non couple est plus élevée au sein des GIR2 que des GIR1. Les auteurs indiquent que les besoins en GIR1 sont très importants et conduisent à un lien moins fort entre volume d'aide et présence d'un conjoint.

Tableau 3 – Volume horaire moyen exécuté selon le GIR en 2017

	GIR1	GIR2	GIR 3	GIR 4
plafond plan aide APA 2021 en €/mois	1747,58	1403,24	1013,89	676,3
plafond plan aide APA 2017 en €/mois	1714,79	1376,91	994,87	663,61
plan aide APA notifié 2017 en €/mois	1270	960	670	370
Montant plan APA exécuté en €/mois (1)	1050	785	536	294
nb heures	59	43	29	16

Sources : PLFSS 2022, p. 67 (montants plafonds plan aide APA) et 68 (plan APA exécuté)

Montant réel comprenant aide humaine et aide technique

Tableau 4 – Volume horaire exécuté selon le GIR et le statut conjugal, en 2017

	Volume moyen exécuté ⁽³⁾	
	Couple	Sans conjoint
GIR 1	54	62
GIR 2	36	46
GIR 3	24	31
GIR 4	14	16

(1) Calcul SG HCFEA : on utilise les données d'Arnault et Wittwer (2021) et d'Arnault (2020) pour calculer des volumes horaires de plan d'aide selon la situation en couple ou sans conjoint¹⁹ à

¹⁶ Arnault, 2020

¹⁷ Les écarts entre les volumes horaires des plans selon la situation conjugale demeurent à GIR donné lorsqu'on contrôle d'un certain nombre de caractéristiques (Arnault, 2020).

¹⁸ L. Arnault et J. Wittwer, 2021, « Effet de la réforme de l'APA à domicile de 2015 sur les plans d'aide notifiés aux bénéficiaires », Economie et Statistique, n° 524-525

¹⁹ L. Arnault et J. Wittwer, 2021, *op. cité*

L. Arnault, 2020, « Une comparaison des plans d'aide notifiés et consommés des bénéficiaires de l'APA à domicile en 2011 », Les Dossiers de la Drees n° 59

partir des heures moyennes du plan exécuté : la clé de répartition couple / conjoint provient de données 2011

b) le volume horaire d'aide qui « sature » le plafond APA

Pour calculer le volume horaire correspondant à la saturation des plans APA, il est nécessaire de définir un coût de valorisation des heures. On retient :

- En emploi direct : 15,5 € mensuels. Ce tarif correspond environ au salaire super-brut versé par les bénéficiaires de l'APA²⁰.
- Services prestataires : 24 € (voir infra pour les hypothèses de tarification).

Tableau 5 – Volume horaire qui « sature » le plan APA, selon le GIR, hypothèse de 15,5 € en emploi direct et 24 € en prestataire

GIR	Montant du plafond € mensuels (1 ^{er} janvier 2021)	Nombre d'heures	
		Prestataire	Emploi direct
1	1747,58	73	112
2	1403,24	58	91
3	1013,89	42	65
4	676,3	28	44

Calcul SG HCFEA

Dans cette modalisation l'intégralité du plan sert à rémunérer des heures d'aides humaines, ce qui n'est pas choquant étant donné que malgré la progression importante de l'aide technique ces dernières années l'aide humaine représente 92% des plans APA en valeur.²¹

On ne représente pas un volume représentatif de la réalité « moyenne » qui combine les deux types de recours (le ratio heures en emploi direct/nombre d'heures prestataire augmente quand on passe de GIR4 à GIR1) : en termes d'interprétation (voir partie IV) une telle composition se « lit » dans l'intervalle entre les deux courbes prestataires et emploi direct (infra), mais nous ne l'avons pas explicitement étudiée ici.

c) un nombre d'heures au-delà du plafond correspondant aux besoins estimés en établissement

Des travaux²² ont été menés, en établissement, afin d'estimer pour chaque GIR le temps de soins d'accompagnement de la perte d'autonomie (ou soins de base) qui serait requis²³. Le volume ainsi requis dans l'échelle du GMP indique un nombre d'heures nécessaire par GIR : « À chaque groupe iso-ressources correspond un coefficient de pondération (un GIR 1 imposant 3 heures 30 de soins de base²⁴ [aide aux actes essentiels de la vie et soins d'hygiène] (et relationnel) par jour). ». Un GIR 1 aurait ainsi besoin de 24,5 h/semaine

²⁰ D'après les données de l'Acoss. Ce tarif correspond au SMIC majoré de 20%.

²¹ ER 1214

²² ÉTUDE PATHOS SUR L'ÉCHANTILLON "ERNEST" 2001, Dr Patrice Prévost Dr Claire Vuillemin Dr Pierre Fender CNAMTS / DSM - février 2003.

²³ « Il convient toutefois de garder à l'esprit que cette grille a été estimée sur la base d'un échantillon seulement, dans le cadre de travaux réalisés au début des années 2000 : l'utilisation qui en est faite dans le cadre de la présente étude reste donc exploratoire, du fait de la fragilité inhérente à toute estimation », doc Drees.

²⁴ Les aides-soignants, les auxiliaires de vie (AVS) et les aides médico-psychologiques (AMP) sont censés se concentrer sur les soins de base.

d'assistance (soit environ 100 h/mois), un GIR 2 de 20,2 h (soit environ 82 h/mois), un GIR 3 de 16,2 h (soit environ 66 h/mois) et un GIR 4 de 10,3 h (soit environ 42 h/mois).

Si on considère que ces besoins estimés correspondent aux actes essentiels de la vie et soins d'hygiène, il faudrait ajouter des heures pour la prise en charge des tâches correspondantes aux AIVQ et retrancher les heures prises en charge par les AIS.

Tableau 6 – Récapitulatif des scénarios de volume horaire retenus

Nombre mensuel d'heures		GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
Montant du plan exécuté	Couple	50	37	24	16
	Sans conjoint	62	46	31	16
Saturation du plafond APA	Prestataire ⁽¹⁾	73	58	42	28
	Emploi direct ⁽¹⁾	112	91	65	44
Evaluation GMP		100	80	65	40

(1) les tarifs retenus pour calculer le volume horaire dans le cadre du plan APA sont respectivement de 15,5 € en emploi direct et 24 € en prestataire.

(1) Etude Pathos

(2) La ligne « en établissement » peut être rapprochée de la ligne « sans conjoint » du tableau 6.

3. Coût de l'aide à l'autonomie à domicile pour différentes configurations et tarifications

On va présenter dans un graphique les coûts en ordonnées, calculés comme une fonction du volume horaire presté (représenté en abscisse)²⁵. On ajoute pour ce faire les coûts de soin et les coûts d'aide à domicile.

Les coûts d'aide à domicile sont calculés à partir des tarifs suivants :

- Pour les services prestataires, on retient un tarif de 24 €/heure. On sait peu de choses sur les dépassements actuels (au sens de l'écart entre le prix facturé et le tarif de prise en charge par le département), leur niveau et ampleur, à la fois pour les Saad mais aussi pour l'emploi direct. Il est indiqué dans le rapport HCFEA (2020)²⁶ que « *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. » Dans notre hypothèse à 24 €, on va supposer qu'il n'y a pas de dépassement, on traitera dans la partie IV une sensibilité au dépassement.

- Concernant l'emploi direct, certains départements ont des tarifs de valorisation très faibles et il existe très certainement un écart non négligeable avec le salaire effectivement versé par les bénéficiaires de l'APA. Ne disposant pas d'informations précises, on retient à ce stade une hypothèse de coût d'emploi direct de 15,5 € correspondant à ce qui est facturé en moyenne dans les données disponibles (Nous n'avons pas à ce stade considéré que ce prix donnait lieu à un dépassement pour les bénéficiaires de l'APA, mais des variantes en ce sens pourront être calculées).

²⁵ On n'analyse ici que les dépenses réellement exposées (débours effectifs des ménages et des payeurs publics). La question de la sensibilité des coûts aux hypothèses de dépassements sera traitée dans la partie IV.

²⁶ Le recours des personnes âgées vulnérables aux emplois et services d'aide à domicile.

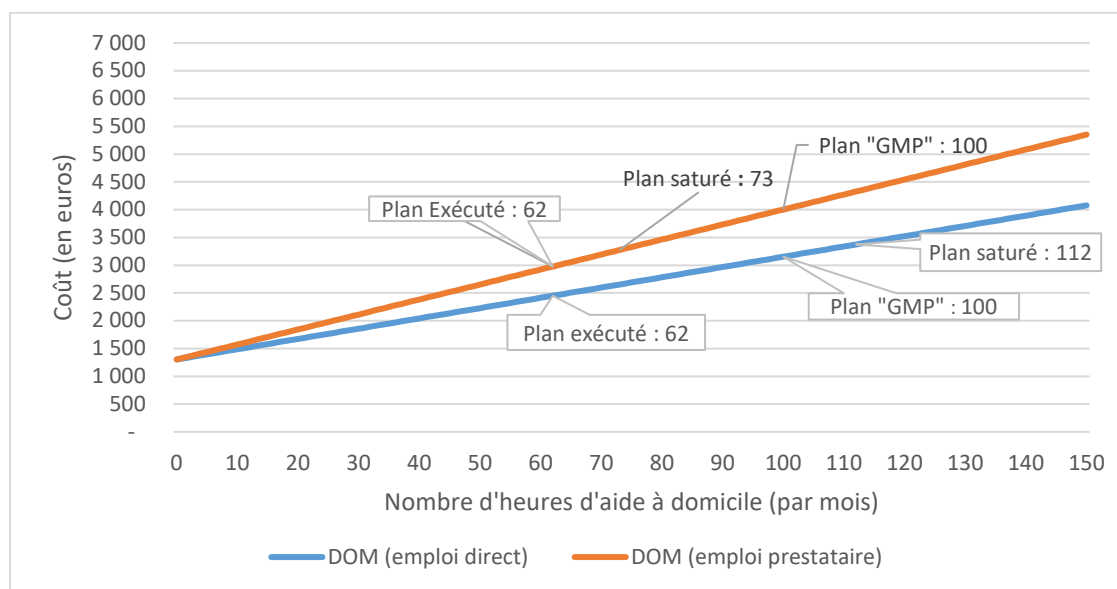
B - Résultats : coût de prise en charge d'une personne à domicile selon le GIR

1. Bénéficiaire de l'APA en GIR 1 à domicile

On fait figurer sur la figure 4 le coût mensuel de prise en charge d'un GIR 1 sans conjoint²⁷ en fonction du volume horaire d'aide à domicile pour une telle situation de couple (62H00) et des coûts de santé de 1 303€²⁸.

Les coûts au niveau du volume de plan exécuté sont respectivement de 2 450 € (emploi direct) et de 2 977 € (mode prestataire). Au niveau du plan saturé ils sont de 3274 € et 3375 € et ²⁹. Au niveau du plan « GMP », ils sont de respectivement 3 153 et 4003 €.

Figure 3 - Coût mensuel moyen d'un bénéficiaire de l'APA en GIR1 (sans conjoint), selon le volume d'aide à domicile, selon le volume mensuel d'aide, €2019



Note de lecture – Au volume horaire correspondant au montant du plan exécuté (62 heures mensuel), les coûts d'un bénéficiaire de l'APA à domicile sont alors respectivement de 1303 € de santé, 1147 € d'aide à domicile (si emploi direct) ou 1674 € si service prestataire. Le total des coûts est donc de 2 450 € si le mode d'intervention à domicile est l'emploi direct et de 2 977 € si le bénéficiaire APA recourt à un service prestataire.

2. Bénéficiaire de l'APA en GIR 2 à domicile (sans conjoint)

On fait figurer sur la figure 4 le coût mensuel de prise en charge d'un GIR 2 sans conjoint en fonction du volume horaire d'aide à domicile, selon le mode d'intervention. Le reste des coûts est supposé fixe. Ils s'élèvent à 812 € de coûts de santé. Comme indiqué ci-dessus, on retient trois configurations de volume horaire d'aide à domicile. Les coûts d'accompagnement au niveau du volume de plan exécuté sont respectivement de 1 660 € si le mode d'intervention à domicile est l'emploi direct et de 2 050 €; au niveau du plan saturé de

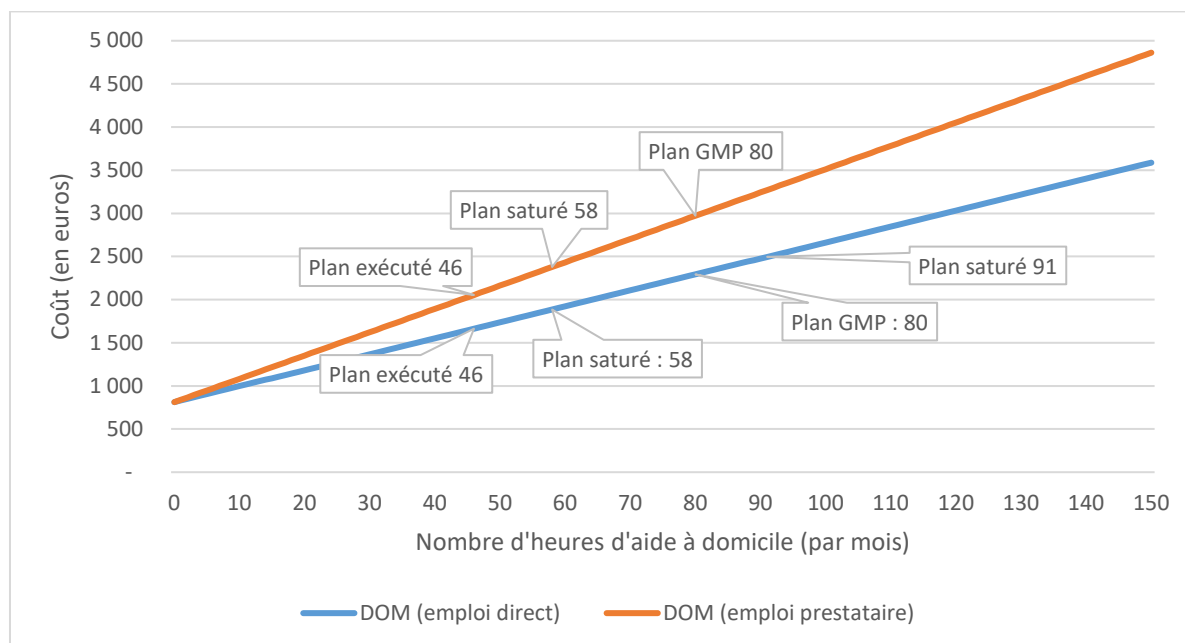
²⁷ Le calcul du coût en lui-même ne dépend pas de la situation conjugale. Dans notre modèle, l'impact de la situation conjugale n'apparaît qu'au travers du nombre d'heures utilisées qui lui diffère selon qu'on soit en couple ou isolé. Pour ne pas surcharger le graphique nous n'avons pas indiqué le point du plan exécuté en couple, qui correspondrait à 50 heures, mais il suffit de le lire sur le graphique.

²⁸ On ne sait pas si les dépenses de santé (dont une partie d'AIS) sont indépendantes du volume horaire d'aide à domicile, et nous n'avons donc pas intégré un tel effet potentiel.

²⁹ Le coût en emploi direct est ici un peu plus élevé en raison des exonérations de cotisations patronales qui portent sur un nombre d'heures plus élevé dans le plan saturé en emploi direct.

respectivement 2500 € et 2380 €³⁰ et au niveau du plan « GMP », de respectivement 2 290 et 2970 €

Figure 4 - Coût mensuel moyen d'un bénéficiaire de l'APA en GIR2 (sans conjoint), selon le volume mensuel d'aide à domicile, €2019



3. Bénéficiaire de l'APA en GIR 3 à domicile (sans conjoint)

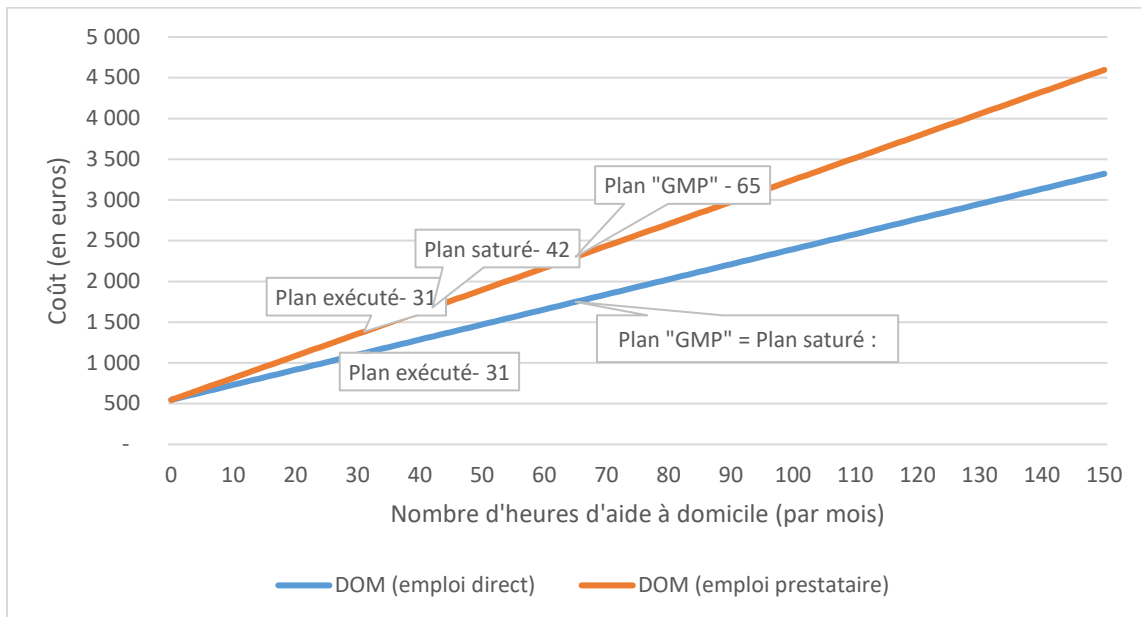
On fait figurer sur la figure 5 le coût mensuel de prise en charge d'un bénéficiaire de l'APA en GIR 3 sans conjoint en fonction du volume horaire d'aide à domicile, selon le mode d'intervention. Le reste des coûts est supposé fixe. Ils s'élèvent à 547 € de coûts de santé³¹. Comme indiqué ci-dessus, on retient trois configurations de volume horaire d'aide à domicile. Les coûts d'accompagnement au niveau du volume de plan exécuté sont respectivement de 1 120 € si le mode d'intervention à domicile est l'emploi direct et de 1 380 €; au niveau du plan saturé de respectivement 1 750 € et 1680 €³² et au niveau du plan « GMP », de respectivement 1 750 et 2300 €

³⁰ Le coût en emploi direct est ici un peu plus élevé en raison des exonérations de cotisations patronales qui portent sur un nombre d'heures plus élevé dans le plan saturé en emploi direct.

³¹ Dépendance des dépenses de santé (dont une partie d'AIS) au volume horaire d'aide à domicile à examiner le cas échéant.

³² Le coût en emploi direct est ici un peu plus élevé en raison des exonérations de cotisations patronales qui portent sur un nombre d'heures plus élevé dans le plan saturé en emploi direct.

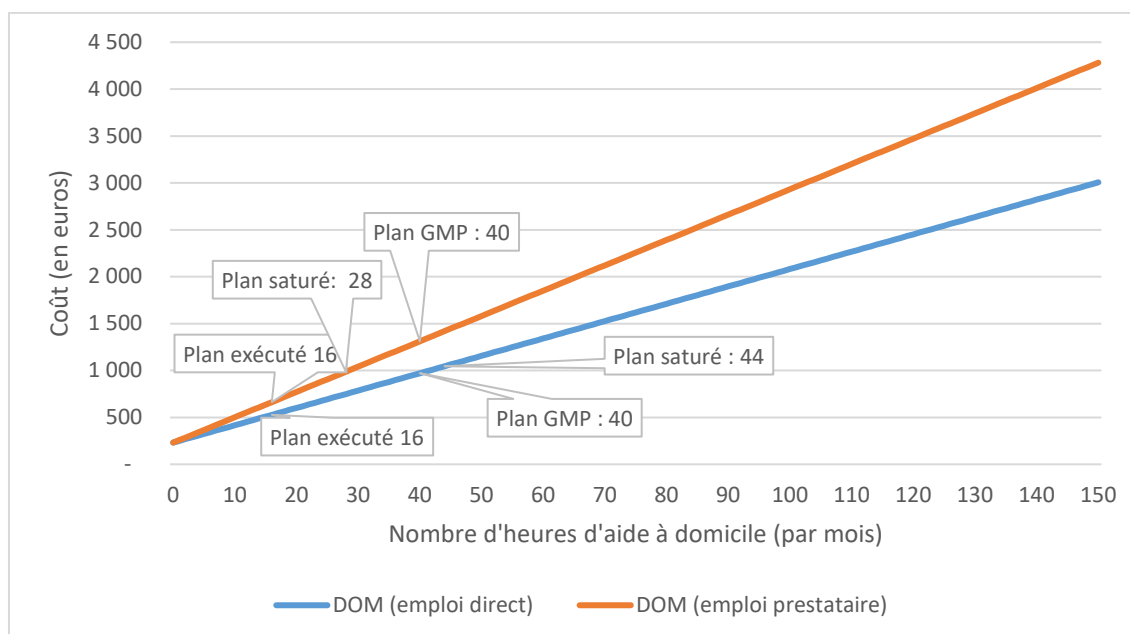
Figure 5 - Coût mensuel moyen d'un bénéficiaire de l'APA en GIR3 (sans conjoint), selon le volume mensuel d'aide à domicile, €2019



4. Bénéficiaire de l'APA en GIR 4 à domicile (sans conjoint)

On fait figurer sur la figure 7 le coût mensuel de prise en charge d'un GIR 4 sans conjoint en fonction du volume horaire d'aide à domicile, selon le mode d'intervention. Le reste des coûts est supposé fixe. Ils s'élèvent à 231 € de coûts de santé. Comme indiqué ci-dessus, on retient trois configurations de volume horaire d'aide à domicile. Les coûts d'accompagnement au niveau du volume de plan exécuté sont respectivement de 530 € si le mode d'intervention à domicile est l'emploi direct et de 660 € ; au niveau du plan saturé de respectivement 1040 € et 990 €³³ et au niveau du plan « GMP », de respectivement 970 et 1330 €

Figure 6 - Coût mensuel moyen d'un bénéficiaire de l'APA en GIR4 (sans conjoint), selon le volume mensuel d'aide à domicile, €2019



C. Dépense publique et partage des coûts

a) Les dépenses publiques retenues

Tableau 7– Dépenses publiques³⁴

Dépenses	Prestations
Perte d'autonomie	APA Crédit d'impôt Exos de cotisations patronales (emploi direct et services) ³⁵
Soins	Infirmier libéral AIS SSIAD AMK, Orthophonie, psychiatre

³³ Le coût en emploi direct est ici un peu plus élevé en raison des exonérations de cotisations patronales qui portent sur un nombre d'heures plus élevé dans le plan saturé en emploi direct.

