



La prise en charge des aides et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants

Chapitre 2 - Le système de prise en charge financière de la perte d'autonomie pour les personnes vivant à domicile

Rapport adopté le 1^{er} décembre 2017

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	7
SECTION I - DONNEES DE CADRAGE	8
I) Age médian des bénéficiaires de l'APA	8
II) Vie en couple, vie seule, isolement social	8
A) Vie en couple et vie seule.....	8
B) L'isolement social et relationnel, et le sentiment de solitude	9
C) Le sentiment de solitude et le repli sur soi	9
III) Les enfants, le potentiel d'aidants familiaux	10
A) La situation actuelle	10
B) Quelles évolutions du potentiel d'aidants familiaux ?.....	10
IV) Répartition géographique	12
A) Proximité du domicile de ses parents proches.....	12
1) La cohabitation avec des proches, variable selon les territoires	12
2) La distance au domicile des proches	13
3) Mobilité résidentielle	13
B) L'accès aux équipements et aux services	13
V) Les revenus et le patrimoine	15
A) Hypothèses d'évolution des retraites ; incidence sur l'APA	15
B) Patrimoine	15
SECTION 2 - LES DEPENSES EXPOSEES PAR LES ALLOCATAIRES DE L'APA ET LEUR PRISE EN CHARGE	17
I) options politiques	17
A) La préférence pour le maintien à domicile.	17
B) Le libre choix	18
C) Entre une ambition égalitaire et les aléas de la décentralisation.....	18
II) les dépenses exposées par les allocataires	18
III) L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)	19
A) La conception de l'allocation	19
1) Conditions d'attribution	19
2) La prestation est une allocation personnalisée, ajustée aux besoins de l'allocataire	19
3) Une variation inévitable dans les procédures d'établissement et le contenu des plans d'aide	21
4) Le principe de révision	21
	3

5) L'APA est une « allocation en nature »	22
6) Une réticence à rétribuer l'aidant familial	22
7) L'APA est une allocation universelle (tout le monde y a droit) mais son montant dépend des revenus de l'allocataire.	22
8) Il n'y a recours ni à l'obligation alimentaire ni à récupération sur succession.	23
B) Définition et évolution des plafonds de l'APA jusqu'à la loi ASV	23
1) Le montant initial des plafonds	23
2) L'indexation des plafonds	23
C) Le plan d'aide définit le mode de gestion adopté par l'allocataire	24
1) Les modes d'intervention	24
2) La valorisation du plan d'aide	28
D) Montant des plans d'aide notifiés fin 2011	28
1) La masse des montants notifiés est proche de 4,4Md€.	28
2) Moyenne et médiane des plans notifiés	28
3) Le montant du plan est très au-dessous du plafond pour le premier quartile des plans notifiés en GIR 4	29
4) Un quart des plans d'aide sont « saturés » en 2011	29
5) L'analyse du niveau des plans et du taux de saturation appelle trois remarques	30
6) Contenu des plans	33
7) La prise en charge des plans d'aide notifiés	35
7) Variabilité des pratiques départementales	41
8) Le non-recours	47
9) La sous-consommation des plans d'aide notifiés	48
10) Le financement de l'APA	49
IV) Autres aides publiques	50
A) Les réductions de prélèvements obligatoires.....	50
1) Les dépenses fiscales	50
2) Le régime dérogatoire de la CSG/CRDS	53
B) Autres aides publiques.....	53
V) Le reste à charge (RAC) et les taux d'effort des allocataires	53
A) Deux conceptions du reste à charge	53
B) Analyse sur cas-types	54
1) Les situations conventionnelles étudiées	54
2) Le principaux résultats de l'effet des réformes de l'APA et du passage au crédit d'impôt	55
C) La couverture du RAC	63
1) Pour l'essentiel par les revenus courants de l'allocataire	63
2) Eventuellement par une aide monétaire spontanée de ses descendants	63
3) Par une pression sur son patrimoine financier	63
4) De façon marginale par les assurances dépendance (dont on rappelle qu'elles ne sont pas intégrées dans l'assiette de l'APA et ne font donc pas baisser son montant)	63