³⁴ taux de TVA réduits sur les services prestataires : faut-il les inclure ?

³⁵ Nous avons pour l'instant laissé de côté la ½ part invalidité. Nous la réintégrerons par la suite.

b) dépenses privées

Le reste à charge des allocataires comprend :

- La participation nette du crédit d'impôt de l'allocataire qui dépend des revenus et du GIR pour l'aide à domicile (le taux de participation pour l'aide à domicile est de 0% pour des ressources mensuelles de 800€ et de 90% au-delà de 3100€).
- Les dépassements des tarifs de services à domicile par rapport au tarif accordé par le département pour les plans APA

D. le problème de l'aide informelle

On sait que les allocataires à domicile bénéficient d'une puissante aide de leurs proches non valorisée dans l'analyse présentée au B. Elle représenterait le double du volume horaire de l'aide professionnelle, pour certains³⁶.

Volume horaire Les données dont nous disposons permettent d'estimer par exemple un nombre d'heures informelles de 88 H /mois en GIR 3 et une centaine d'heures en GIR2 (en moyenne 160 h entre GIR 1 et GIR 2)

Tableau 8 – volume d'aide informelle selon le GIR pour des seniors aidés par l'entourage ou par un professionnel pour les activités de la vie quotidienne, résidant à domicile en France métropolitaine (2)

	Hebdomadaire Par l'entourage
GIR estimé 1-2	35h40
GIR estimé 3	19 h 35
GIR estimé 4	5 h 55

(2) Mathieu Brunel, Julie Latourelle et Malika Zakri, ER 1103.

Note : La médiane du volume total déclaré n'est pas égale à la somme des volumes d'aide apportée par l'entourage et par les professionnels.

Champ : Individus de 60 ans ou plus aidés par l'entourage ou par un professionnel pour les activités de la vie quotidienne, résidant à domicile, France métropolitaine.

Source : DREES, enquête Capacités, aides et ressources des seniors (CARE) – volet Ménages, 2015.

Valorisation au tarif minimum de la PCH

On pourrait calculer un dédommagement de l'aidant informel (très souvent un conjoint inactif) et retenir un niveau d'indemnisation de 4,06 €, correspondant à l'indemnisation de la PCH pour un proche. Si l'on devait indemniser cette aide de façon intégrale – ce qui est hautement discutable -, cela constituerait un niveau de dépense de près de 9000€/an en GIR 1, 7500 €/an en GIR 2, 4200 €/an pour un GIR 3, et 1300 €/an en GIR 4, soit un total annuel de 2,3 Mrds€ sachant qu'il s'agit d'une dépense à 100% publique.

On abordera dans la quatrième partie de cette note la comparaison de dépenses publiques EHPAD/domicile et l'analyse des restes à charge tenant compte de la situation d'un bénéficiaire de l'APA en couple ou isolé et pour différents volumes horaires d'aide. On discutera alors du volume d'aide informelle qui pourrait faire l'objet d'un dédommagement et viendrait augmenter d'autant le plan APA (et la dépense publique).

³⁶ Références enquête CARE 2015

III – Coût d’une prise en charge en Ehpad

A. Coût moyen d’une prise en charge en Ehpad et coût moyen par GIR

1. Coût des soins

En 2018, les dépenses de soins en Ehpad représentaient 8,6 Md€³⁷, pour 594 700 lits³⁸. En supposant un taux d’occupation de 97 %, la dépense de soins moyennes par résident est estimée à 1 242 €/mois. Le panier de soins couverts n’est cependant pas identique dans tous les Ehpad (cf. annexe II). Si on prend comme référence le panier de soin correspondant au tarif partiel sans pharmacie à usage interne (situation caractérisant près de trois Ehpad sur quatre), le coût moyen est alors estimé à **1 167 €/mois** (cf. annexe II).

On peut estimer le coût moyen par GIR en s’appuyant sur l’équation tarifaire³⁹ servant à calculer la dotation soin reçue par chaque établissement, équation supposée traduire le coût moyen en soin caractérisant chaque GIR.

On estime alors (calcul détaillé dans l’annexe II) que le coût moyen des soins varie selon le GIR de la manière suivante ⁴⁰ :

Tableau 9 – Coût moyen soins par GIR (€/mois)

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Moyenne
SOINS	1 544	1 325	1 080	753	520	272	1167

2. Coût des aides à l’autonomie

Le coût des aides à l’autonomie est supposé correspondre au tarif dépendance. On considère ici les tarifs dépendance médians de 2019⁴¹, faute de données récentes publiées par la CNSA sur les tarifs moyens :

- GIR 12 : 624 €/mois
- GIR 34 : 396 €/mois
- GIR 56 : 168 €/mois

Compte tenu de la distribution par GIR⁴² observée dans les Ehpad, le tarif dépendance moyen est estimé à 499 €/mois.

3. Coût hébergement

Le tarif hébergement moyen est de 66€/jour (chiffre DSS), soit 1 980 €/mois.

Il est indépendant du GIR.

³⁷ TEF, édition 2020 – Insee Référence

³⁸ Les dépenses de santé en 2018-Edition 2019-Drees

³⁹ L’équation tarifaire servant au calcul des ressources allouées à un Ehpad pour couvrir les prestations de soin est la suivante :

$$[(GMP + PMP \times 2.59) \times \text{capacité autorisée et financée HP} \times \text{valeur du point}]$$

Le classement GIR donne lieu à 1 cotation : GIR 1 = 1000 points, GIR 2 = 840 points, GIR 3 = 660 points, GIR 4 = 420 points, GIR 5 = 250 points, GIR 6 = 70 points. Le nombre de points du GMP est obtenu à partir de la formule suivante :

GMP=Montant des points de l’établissement/nombre de résidents.

⁴⁰ Estimation qui tient compte de la corrélation entre GMP et le PMP au sein d’un même établissement.

⁴¹ Source : https://www.cnsa.fr/documentation/analyse_statistique_prix_2019_des_ehpad_vf.pdf.

⁴² Répartition GIR selon EHPA 2015 : 54 % de GIR 12, 37 % GIR 34, 9 % GIR 56.

Soulignons que ce coût inclut les dépenses de gîte et de couvert (G&C) que le résident aurait supporté s'il était resté à domicile. En retenant par convention un forfait « gîte et couvert » de 816 €/par mois (90 % de l'ASPA), le coût moyen de l'hébergement en Ehpad net des dépenses de gîte et de couvert est ramené à 1 164 €/mois.

4. Coût de construction et de réhabilitation

Il convient également de tenir compte des aides publiques à l'investissement (construction, rénovation, réhabilitation) qui concourent au financement du coût des Ehpad. Il n'existe cependant pas de données consolidées récentes sur la valeur des différentes aides publiques à l'investissement. On estime à ce stade, chiffre à préciser (cf. annexe), que ces financements représentent au total un montant proche de 300 M€ par an (dont 100 M€ dans la cadre des PAI, 100 M€ des conseils départements et régionaux et 100 M€ d'aides diverses), soit en moyenne 42 €/mois par place. La prise en compte des taux réduits de TVA et des exonérations de taxe foncière permises par l'octroi de certains prêts d'état pourrait renchérir ce montant, mais pour des montants qui reste à préciser.

5. Bilan : coût moyen d'une prise en charge en Ehpad, par GIR

On estime à 3 688 €/mois le coût moyen d'une prise en charge en EHPAD. Si on exclut les dépenses de gîte et de couvert, fixées par convention à 90 % de l'ASPA (816 €/mois), le coût total moyen est ramené à 2 872 €/mois. C'est l'approche qui permet le plus aisément la comparaison avec la prise en charge à domicile.

Ce coût varie selon le GIR de la personne accompagnée. Hors dépenses de gîte et de couvert, le coût moyen de prise en charge d'une personne en GIR 1 est supérieur de 7 % à celui d'une personne en GIR 2, 26 % à celui d'une personne en GIR3 et 43 % à celui d'une personne en GIR 4.

Tableau 10 – Coût total moyen par GIR (en €/mois)

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Moyenne
Soins	1 544	1 325	1 080	753	520	272	1 167
Dépendance	624	624	396	396	168	168	499
Hébergement	1 980	1 980	1 980	1 980	1 980	1 980	1 980
Aide Pub. à l'investissement	42	42	42	42	42	42	42
TOTAL (G&C inclus)	4 190	3 971	3 498	3 171	2 710	2 462	3 688
TOTAL (G&C exclus)	3 374	3 155	2 682	2 355	1 854	1 646	2 872

Note : Gîte et couvert fixé par convention à 90 % de l'ASPA (816 € par mois)

Le coût annuel ainsi obtenu reste très proche de celui calculé de son côté par la DSS (1% d'écart pour GIR 1 à 3 et 2% en GIR 4) dans le PLFSS p.67

B. Partage des coûts

On étudie ici la manière dont le coût moyen de prise se répartit entre financeurs et à la manière dont cette répartition varie selon le GIR, le revenu et le patrimoine du résident.

1. Aides publiques

* Section Soins

Elle est couverte à 100 % par les finances publiques, quels que soient le niveau de dépendance, le revenu, le patrimoine et la configuration familial du résident.

* Section Dépendance

Le tarif de la section dépendance est partiellement couvert par l'APA.

Le montant de l'APA dépend du niveau de dépendance, l'APA reçu par un résident étant égal à la différence entre le tarif dépendance correspondant à son GIR et le tarif dépendance appliqué au GIR 5-6.

Tous les résidents s'acquittent du tarif dépendance appliqué au GIR 5 et 6 (talon dépendance), égal à 5,53 €/ jour (tarif médian) en 2019, soit 168 €/mois. Pour les allocataires de l'ASH, cette dernière couvre généralement le talon dépendance dans une majorité des cas⁴³.

Le barème de l'APA en établissement prévoit également un reste-à-charge additionnel si les ressources sont supérieures à 2 487 €/mois (la participation du bénéficiaire augmente avec le revenu, jusqu'à 80 % du montant de l'APA). Ce RAC additionnel concerne moins de 10 % des allocataires en Ehpad et n'est généralement pas appliqué (Drees 2015, *Etudes & Résultats*, n° 909). Il n'est ici pas pris en compte. L'APA est ainsi supposée indépendante du revenu des résidents. L'APA ne prévoit aucun recours en récupération : la couverture publique par l'APA est ainsi indépendante du patrimoine du résident.

*Section Hébergement

Elle est à la charge du résident qui peut éventuellement bénéficier de l'ASH, de l'AL et de la RI. Aucune de ces aides publiques n'est liée au niveau de dépendance. Elles dépendent en revanche du revenu et du patrimoine des résidents :

- RI et AL dépendent du revenu
- ASH nette (c'est-à-dire après récupération) dépend du revenu et du patrimoine

La RI et l'ASH sont par convention associées à la section hébergement, bien qu'elles couvrent également pour partie le talon dépendance.

⁴³ L'ASH couvre aussi généralement les frais de tutelle, le coût des complémentaires santé, les prélèvements fiscaux ou des frais plus ponctuels (frais d'obsèques, dettes de loyer, frais d'appareillage dentaire ou auditif, pension alimentaire...). Cf. rapport du HCFEA (2020) sur L'obligation alimentaire, la récupération sur succession et leur mise en œuvre dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement.

2. Couverture publique moyenne par résident du coût de prise en charge en Ehpad

On ne dispose pas de données individuelles représentatives des résidents d'Ehpad sur le revenu et le patrimoine. On estime donc la couverture publique moyenne à partir des données macro (exemple : dépenses d'ASH), qu'on divise par le nombre de résidents.

Tableau 11– Dépenses publiques de prise en charge en EHPAD

	Dépenses publiques (2019)	Dépenses publiques moyenne par résident*
Dotations soins	8,1 Md€	1 167 €/mois
APA**	2,3 Md€	331 €/mois
ASH	1,3 Md€	187 €/mois
Réduction d'impôt	0,3 Md€	43 €/mois
Aide au logement	0,3 Md€	57 €/mois
Aide publique à l'investissement	0,3 Md€	42 €/mois
Total	12,5 Md€	1 827 €/mois

Note : calcul du SG du HCFEA

* estimation sur la base de 580 000 résidents en EHPAD

**les dépenses d'APA en établissement sont estimées à 2,5 Md€ (données aides sociales, 2019, Drees). Il convient d'exclure le montant alloué aux résidents d'USLD, qu'on estime à 0,2 Md€⁴⁴, ce qui ramène à 2,3 Md€ l'APA dont bénéficient les résidents en Ehpad⁴⁵.

La dépense publique, d'un montant égal à 1 827 €/mois, couvre en moyenne 50 % du coût de la prise en charge en Ehpad (dépenses de gîte et de couvert incluses), le reste (1861 €/mois, 50 %) restant à la charge des résidents.

3. Par GIR

La couverture publique des dépenses d'hébergement dépend du revenu du résident. Faut de données consolidées sur le lien entre revenu et niveau de dépendance des résidents en Ehpad, on supposera que la distribution des revenus est la même pour tous les GIR.

Les dépenses publiques augmentent avec le GIR de manière à ce que chaque résident ait (toutes choses égales par ailleurs) un RAC identique quel que soit son GIR (1 861 €/mois). Le taux de couverture publiques des dépenses de prise en charge varie ainsi de 26 % pour un GIR 6 à 57 % pour un GIR 1.

⁴⁴ Calcul 1 : 5 % des places (Ehpad et USLD) sont des places USLD.

⁴⁵ Montant parfaitement cohérent avec celui obtenu à partir du nombre de résidents par GIR et des tarifs dépendance en 2019.

$(624 \text{ €} - 168 \text{ €}) \times 12 \text{ mois} \times 580000 \text{ résidents} \times 0,54 \% + (396 \text{ €} - 168 \text{ €}) \times 12 \text{ mois} \times 580000 \text{ résidents} \times 0,37 \% = 2,3 \text{ Md€}$

Tableau 12 – Répartition du coût, dépenses de gîte et couvert incluses, en €/mois

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Moyenne
Coût							
Soins	1 544	1 325	1 080	753	520	272	1 167
Dépendance	624	624	396	396	168	168	499
Hébergement	1 980	1 980	1 980	1 980	1 980	1 980	1 980
Aide Pub. Invest.	42	42	42	42	42	42	42
TOTAL	4 190	3 971	3 498	3 171	2 710	2 462	3 688
Dépenses publiques							
Soins	1 544	1 325	1 080	753	520	272	1 167
Dépendance	456	456	228	228	0	0	331
Hébergement	287	287	287	287	287	287	287
Aide Pub. Invest.	42	42	42	42	42	42	42
TOTAL	2 329	2 110	1 637	1 310	849	601	1 827
A la charge du résident							
TOTAL	1 861	1 861	1 861	1 861	1 861	1 861	1861

Note : à partir des tarifs dépendance et hébergement moyens et des dépenses publiques de soins, d'APA, d'ASH, de RI et d'AL. La section soin correspond par convention à un panier au tarif partiel sans pharmacie à usage interne.

4. Par revenu et patrimoine

84 % des aides publiques (dotations soins, APA et aide publiques à l'investissement) couvrant les frais de séjour ne dépendent pas du revenu et du patrimoine du résident. Pour étudier la manière dont le reste (16 %) dépend du revenu et du patrimoine du résident, il convient de distinguer la situation des résidents occupant une place habilitée à l'aide sociale de ceux n'occupant pas une place habilitée à l'aide sociale. Seuls les résidents occupant une place habilitée à l'aide sociale peuvent bénéficier de l'ASH⁴⁶.

On comptait en 2015 près de 442 000 places habilitées sur un total de 598 000, soit 74 % des places. La proportion de places habilitées varie fortement selon le statut juridique des Ehpad, allant de 98 % dans les Ehpad publics à 12 % dans les Ehpad privés lucratifs.

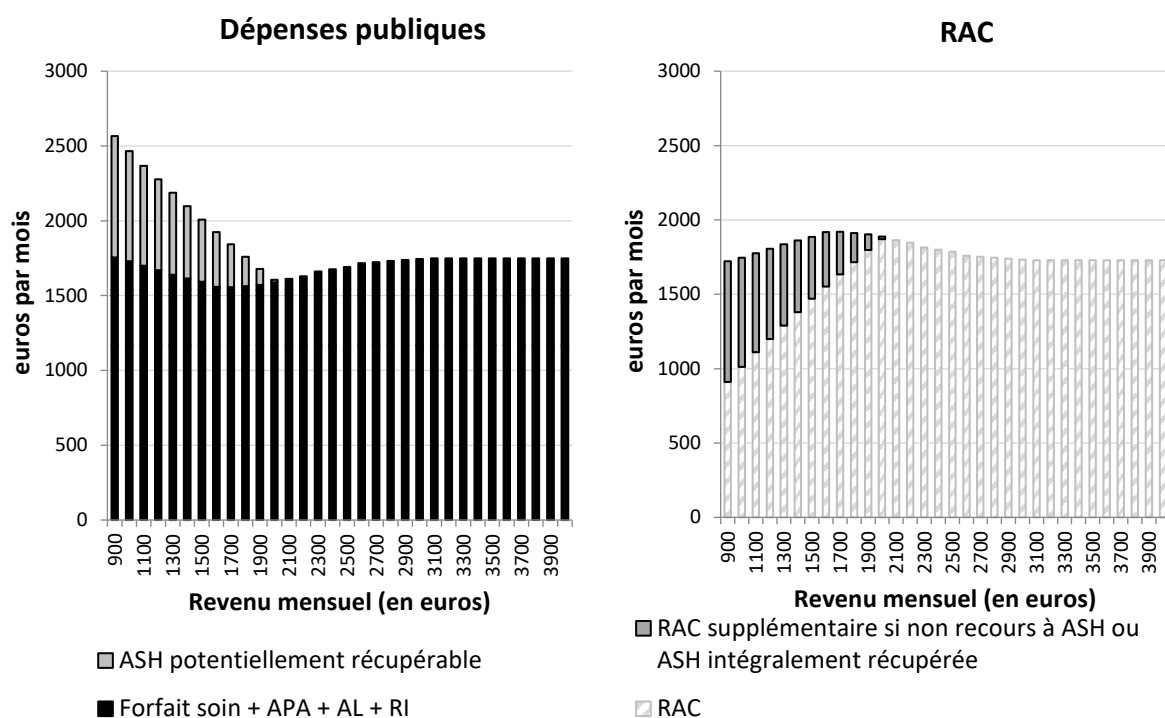
a) résidents occupant une place habilitée à l'aide sociale

Le graphique 7 présente les dépenses publiques (moyenne sur l'ensemble des GIR) pour un résident occupant une place HAS au tarif de 57,97 €/jour (tarif médian en 2019). Pour faciliter la comparaison avec les autres situations, on considère des résidents avec un revenu variant de 900 €/mois à 4 000 €/mois, même si cette situation caractérise vraisemblablement peu les résidents les plus aisés, qui occupent davantage de places non habilitées à l'aide sociale.

Les graphiques par GIR sont présentés dans l'annexe.

⁴⁶ À titre dérogatoire, un résident peut bénéficier de l'ASH sans occuper une place habilitée s'il a séjourné dans un établissement à titre payant durant au moins cinq ans et si ses ressources ne lui permettent plus d'assurer le financement de ses frais de séjour.

Figure 7 Partage du coût d'une place habilitée à l'aide sociale (tarif médian=57,97 €/jour)



Note : simulations par le SG du HCFEA

Simulations faites sur la base des barèmes en vigueur au 1er janvier 2020, d'un tarif hébergement de 57,97 €/jour pour une place habilitée à l'aide sociale, de tarifs dépendance en GIR 1-2, 3-4 et 5-6, de respectivement 20,51 €/jour, 13,02 €/jour et 5,53 €/jour. Ces tarifs correspondent aux tarifs médians observés en 2019 (source : CNSA). L'aide au logement est calculée en zone 2 (agglomérations de plus de 100 000 habitants) en supposant que l'établissement bénéficie d'une convention APL. Les résidents en GIR 1 et 2 sont supposés bénéficier de la demi-part invalidité. Les revenus sont supposés être uniquement composés de pensions de retraite. Pour les résidents éligibles à l'ASH, on supposera que les obligés alimentaires contribuent à hauteur de 120 €/mois aux frais de séjour (montant moyen estimé dans le récent rapport du HCFEA sur l'ASH et la mise en œuvre du principe de subsidiarité). Ce montant est assimilé à un RAC.

a1) Résidents disposant d'un patrimoine

Pour les individus ne recourant pas à l'ASH ou pour ceux dont le recours à l'ASH donnera lieu à une récupération intégrale du montant d'ASH perçu durant toute la durée de séjour (individus dont l'actif net successoral est supérieur à l'ASH perçue), les dépenses publiques couvrent un montant des frais de séjour peu sensible au revenu, compris entre 1500 et 1800 €/mois. Les plus modestes bénéficient d'une aide au logement, qui décroît avec le revenu, et les plus aisés bénéficient de la réduction d'impôt (plafonnée à 2500 €/an) liées au frais de séjour. Ceux ne bénéficiant ni des aides au logement, ni de la réduction d'impôt ceux dont les frais de séjour sont les moins couverts par la puissance publique.

Pour un tarif hébergement donné (ici 57,97 €/jour), le profil des aides publiques induit des frais de séjour à la charge du résident (et éventuellement de son groupe familial) qui sont très peu sensibles au revenu du résident. Rappelons que les dépenses de gîte et de couvert sont ici incluses. Leur exclusion ramène le reste-à-charge à un montant compris entre 900 €/mois et 1200 €/mois

Compte tenu de la durée de séjour moyenne observée en EHPAD (2,5 ans), la situation illustrée par le graphique 7 est caractéristique des individus disposant d'un patrimoine supérieur 30 000 €. Les individus propriétaires d'un bien immobilier sont donc très majoritairement dans cette situation.

a2) Résidents sans patrimoine

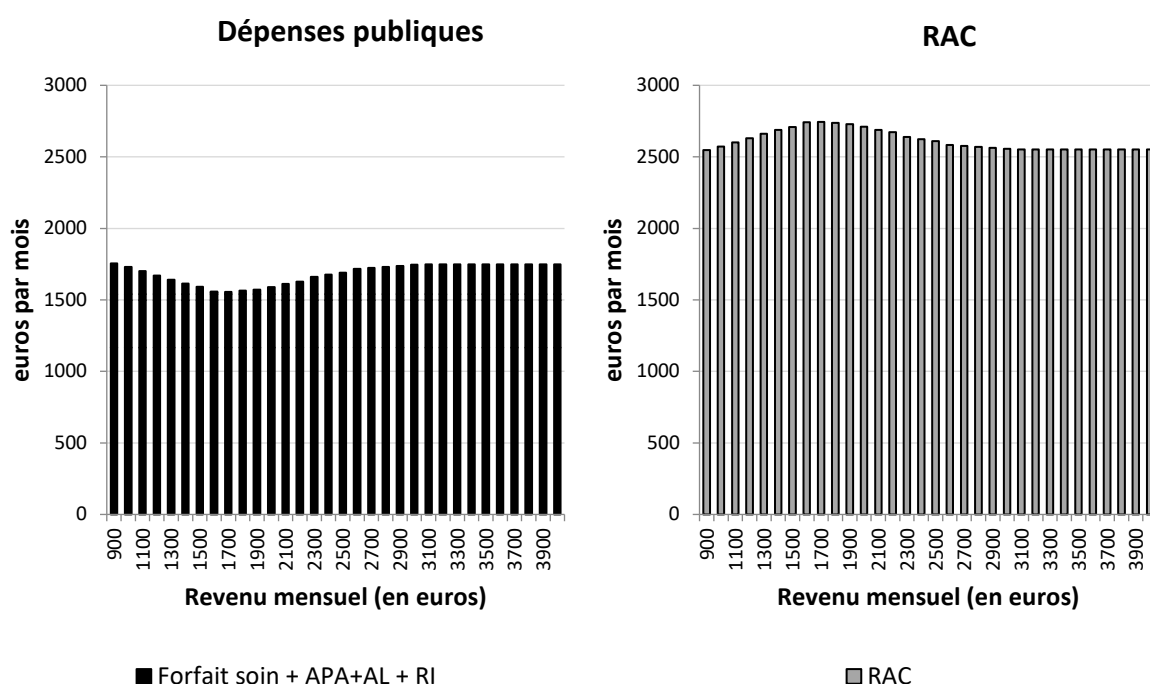
Pour les résidents sans patrimoine, le recours à l'ASH accroît de manière significative les aides publiques, qui deviennent ainsi décroissante jusqu'à environ 2 000 €/mois de revenu. Le reste à payer à la charge des résidents devient lui croissant avec le revenu pour atteindre près de 1800 € (dépenses de gîte et couvert incluses).

b) résidents occupant une place non habilitée à l'aide sociale

On prend comme tarif de référence, le tarif médian des places non habilitées à l'aide sociale, égal à 85 €/jour en 2019, soit 27 €/jour (ou 811 €/mois) plus élevé que le tarif médian des places habilitées à l'aide sociale (Figure 8). On discute ensuite de la situation des résidents avec un tarif hébergement plus élevé.

Les résidents ne sont pas éligibles à l'ASH. Seule l'aide au logement et la réduction d'impôt font ainsi varié la couverture publique des frais de séjour avec le revenu du résident. Compte tenu des tarifs hébergement pratiqués, l'aide au logement et de la réduction d'impôt sont d'un montant identique quel que soit le tarif hébergement. Les financements publics simulés dans notre cadre de référence (tarif hébergement de 85 €/jour) seraient ainsi les mêmes si on considérait des tarifs hébergement plus élevé. L'écart de tarif serait à la charge intégrale du résident.

Figure 8. Partage du coût d'une place non habilitée à l'aide sociale (tarif médian=85 €/jour)



Encadré 2. Variation du tarif hébergement selon le revenu

Le tarif hébergement croît en moyenne avec le revenu du résident, les plus aisés occupant en particulier plus fréquemment une place non habilitée à l'aide sociale, et résidant plus souvent dans un établissement privé lucratif. Les dernières statistiques connues sur le lien entre le revenu des résidents et le tarif hébergement portent sur l'année 2011⁴⁷. Le tarif hébergement moyen était alors de 1712 €/mois, variant en moyenne de 1 621 €/mois pour une personne au minimum vieillesse, à 1981 €/mois pour une personne ayant un revenu de 3500 €/mois.

Aucune étude statistique récente ne permet d'actualiser ce constat. Compte tenu du tarif hébergement moyen actuel (1980 €/mois), et sous l'hypothèse que l'écart entre le tarif hébergement moyen d'une personne au minimum vieillesse et le tarif hébergement moyen d'une personne ayant un revenu de 3 500 €/mois est resté inchangé (360 €/mois), on peut estimer la manière dont les tarifs hébergement varient actuellement avec le revenu.

Les écarts de tarifs hébergement entre Ehpad sont pour l'essentiel à la charge des résidents.

Tableau 13. Tarifs hébergement moyens par tranche de revenu (en €/mois)

revenu des résidents	Tarif hébergement moyen en 2011 (Fizzala, 2016)	Tarif hébergement moyen 2020 (estimation du SG du HCFEA)
Tarif moyen	1712	1980
0 à 800	1 621	1 889
800 à 1000	1 625	1 893
1000 à 1200	1 659	1 927
1200 à 1400	1 691	1 959
1400 à 1600	1 726	1 994
1600 à 1800	1 763	2 031
1800 à 2000	1 784	2 052
2000 à 2200	1 816	2 084
2200 à 2400	1 848	2 116
2400 à 2600	1 873	2 141
2600 à 2800	1 895	2 163
2800 à 3000	1 917	2 185
3000 à 3200	1 943	2 211
3200 à 3400	1 976	2 244
3400 à 3600	1 981	2 249

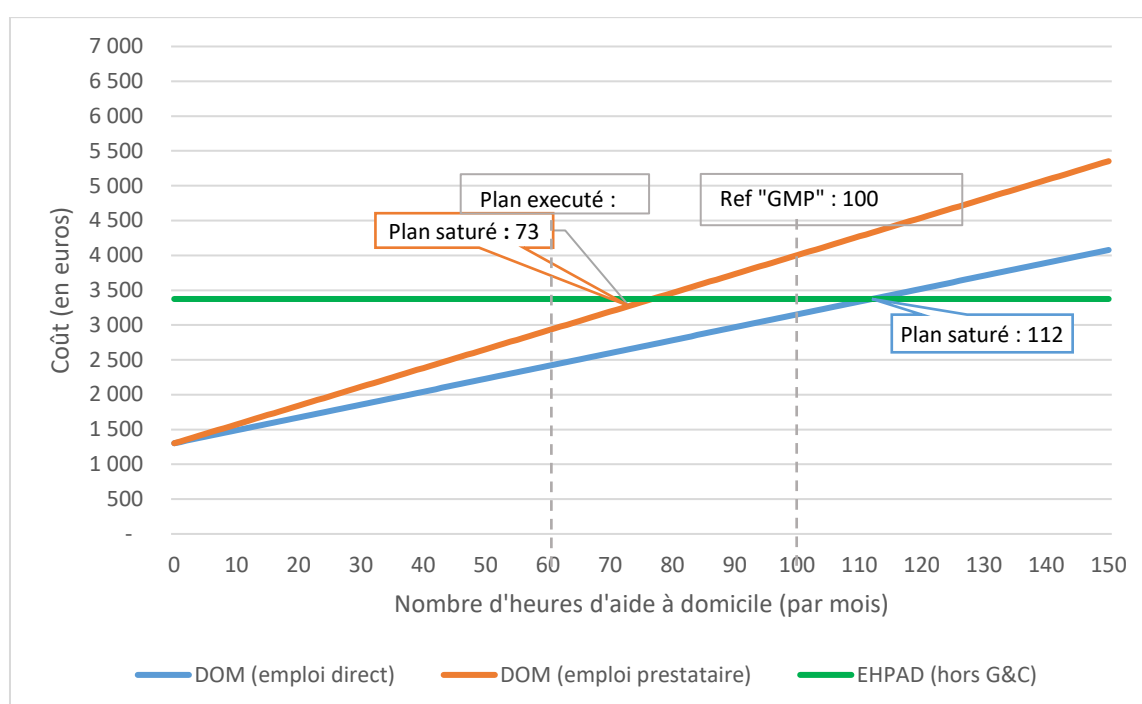
⁴⁷ Arnaud FIZZALA (DREES) (2016). Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix. Les dossiers de la DREES, 1.

IV – La prise en charge en Ehpad et à domicile : principaux résultats et variantes

1. Comparaison des coûts à domicile et en Ehpad et du partage du coût entre dépenses publiques et reste à charge (RAC), GIR 1

Le coût de prise en charge d'un GIR 1 en Ehpad est égal à 3374 € mensuels (hors Gîte et couvert). Pour un volume horaire égal à la saturation du plafond en mode prestataire, i.e. 73 heures mensuels, on a un coût équivalent de la prise en charge à domicile (figure 11). **Au-delà de ce volume horaire, la prise en charge est plus coûteuse à domicile qu'en Ehpad.** En deçà, et en particulier pour les volumes horaires actuellement exécutés dans les plans, la prise en charge à domicile est moins coûteuse.

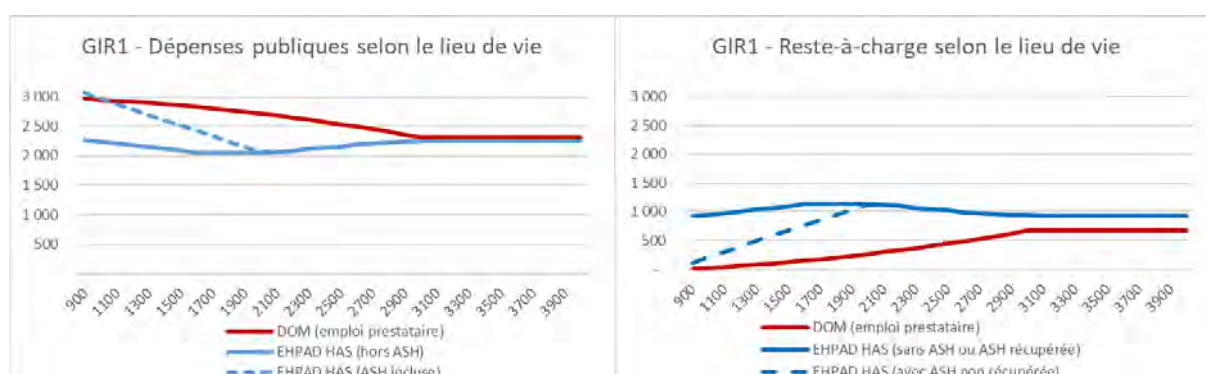
Figure 9– Comparaison des coûts de prise en charge selon le lieu de vie, pour différents volumes d'aide à domicile (GIR 1)



Quand on se place au niveau du plan exécuté, dans toutes les configurations de revenus en termes de dépenses publiques, en GIR 1, le coût est nettement plus important à domicile que dans un Ehpad habilité à l'aide sociale même quand l'ASH n'est pas incluse, du moins pour des revenus inférieurs à 2900 € / mois. Et le reste à charge pour les personnes est plus bas à domicile.

En revanche toujours sur la base d'un plan à 62 heures de services, en termes de reste à charge aux deux bouts de l'échelle des revenus, l'Ehpad induit un coût pour le bénéficiaire qui se rapproche de celui à domicile (pour un Ehpad habilité à l'aide sociale avec ASH). La conclusion pourrait être moins favorable pour le domicile pour des durées supérieures de services à domicile, du moins pour les bas revenus. Il conviendrait toutefois de nuancer ce propos tant l'approche en fonction des revenus en termes d'Ehpad reste à affiner pour des revenus aisés à supérieurs (poids du gîte et du couvert selon les zones de résidence non étudié par exemple).

Figure 10 - Partage du coût entre dépenses publiques et reste-à-charge pour l'individu, GIR 1, volume horaire du plan moyen exécuté 62 heures mensuelles



Note : Ehpads habilités à l'aide sociale au tarif de 57,97 €/mois (tarif moyen en 2019). Seul le surcoût en dépenses de gîte et de couverts est pris en compte dans le reste-à-charge.

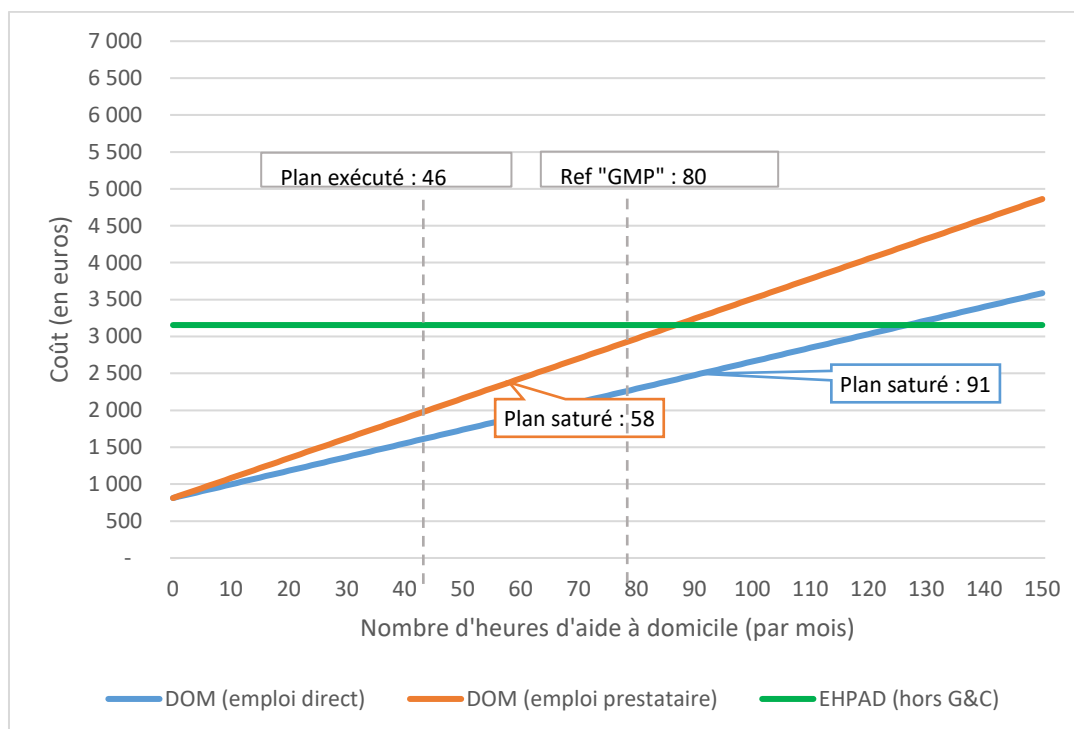
2. Comparaison des coûts à domicile et en Ehpads et du partage du coût, GIR 2

Le coût de prise en charge d'un GIR 2 en Ehpads est égal à 3 155 € mensuels. L'accompagnement à domicile est moins onéreux dans toutes les configurations de volume horaire de services à domicile – prestataire et ou en emploi direct- que l'on considère le niveau du plan exécuté actuel, le niveau qui serait atteint si l'on sature les plans actuels, et même pour les volumes correspondant à l'étude Pathos (volume GMP).

Le point de croisement des courbes orange et verte qui représente le volume horaire de services en mode prestataire à partir duquel la prise en charge à domicile serait plus coûteuse qu'en Ehpads se situe à 86 heures (au-dessus de l'estimation pathos de 80 heures). Cela représenterait donc une situation où seraient prestés 40 heures de services en plus par mois en mode prestataire⁴⁸ par rapport au plan exécuté actuel.

⁴⁸ Le nombre d'heures additionnelles serait encore supérieure dans le cas – très fréquent – d'un recours mixte prestataire/emploi direct.

Figure 11 – Comparaison des coûts de prise en charge selon le lieu de vie, pour différents volumes d'aide à domicile (GIR 2)

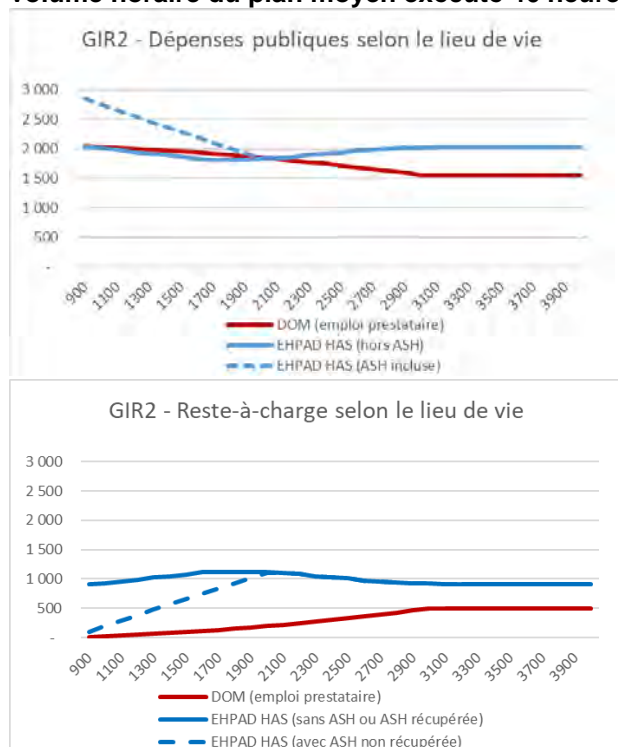


Quand on se situe au volume d'aide du plan exécuté, on constate que hors ASH, les dépenses publiques sont assez similaires à domicile et en Ehpad jusqu'à 2000 euros de revenus (mais néanmoins plus fortes à domicile), ce qui diffère du GIR 1. Il s'agit toutefois d'une simulation d'une situation en « tout prestataire ». Dans la situation moyenne observée des plans d'aide

qui composent de l'emploi direct et du mode prestataire, le coût public moyen (tout revenu confondu) à domicile s'avère inférieur au coût Ehpad⁴⁹.

S'agissant des restes à charge pour de bas revenus proches de l'Aspa, l'Ehpad habilité ne revient pas plus cher que le domicile. Par contre, très vite le RAC en Ehpad est plus important qu'à domicile même pour des revenus modestes, même en incluant l'ASH.

Figure 12 - Partage du coût entre dépenses publiques et reste-à-charge pour l'individu, GIR 2, volume horaire du plan moyen exécuté 46 heures mensuelles



Note : Ehpad habilité à l'aide sociale au tarif de 57,97 €/mois (tarif moyen en 2019). Seul le surcôt en dépenses de gîte et de couverts est pris en compte dans le reste-à-charge.