ANNEXES	64
Annexe 1 – Tableaux de la Direction de la Sécurité sociale (DSS) sur l'évolution du prix facturé par une entreprise prestataire par rapport au plafond APA (sur la base d'une rémunération du salarié au Smic et à 1,3 Smic).....	65
Annexe 2 – Evolution du tarif horaire CNAV de l'aide humaine à domicile.....	66
Annexe 3 – APA : modes d'intervention à domicile (fiche de la DGCS).....	68
Annexe 4a – Montant du tarif horaire fixé par le Conseil départemental au titre de l'APA en 2016 (€/h) (mode prestataire)	73
Annexe 4b – Tarification horaire des prestataires intervenant auprès des personnes âgées	74
Annexe 5 – Typologie des départements selon des critères sociodémographiques.....	75
Annexe 6 - Réponse apportée à la rapporteure de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, Mme Bouziane, pour le PLF 2017.....	76
Annexe 7 – Réduction fiscale au titre de l'invalidité pour les personnes âgées classées en GIR 3 et 4 (Fiche de la DGCS pour le HCFEA)	81
Annexe 8 – Prélèvements obligatoires généraux sur les revenus	83
Annexe 9 – Analyse sur cas types de la réforme APA et du crédit d'impôt pour une personne en perte d'autonomie.....	88

INTRODUCTION

Ce **Chapitre 2** a pour objet le système de prise en charge financière des aides à l'autonomie (hors soins) pour les personnes vivant à domicile¹. Il est centré sur l'Allocation personnalisée d'autonomie (l'APA)².

¹ On étudiera en 2018 les problèmes d'organisation et de fonctionnement des services d'aide à domicile.

² Il existe d'autres aides qui permettent de financer la perte d'autonomie des personnes de 60 ans ou plus mais elles sont moins centrales que l'APA (et les effectifs concernés et les masses financières totales versées aux personnes âgées sont moins conséquentes).

Certaines d'entre elles concernent les personnes handicapées vieillissantes et relèvent plutôt du champ de compétence du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH).

SECTION I - DONNEES DE CADRAGE

I) AGE MEDIAN DES BENEFICIAIRES DE L'APA

La population des allocataires APA à domicile a vieilli de six mois par rapport à 2007 : la moitié des bénéficiaires de 2011 sont âgés de plus de 84 ans et 6 mois³.

II) VIE EN COUPLE, VIE SEULE, ISOLEMENT SOCIAL

La vie en couple est en général associée à un niveau de vie plus élevé (« deux pensions de retraite au lieu d'une » et des économies d'échelle). Le niveau de vie des femmes seules suite au décès de leur conjoint dépend de façon souvent importante de la pension de réversion. Enfin, en cas de perte d'autonomie, le conjoint peut être aidant.

A) Vie en couple et vie seule

Les hommes et les femmes se différencient nettement sur cette dimension, et notamment lorsqu'ils sont bénéficiaires de l'APA. 60 % des hommes bénéficiaires de l'APA vivent en couple, contre seulement un quart des femmes (tableau 2.1).

La vie en couple à domicile devient plus fréquente à mesure que la perte d'autonomie devient plus sévère pour les hommes, le lien est moins marqué pour les femmes. Les hommes sont 79 % à vivre en couple parmi les GIR1 et 54 % parmi les GIR4. La présence d'un conjoint qui aide doit probablement expliquer la possibilité de rester à domicile avec un tel niveau de perte d'autonomie⁴.

Tableau 2.1. Répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile par GIR en fonction de la situation couple/seul en 2011 et du sexe

GIR en 2011	Hommes		Total	Femmes		Total
	Vit seul	Vit en couple		Vit seul	Vit en couple	
1	21	79	100	70	30	100
2	28	72	100	73	27	100
3	40	60	100	79	21	100
4	46	54	100	75	25	100
Total	40	60	100	75	25	100

Source : données individuelles APA 2011- DREES

Champ : France métropolitaine

³ Bérardier M., (2014), « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011 », *Etudes et résultats*, DREES, n°876.

⁴ A niveau de GIR et sexe donnés, les personnes en établissement vivent moins souvent en couple que celles vivant à domicile (tableau 1 et chapitre 4). Cela peut s'expliquer par le fait que la présence d'un aidant conjugal peut favoriser le maintien à domicile ainsi que par l'âge plus élevé du bénéficiaire de l'APA en établissement qui réduit sa chance d'avoir encore un conjoint vivant.