⁴⁹ Dans le Repss Autonomie du PLFSS 2022 le coût moyen en GIR 2 est ainsi de 21 k€/an (resp. 14 K€ en GIR 3) contre 25 K€ en Ehpad (resp. 20 K€ en GIR 3) et 23 K€ en Ehpad habilités hors ASH dans nos calculs (resp. 17 K€ en en GIR 3)

3. Comparaison des coûts à domicile et en Ehpad et du partage du coût, GIR 3

Les résultats sont assez similaires à ce qui se passe en GIR 2.

Figure 13 – Comparaison des coûts de prise en charge selon le lieu de vie, pour différents volumes d'aide à domicile (GIR 3)

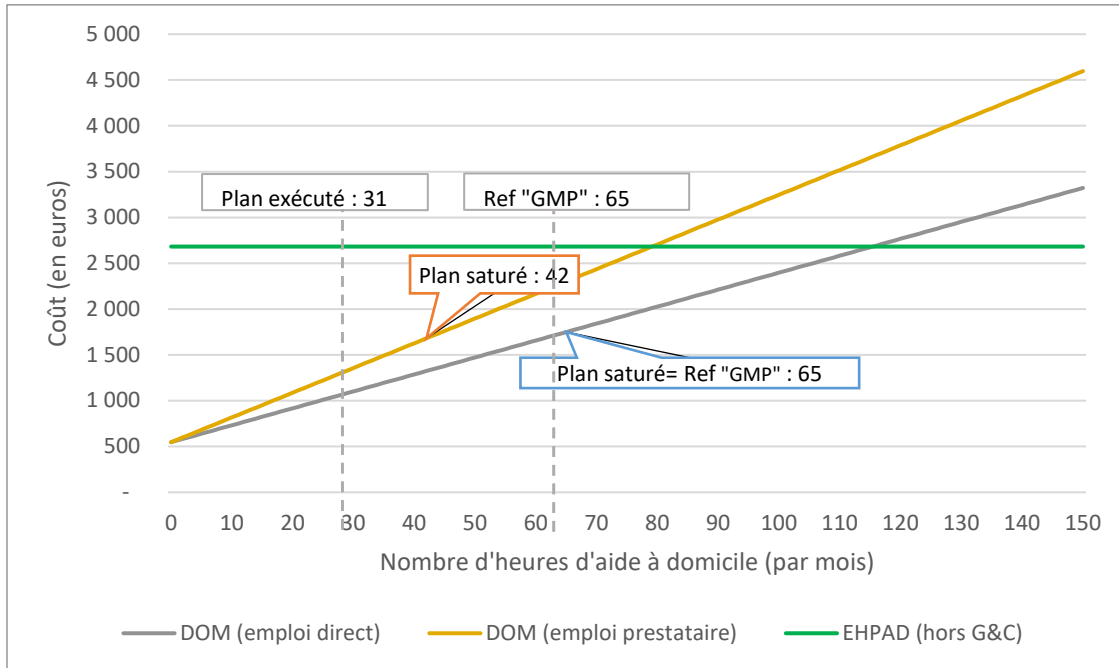
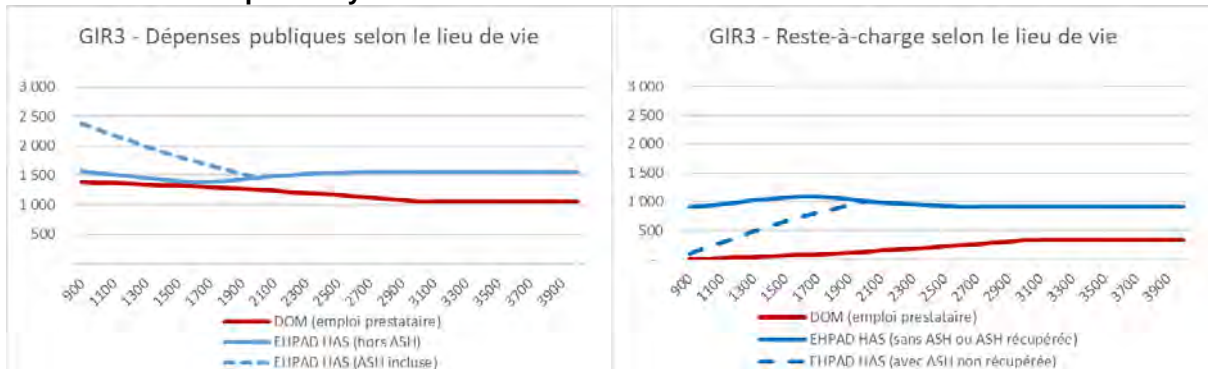


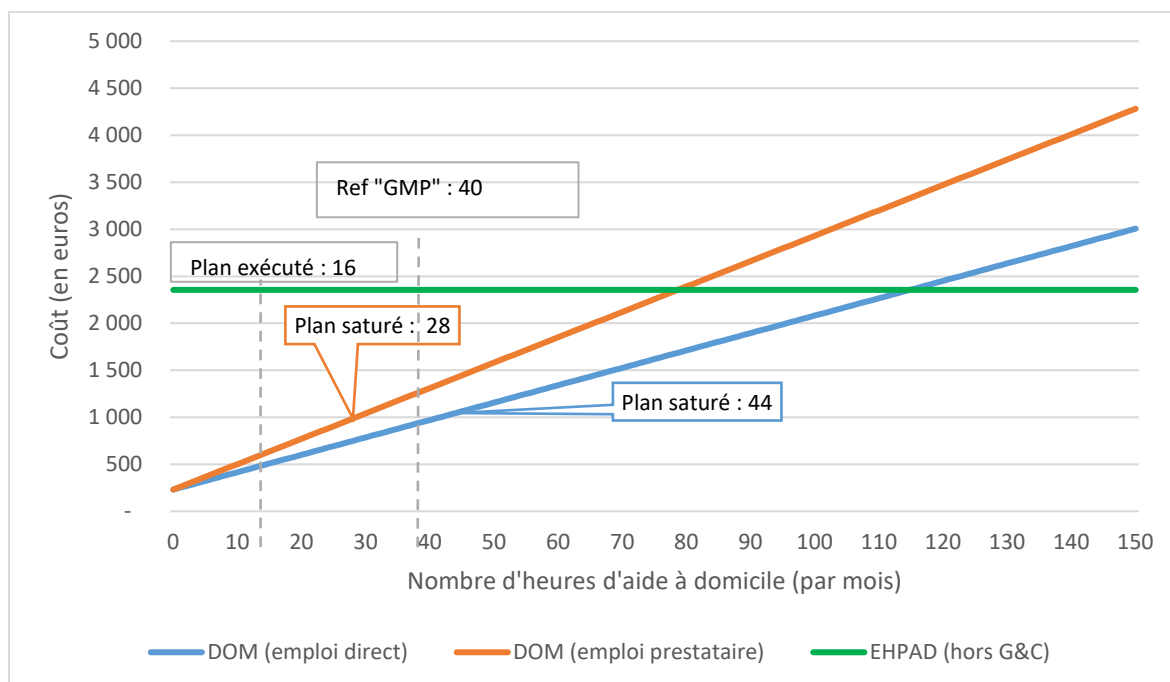
Figure 14 - Partage du coût entre dépenses publiques et reste-à-charge pour l'individu, GIR3, volume horaire du plan moyen exécuté 31 heures mensuelles



4. Comparaison des coûts à domicile et en Ehpad et du partage du coût, GIR 4

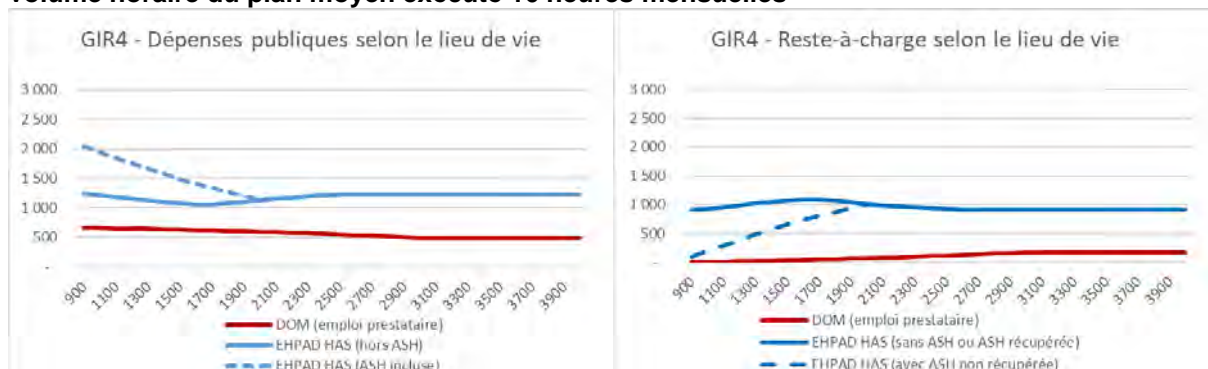
En GIR 4 le coût est également supérieur à l'Ehpad par rapport au domicile.

Figure 15 – Comparaison des coûts de prise en charge selon le lieu de vie, pour différents volumes d'aide à domicile (GIR 4)



Mais contrairement aux situations de GIR 2 et 3, la dépense publique est plus importante pour tous les niveaux de revenus à l'Ehpad par rapport au domicile (quand on se situe au niveau du plan exécuté), et par ailleurs le RAC à domicile reste très modéré.

Figure 16 - Partage du coût entre dépenses publiques et reste-à-charge pour l'individu, GIR4, volume horaire du plan moyen exécuté 16 heures mensuelles

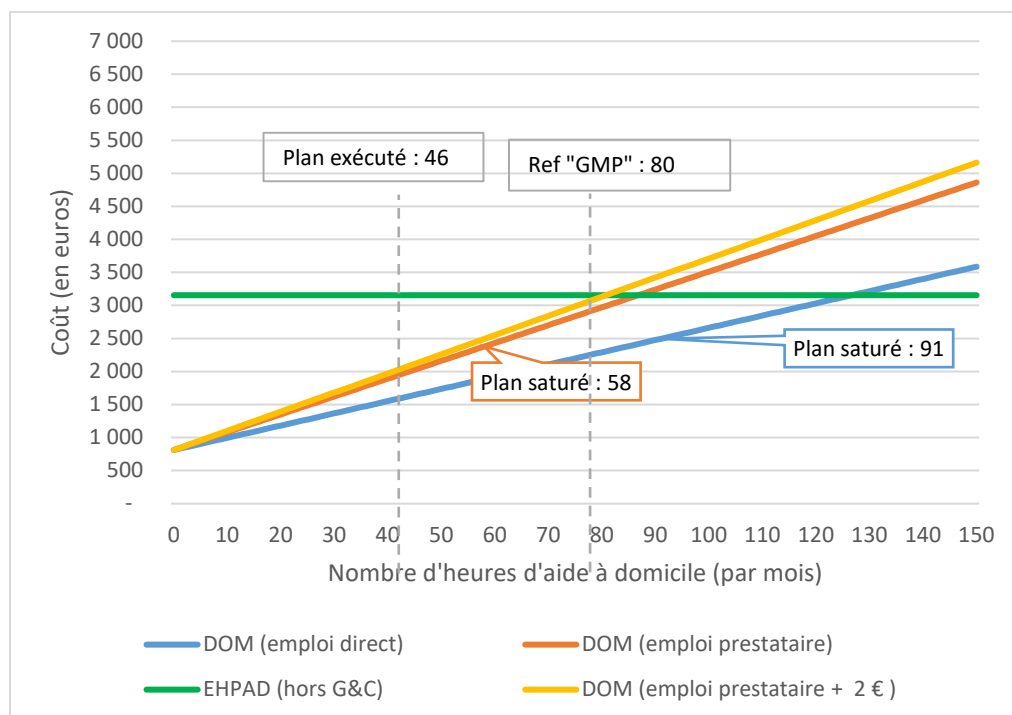


5. Variantes avec prise en compte de dépassements dans les tarifs à domicile et dédommagement de l'aide informelle

a) Les dépassements dans l'aide à domicile

- Définition : écart entre les tarifs facturés à l'allocataire (par un service ou en emploi direct) et les tarifs de la prise en charge par le département.
- Exemple :

Figure 17 – Comparaison des coûts de prise en charge selon le lieu de vie, pour différents volumes d'aide à domicile (GIR 2), sans dépassement et avec (+ 2€/h) de tarifs pour le service prestataire



En GIR 2 par exemple, si on suppose un dépassement de 2€ par heure, pour 46 heures au plan exécuté, on aurait un surcoût mensuel de 92 €. Tant que l'individu ne bute pas sur le plafond du crédit d'impôt, c'est-à-dire tant que le montant de dépenses APA à sa charge (participation à l'APA + dépassement (en heures ou en tarif)) est inférieur à 1667€ mensuels (20 000 € annuels), le coût supplémentaire est partagé à moitié par l'individu et à moitié par la dépense publique. L'effet sur le RAC est d'autant plus important (en relatif) que les revenus sont faibles. Le RAC augmente ainsi de respectivement 69%, 25% et 14% pour des revenus de 1300€, 1900 € et 2500 € mensuels⁵⁰.

⁵⁰ A la suite de cette première note, nous pourrions faire des simulations pour des situations mixant emplois directs et mode prestataire et sur d'autres hypothèses de dépassement.

Tableau 14 - Sensibilité du RAC (mensuel) à domicile aux dépassements, augmentation du nombre d'heures et aux revenus

	Revenus de 1300 €/mois	Revenus de 1900 € /mois (niveau de vie médian retraité ?)	Revenus de 2500€ /mois
Pour 46 heures - Sans (a) et avec dépassement de 2 euros (b) (soit 92 € de dépassement total ⁵¹)	67 € (a) → 113 € (b)	183 € (a) → 229 € (b)	338 € (a) → 384 € (b)
Pour 58 heures - Sans (a) et avec dépassement de 2 euros (b) (soit 116 €)	78 € (a) → 136 € (b)	222 € (a) → 280 € (b)	419 € (a) → 477 € (b)

b) La comparaison entre domicile et Ehpad est par ailleurs en partie faussée par la non prise en compte de l'aide informelle.

L'aide informelle est d'une nature très hétérogène recouvrant toutes sortes d'aides matérielles, administratives et de soins mais aussi une présence procurant affection et vie sociale. En particulier, quand la personne vit en couple, une partie de l'aide informelle tient à des situations de vie partagée (repas pris en commun etc.). Selon les estimations Petit et Weber réalisé en 2003 (voir annexe I), le volume d'aide totale en GIR 2 s'élève en moyenne à 175 H /mois, professionnel et entourage compris, avec de grandes variabilités. Mais cette référence est très ancienne et depuis cette époque le niveau de l'APA a augmenté. Une autre approche est de considérer que l'aide informelle représente deux fois l'aide formelle en volume.

Si pour 46 heures formelles (plan exécuté en GIR 2) , on estime l'heure informelle à environ 92 heures mensuelles, quelle part de ces heures peut-on envisager d'indemniser au montant PCH ?

On peut supposer que le nombre d'heures permettant de compléter les heures du plan exécuté pour atteindre le GMP, qui s'élèvent à 34 heures mensuelles en GIR 2 (et également en GIR 3), sont indispensables et les autres tiennent davantage de la qualité de vie (affective et matérielle) que les proches peuvent se donner.

Un tel volume paraît assez réaliste y compris pour des configurations d'invidus isolés aidées par un enfant adulte : Pour un invidu isolé, cela fait environ 7 heures par semaine (1Heure / jour), qui pourrait par exemple être assumé par un enfant adulte à raison d'une heure par jour

⁵²

Montant s'ajoutant au plan APA

Valorisation (à 4,06 h) de 34 heures informelles mensuelles PCH	138 €/ mois
---	-------------

⁵¹ Compensé à 50% par du crédit d'impôt

⁵² Cet enfant adulte serait susceptible de dégager ce temps soit si son employeur / le droit du travail lui permettent de prendre des aménagements horaires correspondant à un temps partiel à 4,5 j / semaine, modalité chronique que ne permet pas le congé proche idant dans sa forme actuelle ; soit en ajoutant ces heures à son temps de travail.

V – Conclusion

La note qui précède analyse les écarts de coûts d'aide à l'autonomie selon les lieux de vie. Elle compare notamment le coût du soutien à domicile et en EHPAD. Elle distingue les dépenses publiques et la participation des ménages.

Même s'il s'agit d'une approche intéressante, la note n'a pas pour but d'étayer l'option politique qui se proposerait de plafonner l'aide publique au niveau le plus « économe » de sorte d'arriver à la neutralité des choix individuels de mode de prise sur les dépenses publiques ⁵³.

1) Un constat « brut »

Dans les conventions retenues

- La dépense totale actuelle à domicile est moins élevée que l'accueil en EHPAD.
- La dépense publique est plus forte pour les allocataires en GIR 1 à domicile (sur la base d'un mode prestataire) qu'en établissement ⁵⁴. Elle est voisine pour les GIR 2 et 3. Elle est plus faible pour les GIR 4.
- La dépense privée (le reste à charge) est toujours plus faible à domicile. L'écart est très prononcé (plus de 900€/mois). Un tel écart repose la question d'une évolution du RAC en Ehpad. Dans les deux modes d'accueil – et pour un revenu de 1 300€/mois – la dépense privée varie peu avec le GIR.

Tableau - exemple d'allocataires ayant des revenus de 1300 €/mois ⁵⁵

	GIR 1		GIR 2		GIR 3		GIR 4	
En €/mois	dom	EHPAD*	dom	EHPAD*	dom	EHPAD*	dom	EHPAD*
Dépense totale	2976	3177	2054	2945	1681	2470	663	2143
Dépense publique	2895	2142	1987	1924	1618	1450	626	1123
Dépense privée	81	1035	67	1021	63	1020	37	1020

* établissement habilité à l'aide sociale ; l'ASH est récupérée totalement sur succession.

2) Des compléments nécessaires

Il convient de tenir compte de charges non recensées dans les tableaux analysés *supra*. Il s'agit notamment des dépenses qui résultent de dépenses de « dépassement » (heures

⁵³ Hypothèse étudiée par le CAE ; Bozio, Gramain et Martin (2016), « Quelles politiques publiques pour la dépendance », note du CAE n°35

⁵⁴ Sur la base d'un domicile en mode prestataire et pour des établissements habilités à l'aide sociale (même quand l'APA n'est pas récupérée en GIR 1). Dans la situation moyenne observée qui compose de l'emploi direct et du mode prestataire, le coût public à domicile est inférieur au coût Ehpad : dans le Repss Autonomie du PLFSS 2022 le coût moyen en GIR 2 est ainsi de 21 k€/an (resp. 14 K€ en GIR 3) contre 25 K€ en Ehpad (resp. 20 K€ en GIR 3) et 23 K€ en Ehpad habilités hors ASH dans nos calculs (resp. 17 K€ en en GIR 3).

⁵⁵ Les bénéficiaires de l'APA ont des ressources moyennes de 1370€/mois et la médiane se situe à 1250€/mois

effectuées au-dessus du plafond ; prise en charge par le département inférieure au coût facturé à l'allocataire). Il pourrait y avoir d'autres coûts « cachés ». On les connaît mal. A titre indicatif, un dépassement de 2€/h sur l'ensemble des plans exécutés conduirait à une augmentation du coût total de 450 M€ (5% du coût total du domicile⁵⁶).

3) Mais on ne saurait se satisfaire de ces constats pour conclure à l'avantage comparatif en termes de coûts de la prise en charge à domicile⁵⁷.

a) Les aides à domicile sont en effet insuffisants

a1) La dépense d'APA est en 2017 très inférieure au plafond.

Elle se situe globalement à 50% du plafond pondéré par GIR. Si les plafonds ont un sens (et a priori c'est le cas même s'il serait souhaitable de mener une analyse critique sur les hypothèses qui sous-tendent la détermination de leur montant), l'écart plan exécuté/plafond est très excessif⁵⁸.

Dans l'hypothèse où on viserait le calage du plan moyen sur 80% des plafonds actuels et en procédant à un abattement de 20% dans les plans qui concernent les allocataires vivant en couple⁵⁹, les plans d'aide de l'APA augmenteraient de près de 50% (soit une augmentation de 22% du coût total de la prise en charge à domicile).

a2) Si les aides autres que « l'aide humaine » intégrées dans les plans APA ont nettement progressé entre 2011 et 2017, elles restent insuffisantes

La récente note de la DREES (Etudes et Résultats 1214 d'octobre 2021) indique ainsi que

- Près de la moitié des plans incluent d'autres type d'aide que l'aide humaine
- Les aides autres ne représentent que 8% du montant des plans exécutés au total, ramené aux allocataires concernés, cela représente environ 72 €/mois par mois.
- Le recours aux aides non humaines augmente avec le niveau de dépendance (64% des plans en GIR 1 contre 45% en GIR 4)
- Les aides techniques les plus fréquentes concernent les fournitures d'hygiène et de téléalarme
- Les aides au répit ne concernent que moins de la moitié des plans

a3) l'apport de l'aide informelle

Toutes choses égales par ailleurs, les niveaux de plan ne sont « crédibles » que parce que les allocataires bénéficient d'une aide de leurs proches qui ne donne lieu à une prise en compte publique que de façon marginale⁶⁰.