B) L'isolement social et relationnel, et le sentiment de solitude

La « vie solitaire » ne doit pas être confondue avec l'isolement social.

Celui-ci est souvent mesuré par l'isolement relationnel, qui repose sur le nombre d'interlocuteurs habituels, en dehors des relations strictement professionnelles ou de service (un commerçant, un médecin par exemple).

Avec l'avancée en âge, les décès du conjoint et des pairs contribuent à accroître l'isolement relationnel des personnes, notamment pour les femmes.

D'après le rapport 2014 de la Fondation de France, sur « Les solitudes en France », 27% des personnes de 75 ans ou plus sont en situation d'isolement relationnel, en augmentation de 11 points par rapport à 2010. On n'observe pas d'écarts selon les revenus de la personne.

L'isolement relationnel peut intervenir après un évènement marquant une rupture dans le cadre de vie de la personne (arrivée en retraite, veuvage ou décès des proches, maladie, entrée en institution), notamment lorsque le réseau relationnel antérieur de la personne est pauvre. La vie solitaire, notamment après un veuvage, n'est cependant pas toujours associée à un isolement relationnel : les solidarités familiales et amicales peuvent s'intensifier après le décès du conjoint.

La perte d'autonomie s'accompagne d'un plus grand isolement relationnel, le handicap et les maladies invalidantes limitant fortement les sociabilités des personnes âgées – plus que chez les plus jeunes. La maladie ou la perte d'autonomie du conjoint est aussi un facteur de plus grand isolement relationnel.

C) Le sentiment de solitude et le repli sur soi

Enfin, le sentiment de solitude est une impression d'abandon et de manque, qui caractériserait davantage la qualité de la relation. Il est plus souvent ressenti en l'absence de conjoint ou d'enfant⁵.

L'étude de la Fondation de France de 2014 sur « Les solitudes en France » fait aussi état d'un repli sur soi des couples fréquent après 75 ans, en partie lié au fait que certaines personnes âgées s'accommoderaient assez bien de leur solitude, voire la rechercheraient.

Le sentiment d'insécurité peut aussi contribuer à renforcer l'isolement des personnes.

Les femmes y sont plus sujettes que les hommes, à tout âge. Les personnes de plus de 60 ans (et de façon encore plus marquée après 75 ans) déclarent plus que leurs cadets se sentir en insécurité à leur domicile ou renoncer à sortir de leur domicile pour des raisons de sécurité. Elles sont en revanche moins inquiètes de la sécurité de leur quartier ou de leur village.

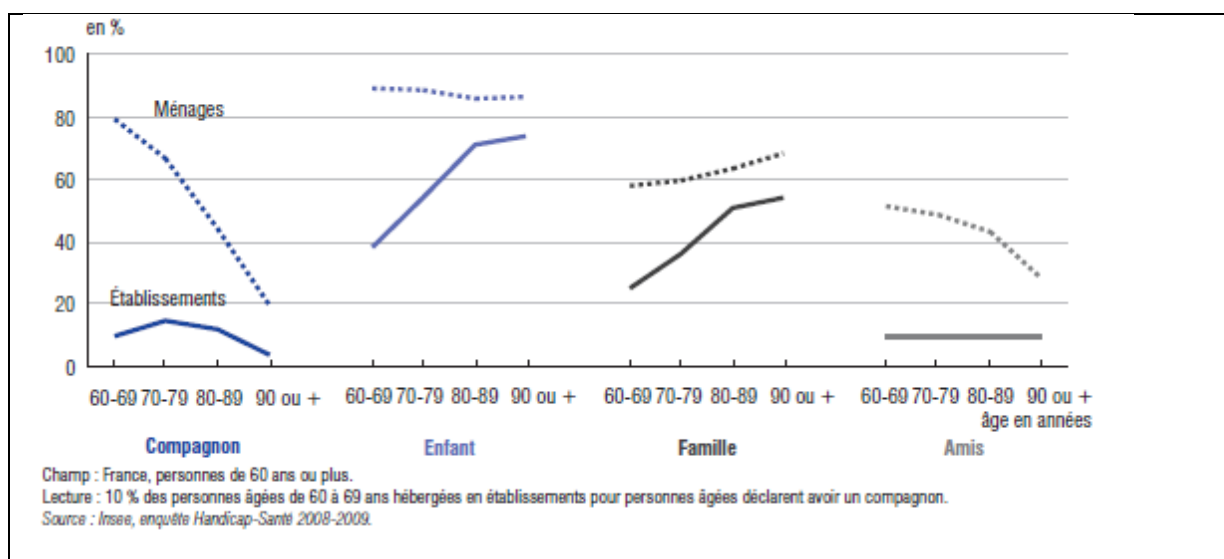
⁵ Campéon A. (2016), « Vieillesse isolées, vieillesse esseulées ? Regards sur l'isolement et la solitude des personnes âgées », *Gérontologie et société*, n°149, vol.38, 2016.