⁵⁶ Le Repss 2022 indique ainsi un coût total moyen de 123000€/ an pour le domicile, soit environ 9Mrds€ (785 000 bénéficiaires de l'APA à domicile).

⁵⁷ Dans ces approches nous n'avons pas provisionné d'augmentation du coût des facteurs.

⁵⁸ On notera que l'atteinte d'un ratio plan APA/plafond n'est pas retenue dans les objectifs de la politique de prise en charge à domicile et que la clé de détermination du concours 1 de l'APA ne prend pas en compte un objectif cible de ce type

⁵⁹ Hypothèse cohérente avec l'analyse faite dans l'encadré de la page 5. Rappelons que 36% des allocataires vivent en couple

⁶⁰ Pour l'essentiel via les congés d'aidants actifs et les dépenses d'AVPF associées

Dans la perspective d'une convergence de statuts entre « handicap »⁶¹ et « autonomie » - qui est souhaitée par une majorité du Conseil de l'âge – on teste l'hypothèse d'une indemnisation au taux de 4,06€/heure retenue dans la PCH. Cette hypothèse – qui mériterait discussion – est très inférieure à celles adoptées dans les approches d'intervenants au débat qui évoquent notamment une valorisation au SMIC.

Resterait à définir le volume de l'aide informelle « éligible »⁶². La note aborde ce problème

- Dans l'encart de la page 5 à partir d'une analyse de l'écart de plans entre les allocataires isolés et en couple.

- au tableau 8 (page 18) qui donne des indications de volume et d'augmentation de la dépense dont une partie pourrait donner lieu à indemnisation

- page 34 à partir de l'écart entre les volumes d'aide actuelle et « l'évaluation GMP »

A titre exploratoire, on peut situer divers niveaux d'indemnisation envisageables :

* une valorisation de toutes les heures, hautement discutable, donnerait lieu à une dépense de 2,3 Mrds € (au tarif horaire de 4,06€/h)

* si on adopte une approche fondée sur l'indemnisation de l'écart entre le nombre d'heures mensuelles du plan exécuté et du plan GMP (38 heures en GIR1, 34 heures mensuelles en GIR 2 et 3 et, 24 heures en GIR 4), on obtient un surcoût de près de 1 milliards € de dépenses publiques. Il entraînerait une augmentation de près de 10% du coût total de l'aide à domicile.

Si le Conseil en était d'accord, on poursuivrait en 2022 l'analyse de ce problème.

b) Mais dans le même temps, les coûts en EHPAD devraient augmenter si on veut améliorer la qualité de la prise en charge

C'est le pendant du souhait évoqué ci-dessus d'une augmentation des aides à domicile. L'enjeu principal est ici l'augmentation du taux d'encadrement. Une augmentation d'environ 25% du coût total de l'accueil en EHPAD serait ainsi à prévoir couvrant l'hypothèse retenue par le Conseil de l'âge (passage du taux à 0,8ETP/résident). Mais pour beaucoup d'opérateurs l'augmentation devrait être plus forte.

4) Dans ces conditions⁶³, le différentiel de coût global entre domicile et EHPAD serait légèrement diminué, le coût de prise en charge à domicile augmentant plus que le coût de l'accueil en établissement (notamment si on indemnise l'aide informelle).

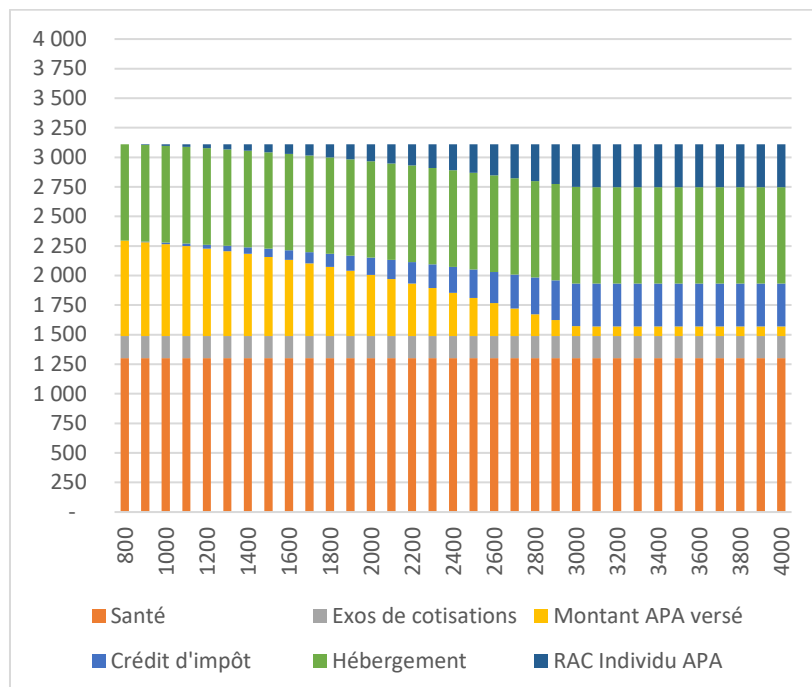
⁶¹ A titre de comparaison il serait précieux d'actualiser l'analyse des dépenses d'aide humaine dans la PCH (parts respectives des trois modalités d'indemnisation ; effectifs concernés ; moyenne unitaire et dispersion des montants ; pratiques des MDPH...

⁶² Il n'est guère concevable en effet qu'on prétende indemniser toutes les aides des proches quelle qu'en soit l'occurrence et la nature

⁶³ Si l'on ajoute dépassement, indemnisation de l'aide informelle et augmentation des plans exécutés.

Annexe I – Hypothèses retenues pour le calcul des coûts de prise en charge ⁶⁴

Figure A1 - Partage du coût entre dépenses publiques et individu, GIR 1, domicile, isolé, emploi direct, volume horaire du plan moyen exécuté 62 heures mensuelles



Santé

Quelques sources :

- Cour des Comptes 2005
- Rapport Hcaam - Assurance maladie et perte d'autonomie Contribution du Hcaam au débat sur la dépendance des personnes âgées Rapport adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juin 2011

Dans le rapport du Hcaam, on note :

« En conclusion, le Hcaam souhaite que la distinction conceptuelle illustrée par le schéma présenté en introduction de ce rapport (p.9) soit reprise dans les chiffrages qui serviront au débat public.

En effet, il ne faut pas confondre :

- les dépenses publiques qui sont directement des dépenses « d'aide à l'autonomie »,
- le cercle, plus large, de toutes les dépenses publiques qui sont « entraînées » par une situation de perte d'autonomie ou « rattachables » à cette situation ;
- et enfin le cercle le plus large de toutes les dépenses publiques dont bénéficient les personnes en perte d'autonomie, qu'elles aient ou non un rapport avec cette perte d'autonomie ;
- Ce sont trois chiffres tout à fait différents, dans lesquels l'assurance maladie à chaque fois sa part, qui a fait l'objet d'une estimation sommaire par le secrétariat général du Hcaam (cf. annexe méthodologique) :

⁶⁴ A reprendre pour que ce soit plus propre

- environ 8,9 mds d'euros (estimation du secrétariat général du Hcaam), pour les dépenses d'assurance maladie qui compensent la dépendance des personnes âgées (c'est à dire qui sont directement des dépenses d'aide à l'autonomie),
- environ 20,9 mds d'euros (estimation du secrétariat général du Hcaam), soit plus du double, pour les dépenses d'assurance maladie des personnes âgées dépendantes (c'est à dire toutes les dépenses d'assurance maladies de ces personnes, qu'elles soient ou non en lien avec la dépendance),
- et une somme inconnue – mais intermédiaire, par hypothèse, entre les deux chiffres précédents - pour les dépenses d'assurance maladie « entraînées » par la situation de dépendance des personnes âgées.

Ce dernier agrégat, qui serait sans doute le plus pertinent, n'a pas pu être chiffré par le Hcaam en raison de la complexité de son évaluation et de l'indisponibilité de certaines données²⁵. Le Hcaam refera régulièrement un point d'avancement des travaux en cours, notamment à l'occasion de son prochain rapport annuel. »

Données disponibles sur les volumes d'heures d'aide des bénéficiaires de l'APA

Données disponibles pour estimer le besoin d'aide :

→ évaluations Colvez⁶⁵ : nombre d'heures totale (professionnels ou proches) nécessaires pour une prise en charge selon le niveau de dépendance. Utilisation d'une table de passage de la dépendance des personnes âgées au besoin d'aide à domicile – Pampalon, Colvez et Bucquet 1991 (cf. annexe).

TABLEAU V. – Heures requises par semaine pour une aide à domicile, selon le niveau de dépendance. – Required time per week, for home help, according to the level of disability.

Niveau de dépendance	n	Heures requises		moyenne par personne
		Somme		
		nombre	%	
1	96	4 790	14,5	49,9
2	142	4 473	13,6	31,5
3	574	8 036	24,3	14
4	4 134	15 709	47,6	3,8
Total	4 946	33 008	100	6,7

⁶⁵ Récupérer rapport Colvez, A. (2003). "Rapport du comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie." Et Approche épidémiologique des besoins en services pour les personnes âgées dépendantes, Colvez A., Bucquet D., Curtis S., Pampalon R.

TABLEAU VII. – Répartition des heures requises par semaine entre l'aide pour les AVQ, les AIVQ et les conditions de logement, selon le niveau de dépendance. – Distribution of time, per week, between ADL, IADL and housing conditions, according to the level of disability.

niveau de dépendance	n	AVQ ^a	AIVQ ^b	cond. de logement	Total
1	96	26,6	21,7	1,6	49,9
2	142	11,9	18,2	1,4	31,5
3	574	3,3	9,8	0,9	14
4	4 134	1,3	2,3	0,2	3,8
Total	4 946	2,3	4	0,3	6,6

^a Concerne les aides pour la toilette, les WC, la taille des ongles, le lavage de la tête ou l'épilation, l'alimentation, l'habillage, et les déplacements (marches ou transferts).

^b Concerne les aides pour la préparation des repas, les courses, la lessive dans des conditions difficiles, les petites et les grosses tâches ménagères.

Grande variabilité en particulier pour les niveaux de dépendance 3 et 4

→ montant notifié des plans APA⁶⁶ : qui prend en considération aussi l'environnement de la personne (présence d'un aidant par exemple) (cf. Annexe 1 – Arnault, 2020). On dispose du niveau des plans notifiés en heures en 2011. A ce stade, on ne dispose pas du nombre d'heures en 2017⁶⁷.

Tableau – volume horaire notifié selon le GIR, en 2011 (Arnault, 2020), mensuel.

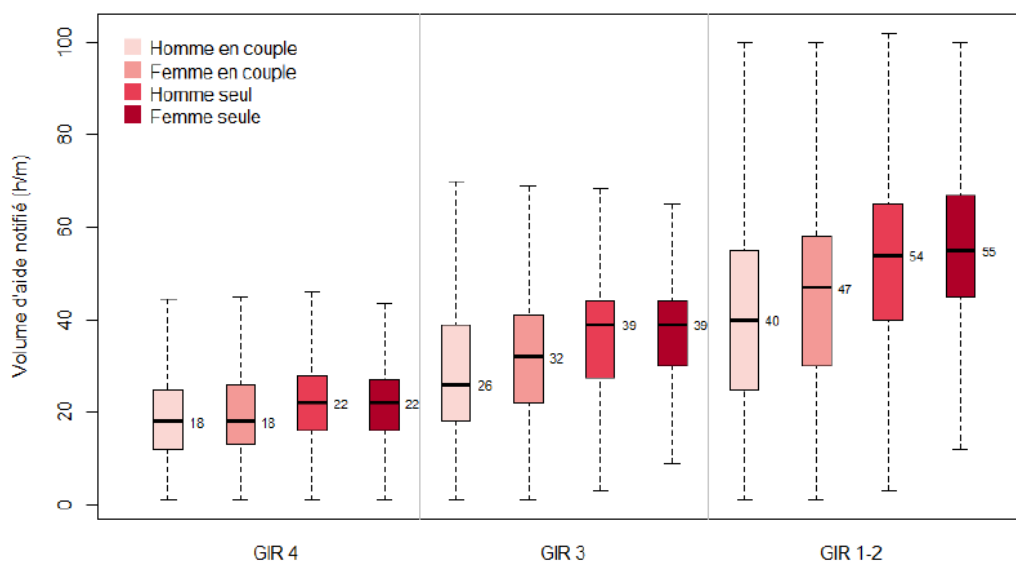
	Montant moyen	Médian			
		homme		femme	
		Seul	Couple	Seul	Couple
GIR 1	64				
GIR 2	49				
GIR 3	36				
GIR 4	22	22	18	22	18
Ensemble	31				

⁶⁶ On se dit qu'a minima pour les bénéficiaires de l'APA dont le plan n'est pas saturé, on a une bonne estimation des besoins d'aide par les équipes médico-sociales.

Voir si on a des données sur les RI 2016 – en particulier GIR 1 et 2 ou travaux DREES sur calculs des heures au-delà du plafond.

⁶⁷ On connaît en revanche l'évolution du montant en € du plan d'aide notifié. En corrigeant de l'évolution des coûts, on peut récupérer un montant d'heures.

Graphique 4 • Distribution du volume d'aide notifié selon le sexe et la situation de couple du bénéficiaire, par GIR



Notes > Valeurs non pondérées.

Lecture > Le volume d'aide médian notifié aux hommes seuls en GIR 3 est de 39 heures par mois.

Champ > Bénéficiaires de l'APA à domicile ayant eu un droit ouvert en 2011 et dont le plan contient une aide humaine, dans les 60 départements répondants aux remontées individuelles APA 2011.

Source > Remontées Individuelles APA-ASH 2011, DREES.

→ nombre d'heures correspondant au plafond APA (avec hypothèse emploi direct ou prestataire)

→ Besoins exprimés de la personne. Ils semblent en général minorés (« je n'ai besoin de rien », adaptation / renoncement à certains actes). Voir Travaux à partir de l'enquête Care

Volume notifié en 2011

La moyenne des volumes notifiés est de 31 heures pour l'ensemble : 64 heures mensuels en GIR 1, 49 heures en GIR 2, 36 en GIR 3 et 22 en GIR 4.

Un GIR 1 se voit notifier 30 % d'heures de plus qu'un GIR 2, 75 % de plus qu'un GIR 3 et près de 3 fois plus qu'un GIR 4 (tableau H).

Le nombre d'heures notifié varie d'un département à l'autre. Quel que soit le GIR, les 25 % de départements qui notifient le nombre d'heures le plus grand notifient 20 % d'heures de plus que les 25 % qui notifient le nombre d'heures le moins élevé (Q3/Q1). Cela se reflète dans la part de plans saturés. Cette part varie du simple au triple entre les départements du Q1 et du Q3. Ainsi, dans 25 % de départements, la part de bénéficiaires au plafond est de 14 % au plus. Elle est de plus de 40 % dans les départements avec les taux de saturation les plus élevés.

Tableau H -

Variable	GIR	Niveau individu (N = 521 153)		Niveau département (N = 60)					
		Moyenne	N	Min	Q1	Médiane	Q3	Max	N
Montant notifié (en €)	Tous	486	521 153	303	439	475	516	660	60
	GIR 4	340	293 981	208	300	334	369	429	60
	GIR 3	564	115 213	372	516	552	614	685	60
	GIR 2	760	96 765	466	670	742	833	926	60
	GIR 1	965	15 194	588	843	961	1039	1154	60
	Tous	19,0	521 153	0,0	8,3	14,9	25,4	49,3	60

Part de bénéficiaires au plafond (en %)	GIR 4	14,3	293 981	0,1	5,8	10,6	18,3	37,7	60
	GIR 3	23,1	115 213	0,0	10,7	19,1	32,1	59,0	60
	GIR 2	26,2	96 765	0,1	11,5	22,7	35,8	60,5	60
	GIR 1	32,5	15 194	0,0	13,9	28,1	40,1	70,7	60
Volume notifié (en h)	Tous	31,3	521 153	20,4	27,7	30,6	33,7	62,8	60
	GIR 4	21,7	293 981	11,4	19,2	20,6	23,0	42,9	60
	GIR 3	36,4	115 213	19,0	33,1	35,5	39,0	63,3	60
	GIR 2	49,4	96 765	28,8	45,3	48,3	53,7	89,9	60
	GIR 1	63,7	15 194	41,5	57,5	61,9	68,7	103,1	60

RI 2011, Dossiers de la Drees, n° 59.

→ **nombre d'heures d'aide informelle dont** déclaraient bénéficier les bénéficiaires de l'APA en 2003

Petite et Weber (2003), « L'aide de l'entourage est en volume deux fois supérieure à celle des professionnels »

Moyenne par jour ⁽²⁾	Moyenne en mensuel
7h15	217 h
5H50	175 h
4H50	145 h
2H50	85 h
4H30	135 h

(1) Petite et Weber, 2003, ER 459.

(2) Champ : Les bénéficiaires ayant estimé l'aide qu'ils reçoivent actuellement de la part de l'entourage ou des professionnels. La mesure du volume de l'aide apportée par l'entourage et les professionnels à une date donnée (au premier semestre 2003) repose sur les déclarations des bénéficiaires.

Source : Drees, enquête auprès des bénéficiaires de l'Apa, 2003.

Le volume déclaré par les bénéficiaires de l'APA en 2003, aide formelle et de l'entourage s'élève à 135 heures mensuelles. Environ deux tiers sont des heures d'aide de l'entourage et un tiers des aides professionnelles (tableau I).

Lettre du CAE, p. 4 – « ...en dépit de l'augmentation du nombre d'heures d'aide à domicile entérinée par la loi ASV (une heure par jour supplémentaire pour les plans d'aide les plus lourds), la prise en charge des personnes dépendantes à domicile repose en grande partie sur l'entourage, essentiellement les conjoints et enfants. Plus de trois personnes dépendantes sur quatre sont en effet aidées régulièrement par un aidant informel. *La durée quotidienne médiane de cette aide est de 1h40 par jour, contre 35 minutes pour l'aide formelle (tous niveaux de dépendance) : pour les personnes les plus dépendantes (GIR 1 à 2), les durées quotidiennes sont respectivement : 5h15 (aide informelle) et 2h10 (aide formelle) .* »

Tableau I -

	Bénéficiaires de l'APA en 2003		Individus de 60 ans ou plus aidés par l'entourage ou par un professionnel pour les activités de la vie quotidienne, résidant à domicile, France métropolitaine				
	Moyenne par jour ⁽¹⁾	Moyenne en mensuel		Volume total médian d'aide déclarée (hebdomadaire) [Q1 ; Q3]1 ⁽²⁾	Mensuel	Par l'entourage	Par un professionnel
GIR 1	7h15	217h	GIR estimé 1-2	53h40 [29h40 ; 95h25]	226h28	35h40	8h55
GIR 2	5h50	175h					
GIR 3	4h50	145h	GIR estimé 3	27h45 [14h50 ; 61h20]	117h06	19 h 35	5 h
GIR 4	2h50	85h	GIR estimé 4	10h10 [4h ; 22h45]	42h54	5 h 55	2 h
			GIR estimé 5-6	5h [2h ; 11h55]	21h06	3 h	0 h
Ensemble	4h30	135h	Ensemble	7h55 [3h ; 20h50]	27h30	5 h	0h55

(1) Petite et Weber, 2006, ER 459.

(2) Mathieu Brunel, Julie Latourelle et Malika Zakri, ER 1103.

Note : La médiane du volume total déclaré n'est pas égale à la somme des volumes d'aide apportée par l'entourage et par les professionnels.

Champ : Individus de 60 ans ou plus aidés par l'entourage ou par un professionnel pour les activités de la vie quotidienne, résidant à domicile, France métropolitaine.

Source : DREES, enquête Capacités, aides et ressources des seniors (CARE) – volet Ménages, 2015.

Dans ER 1103, sur les personnes de 60 ans et plus aidés, « Au total, 3 millions de personnes âgées sont aidées, soit quatre fois plus que le nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile (748 000 fin 2015). »

Les aidants professionnels regroupent tous les types d'intervenants : infirmiers, aides-soignants, aides à domicile et autres.

Quelques données complémentaires

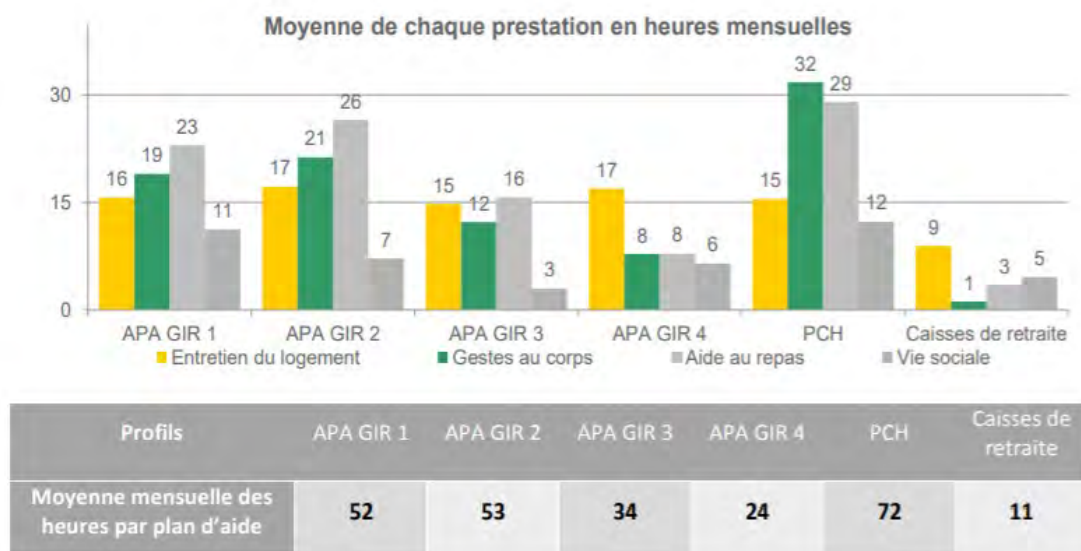
Estimation du nombre d'heures hebdomadaires nécessaires d'aide à domicile selon le degré de dépendance (groupes iso-ressources) dans les Hautes-Alpes en 2005

	Heures hebdomadaires d'aide à domicile nécessaires				
	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Total
Nombre moyen d'heures par personne dépendante	56	50	42	36	42
Nombre de personnes dépendantes	52	372	367	598	1 389
Nombre total d'heures	2 892	18 740	15 554	21 798	58 984

Source : Insee, Enquête HID 98-99, Omphale, RP99

Note : on suppose que les besoins sont entièrement satisfaits.

► Le facteur le plus déterminant est le degré de perte d'autonomie :



Etude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts Version définitive – Mai 2

Pampalon, Colvez et Bucquet 1991 –

TABLEAU III. – Valeurs de temps nécessaire pour une aide complète à certaines activités de la vie courante, en minutes et en heures par semaine. – Required time for complete need in selected activities of daily life, expressed into minutes per week.

Activités	minutes/sem.	heures/sem.
1. Les petites tâches ménagères	540	9
2. La lessive dans des conditions difficiles		
– à l'extérieur	60 ^a	1 ^a
– à domicile	120 ^b	2 ^b
3. Les grosses tâches ménagères	60	1
4. Les courses		
– aliments frais	105	1,75
– autres courses	90	1,5
5. La préparation des repas	420	7
6. La toilette	210	3,5
7. Les WC	420	7
8. Les ongles	10	0,17
9. Le lavage de la tête ou l'épilation	30	0,5
10. L'alimentation	840	14
11. L'habillement	280 ^c	4,67 ^c
12. Les déplacements		
– les transferts	280 ^d	4,67 ^d
– la marche	210	3,5

^a En utilisant les services de pressing.

^b Avec équipement nécessaire dans le logement et pour une personne incontinente.

^c En excluant les prothèses et les vêtements spéciaux.

^d En excluant les transferts associés à la toilette, WC et repas.

TABLEAU V. – Heures requises par semaine pour une aide à domicile, selon le niveau de dépendance. – Required time per week, for home help, according to the level of disability.

Niveau de dépendance	n	Heures requises		moyenne par personne
		Somme		
		nombre	%	
1	96	4 790	14,5	49,9
2	142	4 473	13,6	31,5
3	574	8 036	24,3	14
4	4 134	15 709	47,6	3,8
Total	4 946	33 008	100	6,7

TABLEAU VII. – Répartition des heures requises par semaine entre l'aide pour les AVQ, les AIVQ et les conditions de logement, selon le niveau de dépendance. – Distribution of time, per week, between ADL, IADL and housing conditions, according to the level of disability.

niveau de dépendance	n	AVQ ^a	AIVQ ^b	cond. de logement	Total
1	96	26,6	21,7	1,6	49,9
2	142	11,9	18,2	1,4	31,5
3	574	3,3	9,8	0,9	14
4	4 134	1,3	2,3	0,2	3,8
Total	4 946	2,3	4	0,3	6,6

^a Concerne les aides pour la toilette, les WC, la taille des ongles, le lavage de la tête ou l'épilation, l'alimentation, l'habillage, et les déplacements (marches ou transferts).

^b Concerne les aides pour la préparation des repas, les courses, la lessive dans des conditions difficiles, les petites et les grosses tâches ménagères.

Annexe II. Estimation du coût moyen mensuel du panier de soin correspondant au tarif partiel sans pharmacie à usage interne

Les EHPAD peuvent être⁶⁸ :

- en tarif partiel (TP) ou en tarif global (TG) ;
- bénéficiaire ou non d'une pharmacie à usage interne (PUI).

Le tarif partiel couvre toutes les charges mentionnées au I de l'article R. 314-166 du CASF, notamment celles relatives aux interventions du médecin coordonnateur, du personnel médical, de pharmacien et d'auxiliaires médicaux assurant les soins (à l'exception des diététiciens), une part des charges de personnel afférentes aux AS, AMP et AES ainsi que les rémunérations ou honoraires des infirmiers libéraux.

Outre les prestations couvertes par le tarif partiel, le tarif global inclut les rémunérations ou honoraires des médecins spécialistes en médecine générale et en gériatrie et des auxiliaires médicaux libéraux, ainsi que les examens de biologie et de radiologie, autres que ceux nécessitant un recours à des équipements matériels lourds.

La Pharmacie à usage interne assure la gestion, l'approvisionnement, la vérification des dispositifs de sécurité, la préparation, le contrôle, la détention, l'évaluation et la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles.

Dans l'échantillon considéré par la CNSA dans son analyse statistique, on observe la distribution suivante :

- Ehpads en tarif partiel sans PUI : 72 % des établissements ;
- Ehpads en tarif partiel avec PUI : 1 % des établissements ;
- Ehpads en tarif global sans PUI : 12 % des établissements ;
- Ehpads en tarif global avec PUI : 15 % des établissements.

Avec la valeur du point dans l'équation tarifaire soin associée à chaque configuration de tarification des soins (TP/TG, avec ou sans PUI), on peut corriger le coût des soins en Ehpads pour n'inclure que les dépenses de soins d'un panier homogène. On prend comme référence un panier au tarif partiel sans PUI (situation la plus fréquente).

Arrêté du 17 juin 2020 fixant pour 2020 les valeurs du point mentionnées à l'article R. 314-162 du code de l'action sociale et des familles et le taux de revalorisation des produits de la tarification reconductibles afférents aux soins

> Article 1

Pour l'année 2020, en fonction de l'option tarifaire choisie en application des dispositions de l'article R. 314-164 du code de l'action sociale et des familles, les valeurs annuelles du point mentionnées à l'article R. 314-162 du même code sont les suivantes :

1° Pour les établissements ayant opté pour le tarif global et ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur : 12,44 € ;

2° Pour les établissements ayant opté pour le tarif global et disposant d'une pharmacie à usage intérieur : 13,10 € ;

3° Pour les établissements ayant opté pour le tarif partiel et ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur : 10,37 € ;

4° Pour les établissements ayant opté pour le tarif partiel et disposant d'une pharmacie à usage intérieur : 10,99 €.

Les valeurs annuelles du point des tarifs plafonds sont majorées de 20% dans les départements d'outre-mer.

Valeur moyenne du point =

$72 \% \cdot 10,37 \text{ €} + 1 \% \cdot 10,99 \text{ €} + 12 \% \cdot 12,44 \text{ €} + 15 \% \cdot 13,10 \text{ €} = 11,0341 \text{ €}$

⁶⁸ Source : CNSA (2020), « Situation économique et financière des Ehpads entre 2017 et 2018 »

Coût moyen des soins en Ehpad pour un panier de soins correspondant au tarif partiel sans PUI :
= 1242 €/mois / 11,0341*10,37
=1167 €/mois

Annexe III. Estimation du coût moyen des soins par GIR en Ehpad

À nombre de résident donné, le remplacement d'un résident en GIR 6 par un résident en GIR 1 augmente le GMP et donc la dotation soin. L'augmentation n'est cependant pas la même d'un Ehpad à l'autre car l'effet dépend du nombre de résidents dans l'établissement : cela l'augmente moins dans un établissement avec beaucoup de résidents. Plus l'établissement accueille de résidents, moins le GMP est sensible au GIR de l'un ou l'autre des résidents.

On prend un établissement moyen (données 2018) avec GIR moyen pondéré (GMP) de 723 points, un PATHOS moyen pondéré (PMP) de 209 points, et comportant 78 résidents⁶⁹.

En appliquant l'équation tarifaire, la dotation moyenne attendue est alors égale à $(723 + 209 \cdot 2,59) \times 78 \times 11,0341 = 1\,088\,141$ €/an.

(Soit 1 163 €/an par résident, ce qui est cohérent avec le 1 167 € estimé précédemment)

En tenant compte de l'effet de la composition moyenne par GIR sur le PMP⁷⁰, on estime que :

- un établissement composé uniquement de GIR 6 recevrait théoriquement une dotation de 254 179 €/an, soit 272 €/mois par résident ;
- un établissement composé uniquement de GIR 5 recevrait théoriquement une dotation de 480 429 €/an, soit 520 €/mois par résident ;
- un établissement composé uniquement de GIR 4 recevrait théoriquement une dotation de 695 643 €/an, soit 753 €/mois par résident ;
- un établissement composé uniquement de GIR 3 recevrait théoriquement une dotation de 998 253 €/an, soit 1 080 €/mois par résident ;
- un établissement composé uniquement de GIR 2 recevrait théoriquement une dotation de 1 224 504 €/an, soit 1 325 €/mois par résident ;
- un établissement composé uniquement de GIR 1 recevrait théoriquement une dotation de 1 426 853 €/an, soit 1 544 €/mois par résident.

⁶⁹ CNSA (2020), « Situation économique et financière des Ehpad entre 2017 et 2018 ».

⁷⁰ Les établissements à GMP élevé ont en moyenne un PMP plus élevé, du fait de la corrélation au niveau individuel entre le GIR et le Pathos. Selon les estimations de la DSS, le PATHOS moyen serait de 254 pour un GIR 1, 225 pour un GIR 2, 193 pour un GIR 3, 150 pour un GIR 4, 119 pour un GIR 5 et 87 pour un GIR 6.

Annexe IV. Liste des prestations d'hébergement incluses dans le panier de « prestations socle »

Source : Annexe du Décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (qui constitue l'annexe 2-3-1 du code de l'action sociale et des familles).

ANNEXE 2-3-1 : SOCLE DE PRESTATIONS RELATIVES À L'HÉBERGEMENT DÉLIVRÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (Ehpad)

I. Prestations d'administration générale :

1° Gestion administrative de l'ensemble du séjour :

- tous les frais liés aux rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée ;
- état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie réalisé par le personnel de

l'établissement ;

- tout document de liaison avec la famille, les proches aidants et la personne de confiance, ainsi qu'avec les services administratifs permettant l'accès aux droits, notamment les frais administratifs de correspondance pour les différents dossiers dont la couverture

maladie

universelle (CMU), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c),

l'aide

sociale à l'hébergement et l'allocation logement ;

2° Elaboration et suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants ;

3° Prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale dont les frais de siège autorisés ou la quote-part des services gérés en commun.

II. Prestations d'accueil hôtelier :

1° Mise à disposition de la chambre (individuelle ou double) et des locaux collectifs ;

2° Accès à une salle de bain comprenant a minima un lavabo, une douche et des toilettes ;

3° Fourniture des fluides (électricité, eau, gaz, éclairage, chauffage) utilisés dans la chambre et le reste de l'établissement ;

4° Mise à disposition de tout équipement indissociablement lié au cadre bâti de l'Ehpad ;

5° Entretien et nettoyage des chambres, pendant et à l'issue du séjour ;

6° Entretien et le nettoyage des parties communes et des locaux collectifs ;

7° Maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts ;

8° Mise à disposition des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision et installer le téléphone dans la chambre ;

9° Accès aux moyens de communication, y compris Internet, dans toute ou partie de l'établissement.

III. Prestation de restauration :

1° Accès à un service de restauration ;

2° Fourniture de trois repas, d'un goûter et mise à disposition d'une collation nocturne.

IV. Prestation de blanchissage :

Fourniture et pose du linge plat et du linge de toilette, son renouvellement et son entretien.

V. Prestation d'animation de la vie sociale :

1° Accès aux animations collectives et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement ;

2° Organisation des activités extérieures.

Annexe V. Soutien public à la construction et réhabilitation des EHPAD : données de cadrage

En s'acquittant du tarif hébergement, les résidents financent pour partie les coûts de construction et de réhabilitation des établissements, ceux-ci étant amortis sur plusieurs années, généralement entre 20 et 30 ans. Pour l'essentiel, ces dépenses sont donc déjà prises en compte ici *via* le tarif hébergement (cf. *supra*).

Certaines aides publiques à l'investissement conduisent cependant à exclure une partie des coûts de construction et de réhabilitation du tarif hébergement.

Le recours à différentes aides ou subventions publiques permet en effet de limiter la charge pesant sur la section hébergement, d'une part car ces financements publics réduisent le recours à l'emprunt et donc les charges d'intérêt à faire porter sur la section hébergement, et d'autre part car elles permettent, pour certaines d'entre elles (subventions dites amortissables), de réduire les dotations aux amortissements induites par l'investissement.

Ces aides publiques doivent néanmoins être prises en compte, et ajoutées aux tarifs soins, dépendance et hébergement, car elles concourent *de facto* au financement du coût des Ehpads.

Nous reprenons ici les principaux éléments chiffrés connus et proposons une illustration de la manière dont les subventions publiques réduisent l'effet des projets de construction ou de rénovation sur le tarif hébergement à la charge des résidents

1. Principales aides et subventions publiques à l'investissement

Les différentes aides, subvention ou conditions favorables d'emprunt sont décrites par l'ANAP dans la fiche 11 « subventions, prêts et aides possibles » de sa série de publication sur l'impact d'un investissement sur le prix de journée en Ehpads.

Les principales sont les suivantes :

* Aides de l'État sous forme de prêts avantageux

Ils sont nombreux : prêt locatif social (PLS), du prêt locatif à usage social (Plus), du prêt habitat, amélioration, restructuration, extension (Phare), de l'éco-prêt logement social et du prêt à la réhabilitation (PAM).

Certains de ces prêts, souscrits dans des conditions avantageuses par rapport au prêt classique, permettent en outre de bénéficier d'un taux réduit de TVA (5,5 %) pour les travaux de construction et d'extension ou pour les travaux de réhabilitation, ainsi que d'une exonération de taxe foncière pendant quinze à vingt-cinq ans. L'avantage peut être conséquent. On ne dispose cependant pas d'estimation des économies réalisées par les Ehpads.

* Le plan d'aide à l'investissement (PAI) de la CNSA.

Depuis 2006, la CNSA soutient les opérations de restructuration, création, extension et réhabilitation des établissements médicosociaux avec le plan d'aide à l'investissement, pour un budget global entre 2006 et 2019 de 2,6 Md€. 3 800 projets y ont bénéficié, dont 68 % pour des établissements de personnes âgées. Sur cette même période le PAI a financé 14 % du coût total des projets. EN 2020, le PIA a financé 93 Ehpads, pour un montant global de 100 M€, soit un montant voisin du PIA moyen sur les quinze dernières années.

* Aide de l'AM via les ARS

Les ARS peuvent octroyer des crédits aux Ehpads pour compenser les frais financiers induits par les emprunts effectués, et ainsi réduire l'augmentation du reste à charge des résidents suite à un investissement. On ne dispose pas d'estimation du montant en jeu.

* Aides régionales ou départementales

Elles sont variables d'un territoire à l'autre (montant, critères d'attribution).

Une étude de la CNSA⁷¹ sur les projets financés entre 2006 et 2009 montre que les départements ont financé sur cette période 11 % du coût des projets ayant bénéficié d'un PAI (avec une tendance à la baisse sur cette période), en plus des 14 % financé par la CNSA.

* Aides de la Cnav et des fédérations Agiirc et Arrco

Elles peuvent prendre la forme de prêt à taux zéro ou de subvention. Leur montant total n'est pas connu.

On estime à ce stade, chiffre à préciser, que ces financements représentent au total un montant proche de 300 M€ par an (dont 100 M€ dans la cadre des PAI, 100 M€ des conseils départements et régionaux et 100 M€ d'aides diverses)

2. Illustration de l'effet des subventions publiques sur les charges portées à la section hébergement

On peut illustrer la manière dont les subventions publiques réduisent l'effet des projets de construction ou de rénovation sur le tarif hébergement à la charge des résidents. L'analyse s'inspire de l'annexe 8 du rapport de la CNSA (2011), « L'investissement dans les établissements médico-sociaux – L'apport des plans d'aide CNSA – Bilan 2006-2010.

On considère un établissement de 80 places, occupées à 98 %, et ayant engagé un plan d'investissement de 8 M€

10 % de ce projet est autofinancé, le reste étant couvert par un emprunt (hyp : amortissement constant sur une période de vingt-cinq ans, avec un taux d'intérêt de 2 %) et éventuellement des subventions publiques (CNSA, CD, ARS, CNAV). La durée d'amortissement de l'investissement est supposée identique à celle de l'emprunt (vingt-cinq ans).

Scénario 1. Effet de l'investissement sur le tarif hébergement sans subvention publique

L'emprunt de 7,2 M implique sur les vingt-cinq ans, une charge d'intérêt de 1,872 M€, impactant le tarif hébergement à hauteur 2,62 €/jour en moyenne sur les vingt-cinq ans. L'amortissement de l'investissement implique quant à lui une augmentation du tarif hébergement de 11,18 €/jour. Au total, l'investissement financé à hauteur de 90 % par un emprunt se traduit par une hausse du tarif hébergement de 13,80 €/jours.

Scénario 2. Effet de l'investissement sur le tarif hébergement avec subvention publique amortissable

L'établissement bénéficie de subventions publiques à hauteur de 30 % du coût total du projet (soit 2,4 M€). L'emprunt est alors de 4,8 M€ (contre 7,2 M€ sans subvention dans le scénario 1). Les charges d'intérêt sur les vingt-cinq ans ne sont alors plus que de 1,248 M€, impactant le tarif hébergement de 1,74 €/jour en moyenne. L'amortissement de l'investissement, net de la subvention publique, implique quant à lui une hausse du tarif hébergement de 9,57 €/jour à reste inchangé. Au total, l'investissement financé à hauteur de 60 % par un emprunt et 30 % par des subventions publiques amortissables implique une hausse du tarif hébergement de 9,57 €/jours.

Les subventions publiques ont ici réduit la hausse du tarif hébergement de 4,23 €/jour pour les résidents de l'établissement, soit près de 130 €/mois.

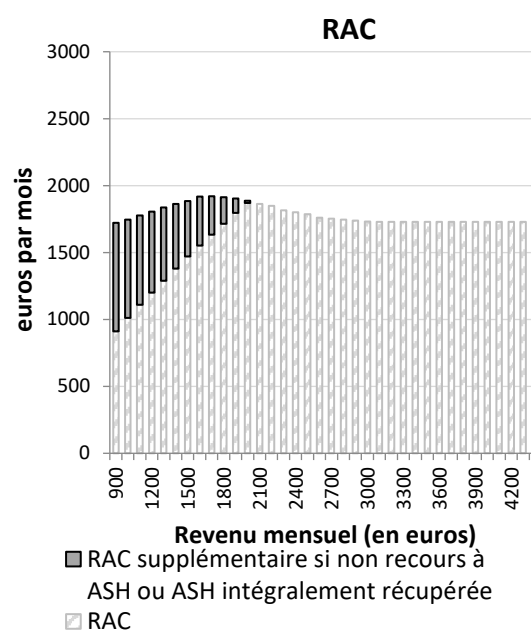
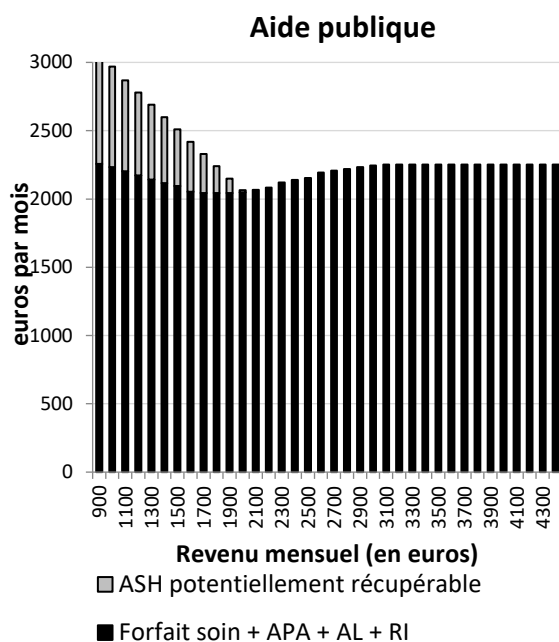
⁷¹ CNSA (2011), « L'investissement dans les établissements médico-sociaux – L'apport des plans d'aide CNSA – Bilan 2006-2010.

À noter que dans cet exemple, cette réduction s'explique pour 20 % par la diminution du recours à l'emprunt et donc les charges d'intérêt à faire porter sur la section hébergement, et pour 80 % par le caractère amortissable de la subvention publique, seul l'amortissement net de la subvention publique étant porté par la section hébergement.