III) LES ENFANTS, LE POTENTIEL D'AIDANTS FAMILIAUX

A) La situation actuelle

Selon l'INSEE (figure 1.1), plus de 80% des personnes de 60 ans ou plus vivant à domicile déclarent avoir des enfants, déjà aidants ou aidants potentiels.

Figure 1.1 – Entourage après 60 ans selon le lieu de vie



Source : Bouvier G., Lincot L. et Rebiscol C. (2011), « Vivre à domicile ou en institution : effets d'âge, de santé, mais aussi d'entourage familial », in *France, portrait social*, INSEE, édition 2011.

En 2008, 80% des personnes âgées de plus de 60 ans et vivant à domicile sont aidées régulièrement par au moins un proche, contre 50% par au moins un professionnel. Ces aidants ont en moyenne 58 ans et près de la moitié d'entre eux sont retraités ou en préretraite⁶.

B) Quelles évolutions du potentiel d'aidants familiaux ?⁷

Les générations nombreuses du baby-boom qui constituent aujourd'hui une large part du potentiel des enfants aidants familiaux vont devenir dans les années qui viennent des personnes dépendantes ou des conjoints de personnes dépendantes. On s'attend donc à une dégradation du nombre d'aidants potentiels par personne en perte d'autonomie⁸. En pratique, deux mécanismes de sens contraires sont à l'œuvre :

- Du fait de l'augmentation de l'espérance de vie, les dépendants ont, à âge donné, davantage de chance d'avoir un enfant ou un conjoint vivant ;

⁶ Soullier N., Weber A., (2011), « L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile », *Etudes et résultats*, n°771, DREES.

⁷ Voir aussi le chapitre 3, « Les proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie ».

⁸ L'évolution du nombre d'aidants effectifs renvoie à des comportements et leurs déterminants, qui sont délicats à prévoir dans le cadre des modèles de projection dont les résultats sont présentés ici.

- Cependant comme l'âge moyen des personnes en perte d'autonomie augmente, la probabilité d'avoir un aidant survivant baisse.

Par ailleurs, la diminution du nombre d'enfants, l'augmentation de l'activité féminine et le recul de l'âge de départ à la retraite peuvent conduire à une baisse du nombre d'aidants potentiels inactifs, en principe davantage disponibles pour s'occuper d'un proche en perte d'autonomie.

Pour le rapport Charpin de 2011⁹, l'Insee avait réalisé des projections de l'évolution de la proportion de personnes disposant d'aidants familiaux potentiels, conjoints ou enfants.

Ces travaux ont été approfondis dans un article publié en 2015¹⁰. Il montre que le premier mécanisme prédomine pour les femmes, avec une augmentation de la proportion de femmes avec un conjoint (17% en 2010, 21% en 2040) et de celles ayant des enfants (85% en 2010, 89% en 2040). Pour les hommes, la part de dépendants avec conjoint est stable (autour de 53%-54%) alors que la part de ceux qui ont des enfants augmente (82% en 2010 et 87% en 2040).

La probabilité d'avoir un enfant inactif (donc a priori plus disponible) augmenterait chez les hommes (de 7% à 12%) alors qu'elle serait stable pour les femmes (autour de 14%). Près de 20% des personnes en perte d'autonomie de plus de 85 ans auraient un enfant inactif en 2040¹¹.

Au final, les personnes sans conjoint ni enfant sont aujourd'hui minoritaires (11% des hommes et 17% des femmes) et leur part baisserait à horizon 2040.