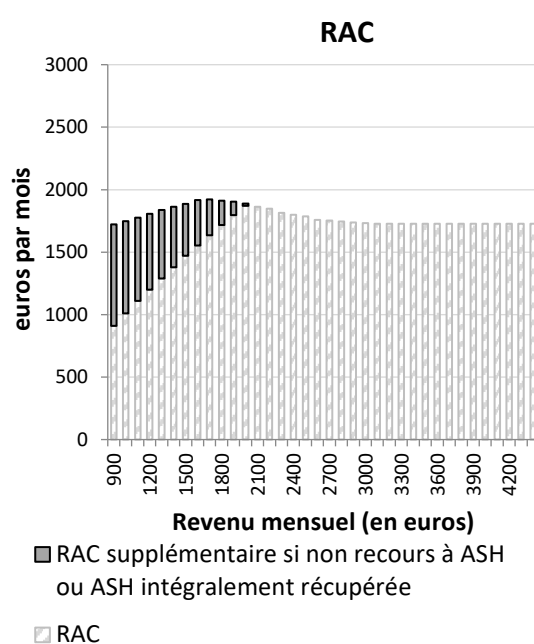
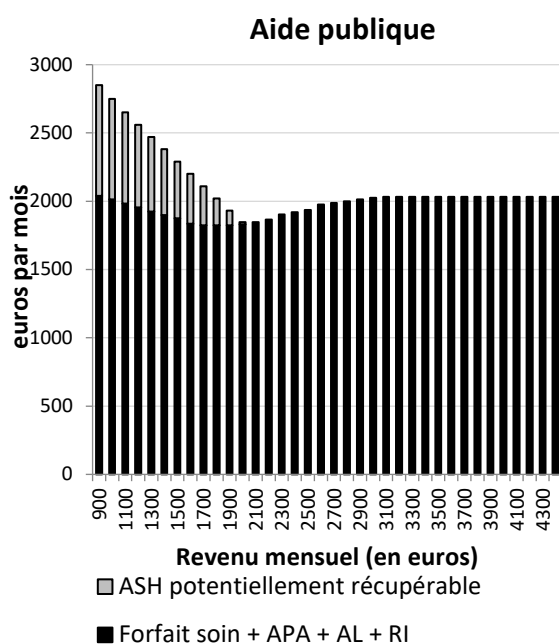
Annexe VI. Financement public et reste-à-charge du coût de prise en charge en EHPAD, par GIR

1. Cas des résidents occupant une place habilitée à l'aide sociale (tarif hébergement moyen = 57,97 €/jour)

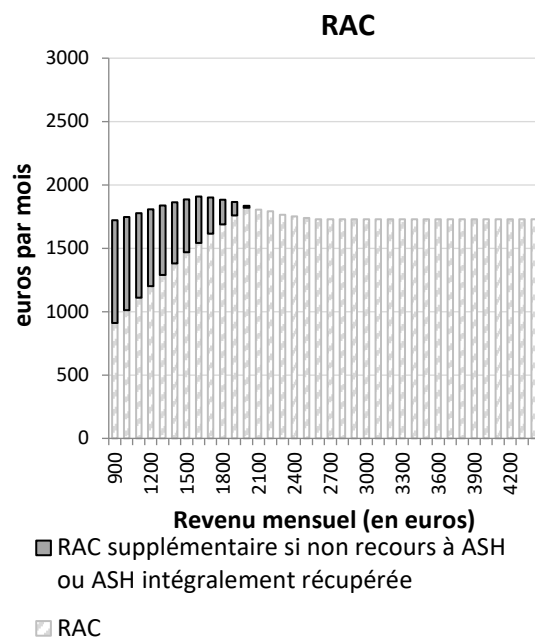
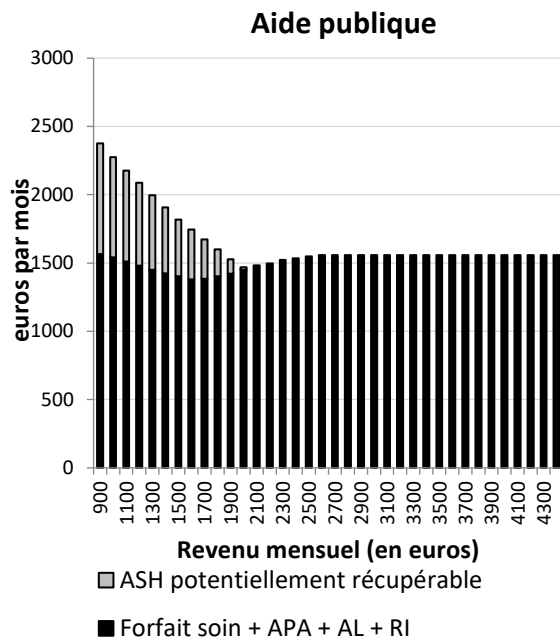
GIR 1



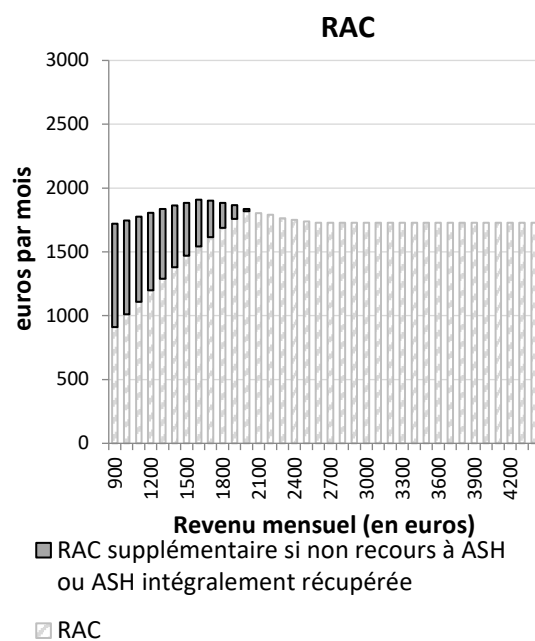
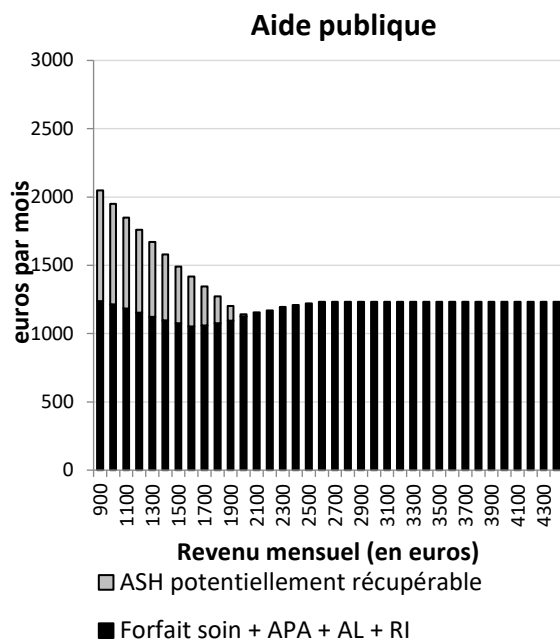
GIR 2



GIR 3



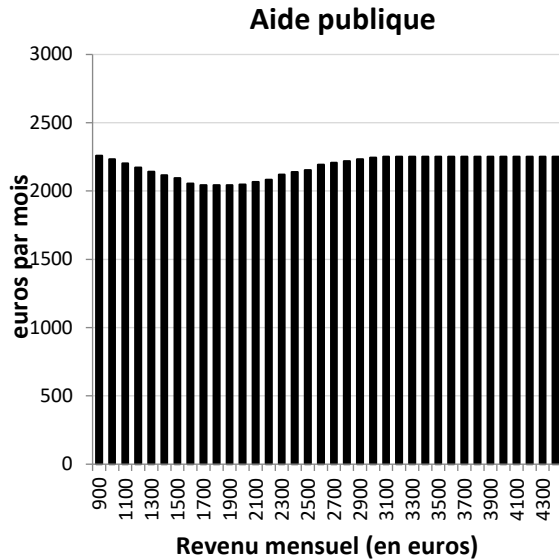
GIR 4



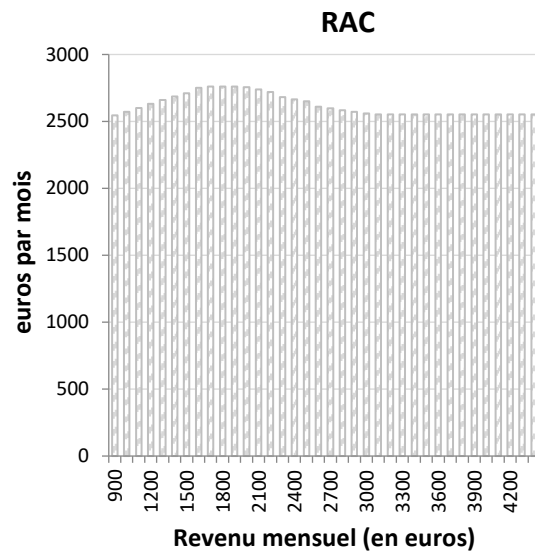
Note : simulations du SG du HCFEA

2. Cas des résidents occupant une place non habilitée à l'aide sociale (tarif hébergement moyen = 85 €/jour)

GIR 1

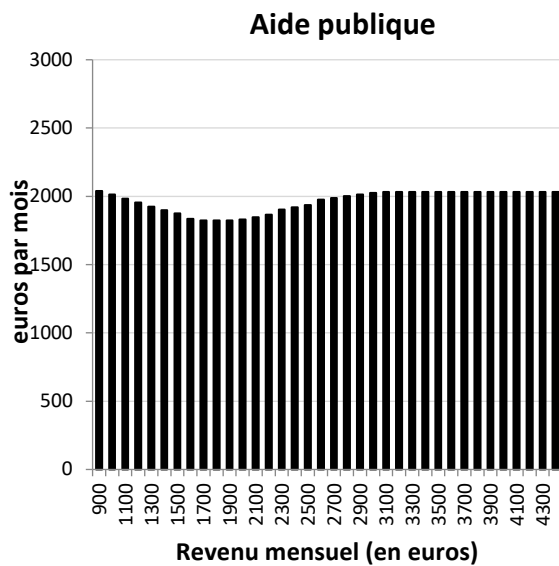


■ Forfait soin + APA + AL + RI

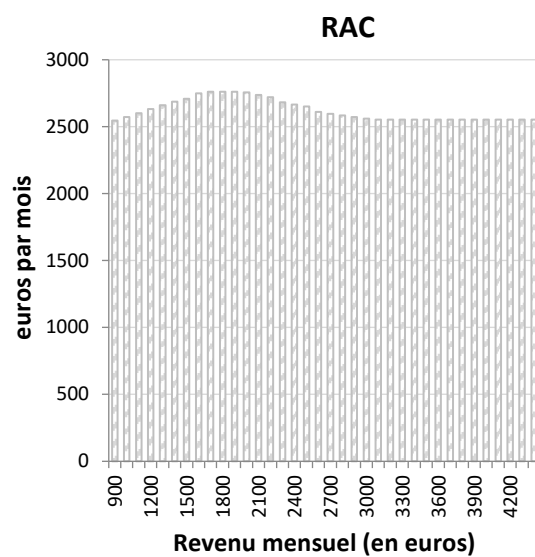


▣ RAC

GIR 2

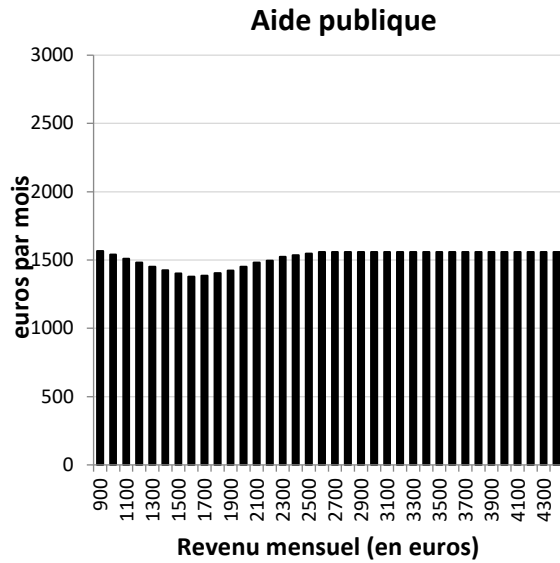


■ Forfait soin + APA + AL + RI

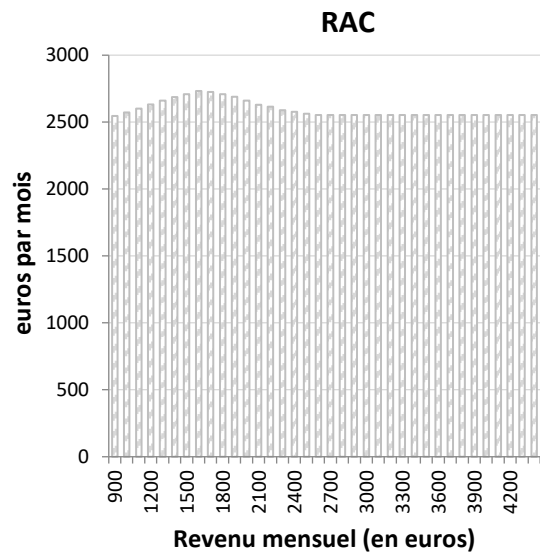


▣ RAC

GIR 3

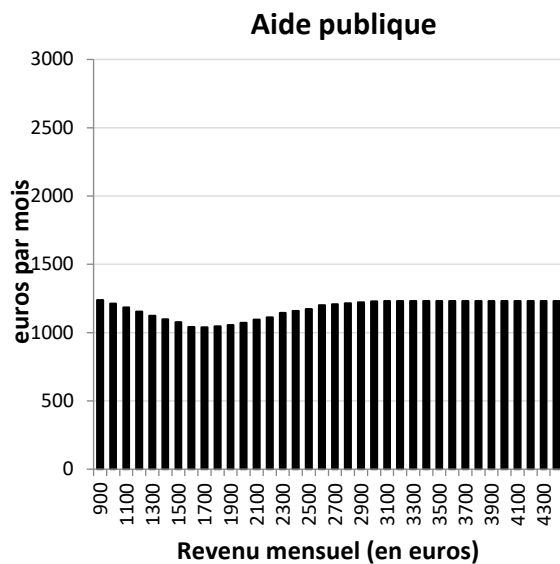


■ Forfait soin + APA + AL + RI

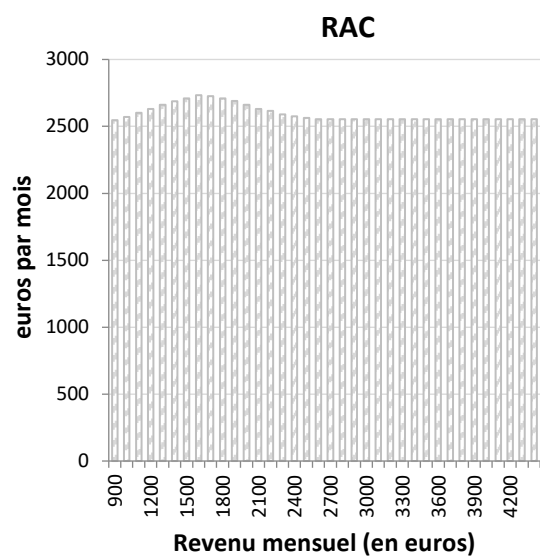


▣ RAC

GIR 4



■ Forfait soin + APA + AL + RI



▣ RAC

Note : simulations du SG du HCFEA

Annexe VII. Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale – volet autonomie – fiche 2.3

2 • Objectifs / Résultats

2.3. Assurer un niveau de vie adapté aux personnes âgées en perte d'autonomie

Finalité L'un des objectifs des politiques en faveur de l'autonomie est de limiter le reste à charge de la personne âgée en perte d'autonomie (ou de son entourage), quel que soit son lieu de vie – à domicile ou en établissement, en ciblant notamment les personnes dont la perte d'autonomie est la plus sévère (indicateur 2-3-1) ou les plus modestes (indicateur 2-3-2).

L'une des difficultés consiste à mesurer ce reste à charge, les postes de dépense à charge des ménages et les prestations permettant de le réduire étant pluriels. Selon sa situation, la personne bénéficie de différentes aides publiques : aides en nature (financement par les pouvoirs publics d'établissements d'hébergement), aides directes telles que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile ou en établissement, aides au logement, mais aussi des aides indirectes à l'instar des exonérations de cotisations sociales lorsque la personne âgée dépendante emploie une personne à domicile, ou des crédits d'impôt. Le champ couvert par l'indicateur est présenté dans le tableau 1, et décrit plus finement, ainsi que les hypothèses conventionnelles nécessaires à l'élaboration de cet indicateur, dans les précautions méthodologiques. La connaissance du reste à charge effectif des ménages demeure incomplète. A titre d'exemple, le coût moyen d'une heure d'intervention d'un service prestataire dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile est évalué à 20 €, alors que les coûts de production sont, selon le HCFEA, de l'ordre de 24 ou 25 €. Ce différentiel, parfois facturé aux usagers, ne fait pas l'objet de remontées d'informations consolidées, ces surfacturations ne sont donc pas prises en compte à ce stade dans cet indicateur.

Tableau 1 • Champ couvert par l'indicateur

	Domicile	Etablissement
Champ de l'aide reçue	Accompagnement par les aides à domicile dans le cadre de l'APA et par les auxiliaires médicaux (notamment infirmiers et kinésithérapeutes)	Sections hébergement, dépendance et soin des EHPAD
Nature des aides publiques réduisant le reste à charge	Allocation personnalisée d'autonomie, crédit d'impôt	Allocation personnalisée d'autonomie, aide sociale à l'hébergement, réduction d'impôt, aides au logement

2.3.1. Diminuer la part des dépenses restant à la charge des personnes dont la perte d'autonomie est la plus sévère

Résultats Prenant en compte le champ présenté dans le tableau 1, le taux de couverture de la dépense par les finances publiques apparaît relativement stable par GIR – en moyenne de 75 %, il oscille entre 73 et 75 % selon le GIR (graphique 1). Cette apparente stabilité masque un taux de couverture par les finances publiques qui croît selon le GIR par lieu de vie : ainsi, le reste à charge des personnes classées GIR 1 à domicile est de 3 %, contre 5 % pour les bénéficiaires de l'APA en GIR 4. En EHPAD, le reste à charge des personnes en GIR 1 est de 31 %, soit 12 points de moins qu'en GIR 4 (graphique 2). Cependant, le coût de l'accompagnement est, en moyenne, supérieur en EHPAD, où les personnes dont la perte d'autonomie est la plus sévère sont surreprésentées.

Graphique 1 • Coût du soutien à l'autonomie par personne et par an, selon le niveau de perte d'autonomie

% à charge des assurés



Note : afin de permettre une meilleure comparabilité avec le domicile, les montants sont présentés hors dépenses de gîte et de couvert, estimées à 90 % du minimum vieillesse (soit 781 € par mois en 2018).

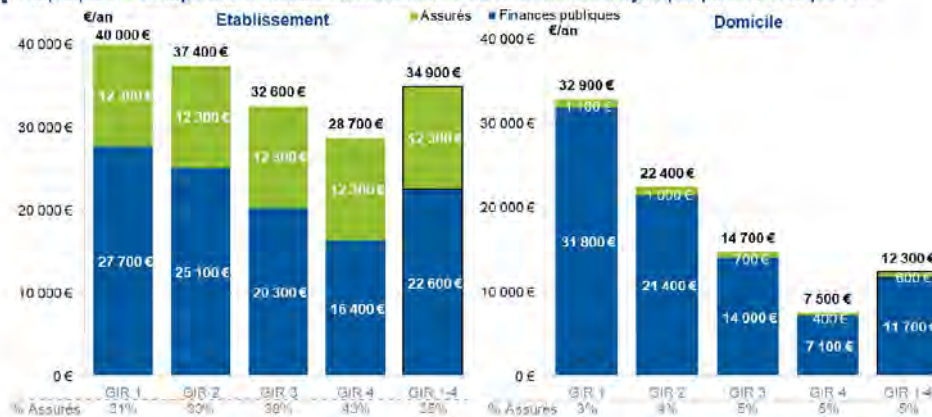
Lecture : le coût d'accompagnement d'un bénéficiaire de l'APA évalué en GIR 1 est, en moyenne par an, de 38 700 €, dont 27 % à la charge des assurés. Champ : France entière. En EHPAD, sont incluses les dépenses au titre des sections tarifaires soin, dépendance et hébergement ; à domicile, le champ couvre l'allocation personnalisée d'autonomie, le crédit d'impôt, et une partie des dépenses de soins des infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes et psychiatres (cf. précautions méthodologiques)

Source : DSS, à partir de données CNAM, INSEE, CNAF, CNSA, Drees et DSS

Ce meilleur taux de couverture par les finances publiques de la dépense de soutien à l'autonomie pour les personnes les plus dépendantes s'explique ainsi :

- En EHPAD, le reste à charge des résidents est quasiment forfaitaire. Celui-ci comprend d'abord le tarif hébergement, estimé en moyenne à 66 € par jour, qui ne dépend pas de la sévérité de la perte d'autonomie. Ensuite, les résidents ont à leur charge une partie des frais de la section dépendance, le plus souvent forfaitaire, estimée à 5,8 € par jour (cf. *infra*). Cependant, les coûts de prise en charge, eux, augmentent avec la perte d'autonomie, en particulier ceux liés aux soins, entièrement à la charge des finances publiques.
- A domicile, le taux de participation des bénéficiaires de l'APA dépend de leurs ressources (cf. *infra*), mais les soins infirmiers ou de kinésithérapie sont, le plus souvent, intégralement pris en charge par la branche maladie de la sécurité sociale (cf. précisions méthodologiques). Le recours aux soins augmentant avec la sévérité de la perte d'autonomie, le taux de couverture des dépenses par les finances publiques augmente également.