La présence d'aidants familiaux impacte non seulement les conditions de vie des personnes âgées mais aussi les dépenses d'APA, puisque les plans d'aides sont en moyenne moins élevés dans ce cas.

La France dispose donc d'un potentiel démographique solide.

Il faut cependant noter que les projections disponibles, présentées ici, ne portent que sur les aidants familiaux, potentiels, et non sur l'ensemble du potentiel de proches aidants (encore moins des proches aidants effectifs et de l'intensité de l'aide apportée) qui incluent des personnes qui n'appartiennent pas à la famille de l'aidé (voisin par exemple). Surtout, elles n'intègrent aucune hypothèse sur les comportements d'aide de ces aidants potentiels et de possibles mécanismes de réallocation de l'aide au sein de la famille qui pourraient accompagner les évolutions socioéconomiques¹². Par exemple, l'aide du conjoint, plus souvent survivant¹³, pourrait compenser la baisse du nombre d'enfants ; la réduction de la

⁹ Charpin M. (2011), « Perspectives démographiques et financières de la dépendance », *Rapport du groupe n°2 sur la prise en charge de la dépendance*, juin.

¹⁰ Marbot Cl., Roy D., (2015), « Projections du coût de l'APA et des caractéristiques de ses bénéficiaires à l'horizon 2040 à l'aide du modèle Destinie », *Economie et statistique*, n°481-482.

¹¹ Ces projections sur les aidants potentiels inactifs sont entourées d'une incertitude plus grande que les projections de la présence d'un conjoint ou d'enfants. Elles dépendent en particulier des effets des réformes des retraites et des comportements de départ en retraite futurs.

¹² augmentation de la participation des femmes au marché du travail et dans une moindre mesure de celui des seniors, la fragilisation des couples, plus grande mobilité géographique des enfants, évolution de l'état de santé des aidants...

¹³ Il faut noter que les situations de couple avec un conjoint issu d'une deuxième union seront de plus en plus fréquentes. On ne dispose pas d'éléments aujourd'hui permettant d'évaluer si l'implication de ces conjoints,

taille des fratries pourrait augmenter la propension de chacun des enfants à s’impliquer dans la prise en charge du parent âgé... Ces mécanismes sont discutés dans le chapitre 3 sur « Les proches aidants des personnes âgées en perte d’autonomie ».

IV) REPARTITION GEOGRAPHIQUE

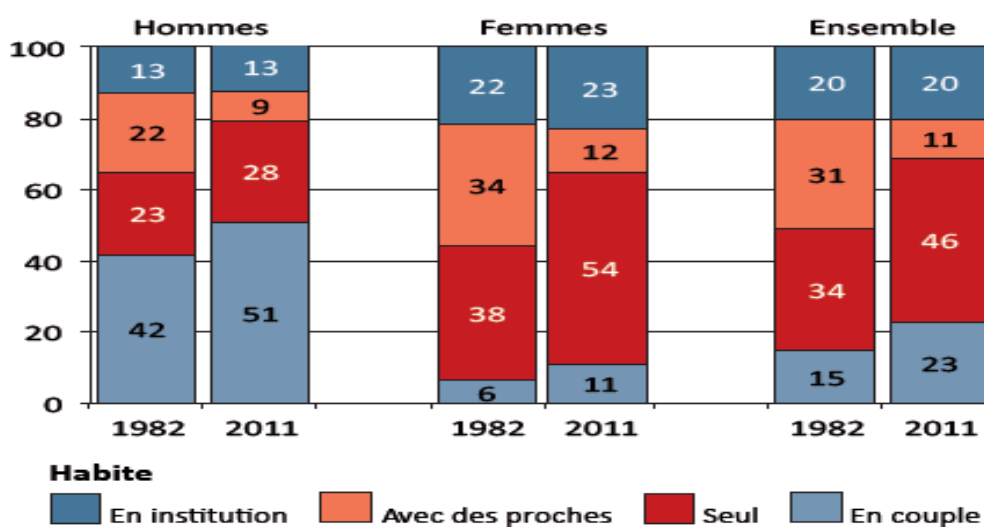
A) Proximité du domicile de ses parents proches

La proximité des domiciles de la personne âgée en perte d’autonomie et de ses proches, aidants potentiels favorise le maintien à domicile, notamment à partir de 80 ans. Elle contribue aussi à réduire l’isolement des personnes âgées.