Graphique 2 • Comparaison établissement/domicile du coût annuel moyen par personne et par GIR



Note : afin de permettre une meilleure comparabilité avec le domicile, les montants sont présentés hors dépenses de gîte et de couvert, estimées à 90 % de du minimum vieillesse (soit 781 € par mois en 2019).

Lecture : le coût d'accompagnement d'un bénéficiaire de l'APA évalué en GIR 1 est, en moyenne par an, de 40 000 € en établissement, et 32 900 € à domicile, dont respectivement 31 et 3 % à la charge des assurés.

Champ : France entière. En EHPAD, sont incluses les dépenses au titre des sections tarifaires soin, dépendance et hébergement ; à domicile, le champ couvre l'allocation personnalisée d'autonomie, le crédit d'impôt, et une partie des dépenses de soins des infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes et psychiatres (cf. précautions méthodologiques)

Source : DSS, à partir de données CNAM, INSEE, CNAF, CNSA, Drees et DSS

Zoom sur l'APA à domicile

Les montants des plans d'aide notifiés aux bénéficiaires de l'APA à domicile sont déterminés après évaluation de leurs besoins par les équipes médico-sociales des conseils départementaux, dans la limite de plafonds nationaux croissant avec le niveau de dépendance (GIR 1 correspondant à la perte d'autonomie la plus importante). Les montants maximum des plans d'aide sont revalorisés chaque année au 1^{er} avril (tableau 1).

En moyenne 12 % des plans accordés par les Conseils départementaux (dits « plans notifiés ») sont saturés, c'est-à-dire atteignant 96 % du montant plafond. La forte revalorisation des plafonds en 2016 suite à la loi d'adaptation de la société au vieillissement de sa population a permis de diminuer le taux de saturation moyen (12 %, vs 25 % en 2015). Cependant, le taux de saturation des plans est croissant avec la sévérité de la perte d'autonomie : près d'un tiers des plans d'aide en GIR 1 sont saturés (28 %) soit 4 fois plus qu'en GIR 4 (7 %).

Plus généralement, les montants moyens des plans d'aide APA sont d'autant plus proches des plafonds que la perte d'autonomie est sévère. Ainsi, en GIR 1, ce « taux d'utilisation » est de 61 %, contre 44 % en GIR 4. Tous GIR confondus, il serait proche de 50 % (cf. tableau 2).

Tableau 2 • Montant plafond des plans d'aide d'APA à domicile, par GIR, taux de saturation et taux de participation moyen observés en 2017

Plafonds	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Taux de saturation ¹	Taux de participation ¹
	(avant réforme)								
GIR 1	1 312,67 €	1 713,08 €	1 714,79 €	1 719,93 €	1 737,14 €	1 742,34 €	1 747,58 €	28%	18%
GIR 2	1 125,14 €	1 375,54 €	1 376,91 €	1 381,04 €	1 394,86 €	1 399,03 €	1 403,24 €	23%	21%
GIR 3	843,86 €	993,88 €	994,87 €	997,85 €	1 007,82 €	1 010,85 €	1 013,89 €	17%	22%
GIR 4	582,57 €	662,95 €	663,61 €	665,60 €	672,26 €	674,27 €	676,30 €	7%	23%

¹Données 2017

Source : Plafonds : législation, saturation et participation : DREES – RI 2017

Tableau 3 • Montant moyen du plan d'aide consommé selon le GIR et taux d'utilisation en 2017

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
Montant moyen	1 050 €	785 €	536 €	294 €	450 €
Taux d'utilisation	61%	57%	54%	44%	49%

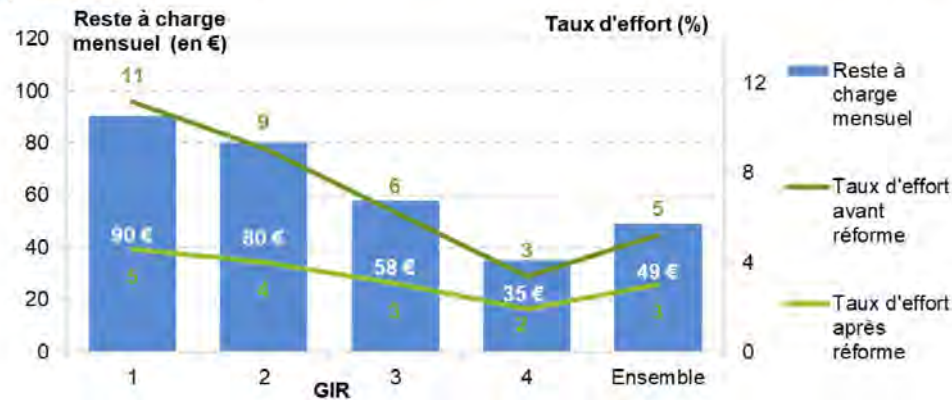
Note : montants moyens consommés du plan d'aide pondérés par le nombre de bénéficiaires payés au titre du mois de décembre dans chaque département et au sein de chaque GIR. Moyennes calculées sur les départements ayant fourni une information valide sur les montants consommés d'APA dans l'enquête Aide sociale. Le taux d'utilisation correspond au montant moyen consommé rapporté au plafond.

Lecture : fin 2017, le montant moyen du plan d'aide consommé pour les bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 4 est de 294 €. Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte

Source : Drees (l'Aide et l'action sociales en France, édition 2019, fiche 15), DSS.

Dans de récents travaux, la Drees évalue la part des dépenses de l'APA à domicile restant à la charge des bénéficiaires fin 2019, soit après réforme du barème de l'APA et bascule de la réduction vers le crédit d'impôt. Ainsi, la Drees estime la dépense mensuelle moyenne d'APA à domicile à 484 €, se décomposant de la manière suivante : 385 € par mois d'APA (80 %), 50 € de crédit d'impôt financé par l'Etat (10 %) et 50 € de participation du bénéficiaire (10 %) (cf. précisions méthodologiques). Le montant de participation augmente avec le montant du plan d'aide, et donc avec le niveau de dépendance : il s'établit en moyenne à 90 € en GIR 1, à 80 € en GIR 2, à 58 € en GIR 3 et 35 € en GIR 4 fin 2019 (cf. graphique 2).

Graphique 3 • Reste à charge mensuel et taux d'effort de la prise en charge de la dépendance selon le GIR du bénéficiaire



Note : le reste à charge est défini ici comme la participation aux dépenses inscrites aux plans et qui sont consommées après APA et crédit d'impôt. Le taux d'effort est calculé comme le reste à charge rapporté aux ressources de l'individu.

Note : « après réforme » correspond à la situation après loi ASV et transformation de la réduction en crédit d'impôt, « avant réforme » correspond à la situation avant loi ASV et sans la transformation de la réduction en crédit d'impôt.

Champ : France – Bénéficiaires de l'APA à domicile fin 2019

Source : Remontées individuelles sur l'APA et l'ASH 2017, enquête Aide sociale 2019, modèle Autonomix, DREES

Tableau 3 • Montant moyen du plan d'aide consommé selon le GIR et taux d'utilisation en 2017

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
Montant moyen	1 050 €	785 €	536 €	294 €	450 €
Taux d'utilisation	61%	57%	54%	44%	49%

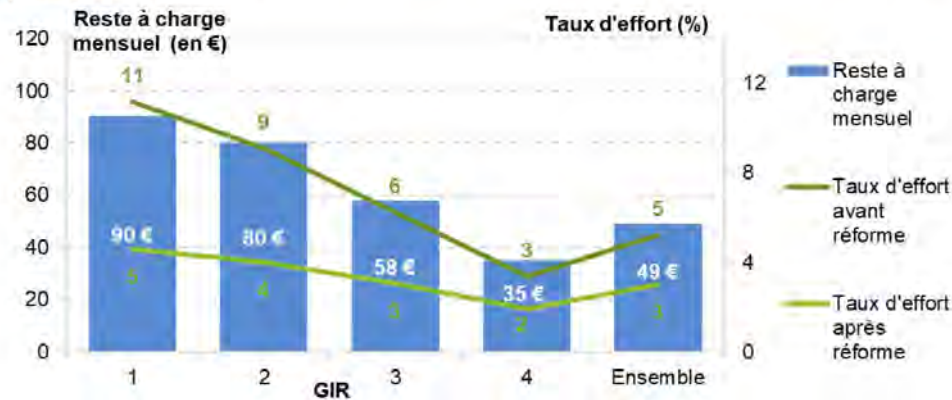
Note : montants moyens consommés du plan d'aide pondérés par le nombre de bénéficiaires payés au titre du mois de décembre dans chaque département et au sein de chaque GIR. Moyennes calculées sur les départements ayant fourni une information valide sur les montants consommés d'APA dans l'enquête Aide sociale. Le taux d'utilisation correspond au montant moyen consommé rapporté au plafond.

Lecture : fin 2017, le montant moyen du plan d'aide consommé pour les bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 4 est de 294 €. Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte

Source : Drees (l'Aide et l'action sociales en France, édition 2019, fiche 15), DSS.

Dans de récents travaux, la Drees évalue la part des dépenses de l'APA à domicile restant à la charge des bénéficiaires fin 2019, soit après réforme du barème de l'APA et bascule de la réduction vers le crédit d'impôt. Ainsi, la Drees estime la dépense mensuelle moyenne d'APA à domicile à 484 €, se décomposant de la manière suivante : 385 € par mois d'APA (80 %), 50 € de crédit d'impôt financé par l'Etat (10 %) et 50 € de participation du bénéficiaire (10 %) (cf. précisions méthodologiques). Le montant de participation augmente avec le montant du plan d'aide, et donc avec le niveau de dépendance : il s'établit en moyenne à 90 € en GIR 1, à 80 € en GIR 2, à 58 € en GIR 3 et 35 € en GIR 4 fin 2019 (cf. graphique 2).

Graphique 3 • Reste à charge mensuel et taux d'effort de la prise en charge de la dépendance selon le GIR du bénéficiaire



Note : le reste à charge est défini ici comme la participation aux dépenses inscrites aux plans et qui sont consommées après APA et crédit d'impôt. Le taux d'effort est calculé comme le reste à charge rapporté aux ressources de l'individu.

Note : « après réforme » correspond à la situation après loi ASV et transformation de la réduction en crédit d'impôt, « avant réforme » correspond à la situation avant loi ASV et sans la transformation de la réduction en crédit d'impôt.

Champ : France – Bénéficiaires de l'APA à domicile fin 2019

Source : Remontées individuelles sur l'APA et l'ASH 2017, enquête Aide sociale 2019, modèle Autonomix, DREES

Précisions méthodologiques Les résultats présentés reposent sur deux sources.

D'abord, les résultats s'appuient sur le modèle Autonomix. Développé à la Drees, Autonomix est un modèle de micro-simulation statique adossé à des données individuelles sur les bénéficiaires de l'APA et aux montants d'APA notifiés à ces bénéficiaires. Pour le volet domicile, ces données sont ici issues des remontées d'informations administratives 2017 des conseils départementaux. Pour le volet établissement, les données sont issues de l'enquête CARE Institutions 2016. Autonomix complète ces données en intégrant d'autres éléments liés à la dépendance des personnes âgées, comme le « plan consommé » ou les réductions/crédits d'impôt liés à la dépendance. Le modèle est recalé sur des données macro plus récentes pour être représentatif de la situation en 2019. Le tout constitue un ensemble d'observations individuelles cohérentes et représentatives de la population des personnes âgées dépendantes, sur lequel il est possible de se baser afin d'analyser les aides publiques destinées à ces personnes ou d'évaluer ex ante les effets de réformes de ces aides.

Ensuite, les travaux de la DSS. En EHPAD, sont incluses les dépenses au titre des sections tarifaires soin, dépendance et hébergement. A domicile, le champ couvre l'allocation personnalisée d'autonomie, le crédit d'impôt, les dépenses des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et une partie des dépenses de soins des infirmiers, de kinésithérapie, d'orthophonie et de psychiatrie. Par convention, l'hypothèse est faite d'un plein recours au crédit d'impôt sur le reste à charge au titre de l'APA. Concernant les infirmiers libéraux, seuls les actes infirmiers de soins sont pris en compte.

Dans une optique de comparaison établissement/domicile, dans le cadre des travaux DSS, sont retranchées les dépenses de « gîte et de couvert » en EHPAD, qui seraient également à la charge des bénéficiaires s'ils résidaient à leur domicile (frais d'alimentation, de logement et d'assurance). Ces dépenses sont conventionnellement estimées à 90 % de du minimum vieillesse (soit 781 € par mois en 2019). Cela conduit à une réduction d'environ un tiers des dépenses d'hébergement restant à la charge des assurés.

L'évaluation présentée porte sur l'année 2019, sur la base des dernières données disponibles. Les revalorisations salariales décidées dans le cadre du Ségur de la Santé en 2020, et les revalorisations complémentaires allouées aux professionnels des secteurs sanitaire et médicosocial en 2021 ne sont pas prises en compte dans les montants commentés dans cette fiche. Ces revalorisations ont concerné les professionnels intervenant en établissement comme à domicile et sont susceptibles de modifier significativement les résultats présentés ici.

Pour une explicitation des choix méthodologiques, et notamment de la répartition des dépenses par GIR cf. Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale de septembre 2021 (fiche éclairage n° 3.7 : « 1 Coût de la prise en charge des personnes âgées selon leur degré d'autonomie et leur lieu de résidence »).

Organismes responsables de la production de l'indicateur : DREES – DSS

2.3.2. Garantir un reste à charge plus bas aux personnes dont les ressources sont les plus faibles

Finalité Comme l'a souligné le rapport Libault issu de la concertation « Grand âge et Autonomie » en mars 2019, les Français sont attachés à un principe de différenciation de l'aide financière selon la capacité des personnes âgées à participer, dans un contexte où, d'une part, le niveau de vie relatif des plus de 65 ans en France est le plus élevé de l'OCDE et où leur patrimoine relatif augmente continuellement depuis 1992. Cet indicateur présente deux mécanismes permettant de diminuer, à prestation identique, le reste à charge des personnes modestes.

Résultats Deux mécanismes permettent de garantir une progressivité du montant restant à charge du bénéficiaire.

- D'abord, des prestations avec participation du bénéficiaire, comme l'APA à domicile, prévoient que celles-ci soient **différenciées selon les ressources**. De plus, à domicile, la réduction d'impôt sur les montants restant à charge des ménages a été transformée en 2017 en crédit d'impôt, permettant aux ménages non imposables de bénéficier d'une prise en charge, au plus de 50 %, de leur reste à charge au titre de l'aide humaine à domicile.
- Ensuite, certaines prestations sont accessibles **sous conditions de ressources**, réduisant spécifiquement les restes-à-charge des plus modestes, c'est le cas de l'aide sociale à l'hébergement.

L'APA à domicile, complétée par un crédit d'impôt depuis 2018, prévoit un reste à charge progressif selon le revenu

L'allocation personnalisée autonomie (APA) à domicile prévoit qu'une partie du plan d'aide, correspondant actuellement en moyenne 20 %, soit laissée à la charge du bénéficiaire, selon son degré de perte d'autonomie et ses ressources (cf. graphique 1). La loi pour l'adaptation de la société au vieillissement a modifié à partir de 2016 les modalités de calcul de cette participation pour diminuer le reste à charge et favoriser le recours à l'APA notamment pour les plus dépendants, ainsi le taux de participation décroît avec la perte d'autonomie. Ainsi :

- les bénéficiaires dont les ressources mensuelles sont inférieures ou égales à 0,725 fois le montant mensuel de la majoration pour l'aide constante d'une tierce personne (MTP) soit 816,65 € depuis le 1^{er} avril 2021, sont exonérés de toute participation financière.
- les bénéficiaires dont les ressources mensuelles sont supérieures à 0,725 fois et inférieures ou égales à 2,67 fois le montant mensuel de la majoration pour tierce personne (donc comprises entre 816,65 € et 3 007,51 € par mois en 2021), voient leur participation modulée suivant leurs ressources (R) et le montant du plan d'aide. La participation financière diminue lorsque le revenu augmente et elle augmente avec le niveau de dépendance. Ainsi, les bénéficiaires dont les ressources mensuelles sont supérieures à la borne haute de sortie du ticket modérateur, équivalente à 2,67 fois le montant de la majoration pour tierce personne (soit 3 007,51 € par mois en 2021), ont un taux de participation égal à 90 % du plan d'aide.

Depuis 2018, la réduction d'impôt permettant une prise en charge des sommes au titre de l'aide humaine des personnes imposables a été transformée en crédit d'impôt. Celui-ci, instauré par la loi de finances pour 2017, couvre 50 % des dépenses restant à charge dans la limite de 12 000€/an (graphique 1). Le recours au crédit d'impôt spécifiquement pour les bénéficiaires de l'APA à domicile est mal connu. En effet, le HCFEA soulignait qu'il est possible que ce dispositif soit mal compris par ses bénéficiaires et que l'avance de trésorerie consenti par eux freinent le recours aux services et donc la dépense fiscale.

Graphique 1 • Montant du plan d'aide laissé à la charge du bénéficiaire, en fonction de son niveau de revenu, par GIR, pour un plan d'aide au plafond en 2021 (après crédit d'impôt)



Source : Calculs DSS

Note de lecture : le plan d'aide plafond en GIR 1 est de 1748 € (courbe bleu foncé, pointillés), le reste à charge du bénéficiaire sera nul pour les plus faibles revenus, et atteint au plus 786 € après crédit d'impôt pour les personnes dont le taux de participation est de 90 %.

A l'inverse, le barème de l'APA en établissement prévoit, outre une participation forfaitaire, un montant à charge de l'assuré dépendant de son revenu. Les seuils étant élevés (2 479 €), environ 10 % des résidents en EHPAD sont éligibles, cette participation est en outre peu appliquée par les départements.

L'ASH est mobilisée d'abord par les résidents en EHPAD aux ressources les plus faibles

Le modèle de microsimulation Autonomix de la Drees permet d'étudier les dépenses et les ressources des personnes âgées dépendantes. Selon ce modèle, la dépense mensuelle moyenne par résident en établissement au titre des sections dépendance et hébergement est d'environ 2 400 € par mois fin 2019. Avec une aide publique à hauteur de 435 € par mois en moyenne (dont 340 € au titre de l'APA, 45 € d'aides au logement et 50 € de réduction d'impôt) le reste à charge des personnes résidant en établissement est estimé à près de 2 000 € par mois. Leur reste à vivre est globalement négatif (- 350 € par mois en moyenne). Les dépenses liées à l'hébergement constituent l'essentiel de leur reste à charge, à hauteur de 1 800 € en moyenne, contre 170 € pour les dépenses de dépendance.

La section « hébergement » est financée à 80 % par les résidents qui peuvent bénéficier de l'aide des départements (aide sociale à l'hébergement, ASH) ou de l'État (allocation logement et réduction d'impôts). Les allocations logement varient selon les ressources du bénéficiaire, la composition du foyer et la zone géographique, la réduction d'impôt a un maximum de 2 500 €/an.

Lorsque les personnes âgées ne disposent pas de moyens suffisants pour couvrir les dépenses liées à l'hébergement, elles peuvent avoir recours à l'aide sociale à l'hébergement (ASH). L'ASH est une prestation « récupérable », le Conseil départemental peut récupérer les sommes versées au titre de l'aide sociale à l'hébergement du vivant ou au décès du bénéficiaire, auprès des obligés alimentaires et sur succession. Sans tenir compte des obligés alimentaires, la DREES estime à un peu moins de 20 % le taux de recours à l'ASH en 2019. Ce taux, de 46 % pour les résidents en EHPAD dont les ressources mensuelles sont inférieures à 940 €, est de 20 % pour les revenus compris entre 940 et 1 420 €. Il diminue ensuite progressivement.

Les taux d'effort, qui diffèrent peu selon le GIR, sont nettement plus élevés au début de la distribution des revenus, avec – avant prise en compte de l'ASH - des dépenses équivalentes au double des ressources des bénéficiaires lorsque celles-ci sont proches du montant de l'ASPA (environ 870 € par mois). Après prise en compte de l'ASH, le taux d'effort est en moyenne de 150 % en début de distribution. Ces taux d'effort supérieurs à 100 % s'expliquent par un taux de recours à l'ASH au plus de 46 %. Les taux d'effort décroissent progressivement à mesure que le niveau de revenu augmente. Le reste à vivre reste ainsi globalement négatif jusqu'à 2 000 € par mois.

Precisions méthodologiques

Cf. indicateur 2-3-1

Organismes responsables de la production de l'indicateur : DREES – DSS



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