1) La cohabitation avec des proches, variable selon les territoires

Après 85 ans, chez les hommes comme chez les femmes, on observe sur les trente dernières années un fort recul de la cohabitation avec des proches au profit de la vie à son domicile, seul ou en couple (figure 2.2). En 2011, 11% des personnes de 85 ans ou plus cohabitent avec des proches : elles sont donc environ deux fois moins nombreuses que celles vivant en établissement (20%).

Figure 2.2. – Répartition des personnes âgées de 85 ans et plus selon leur mode de résidence en 1982 et 2011 (en %)



L. Trabuc et J. Gaymu, *Population et Sociétés* n° 539, Ined, décembre 2016.
Source : Insee.

Malgré une tendance à l’homogénéisation, les contrastes entre départements restent marqués, notamment du fait des politiques publiques mises en œuvre (développement des services d’aide à domicile, des places en maison de retraite...) et de l’implication familiale. Par exemple, la cohabitation multigénérationnelle reste fréquente dans le Sud de la France alors qu’elle est en recul partout ailleurs.

issus d’une deuxième union, sera aussi importante que ceux issus d’une seule union. Il en est de même pour l’implication des beaux-enfants.

2) La distance au domicile des proches

A notre connaissance, il n'existe guère d'études dressant un état des lieux des distances entre les domiciles des personnes âgées en perte d'autonomie et celui de leurs proches¹⁴. On sait cependant qu'après 75 ans, l'éloignement géographique des enfants ne favorise pas le maintien des liens, et il n'est pas bien compensé par les échanges à distance (téléphone, courrier, internet)¹⁵.

3) Mobilité résidentielle

On distingue trois logiques principales de mobilité résidentielle des seniors, non exclusives l'une de l'autre : une logique « d'épanouissement » (préférence pour des lieux qui permettent de maintenir son réseau social et certaines activités), une logique de rapprochement à l'égard de la famille ou de retour sur un territoire de socialisation antérieur, et une logique de « sécurisation de soi » (mobilité vers un habitat plus adapté au vieillissement...) ¹⁶.

Les raisons liées à la vie de famille sont les motifs de déménagement évoqués les plus fréquemment par les personnes de 55 ou plus : modification de la taille de la famille (départ d'un enfant notamment) ; divorce, veuvage ou séparation ; souhait de rapprochement familial. Bonnet *et alii* (2010)¹⁷ attribuent notamment la mobilité résidentielle après un veuvage à la nécessité pour le survivant d'ajuster son logement à ses nouvelles ressources, à ses nouveaux besoins ou à l'anticipation d'un besoin de soins en l'absence de conjoint. Les veuves cherchent en particulier à se rapprocher des villes et de leurs enfants.

On observe une augmentation de la mobilité résidentielle au-delà de 80 ans, avec l'augmentation des entrées en maison de retraite.

B) L'accès aux équipements et aux services

En 2013, près de 40% des personnes âgées de 55 ans estiment que leur logement est proche des commerces et des transports. Cette proportion décroît à partir de 75 ans pour tomber en-dessous de 30% après 90 ans (pour les personnes qui vivent à domicile)¹⁸.

Le temps d'accès aux services et équipements dépend notamment de la densité des territoires (tableau 2.2)¹⁹. A notre connaissance, il n'existe pas d'étude détaillée de l'accès aux services

¹⁴ « La distance séparant le domicile des aidants du lieu de vie de leur parent est rarement importante : une majorité d'entre eux habitent à moins de 10 km, voire à moins de 5 km. Distance et fréquence d'intervention sont en outre intimement liées, comme tend à le révéler l'enquête de l'UDAF 59 : 81 % des aidants amenés à intervenir plusieurs fois par jour habitent à moins de 3 km de leur parent (ils sont 40 % dans ce cas sur l'ensemble des aidants). Toutefois, il convient de préciser que ce phénomène tient essentiellement au fait que les aidants interrogés dans les enquêtes sont pour la plupart des aidants de personnes vivant à domicile. Car comme le souligne l'UDAF 64, quand la personne est hébergée en établissement, l'éloignement est en général plus important : 68 % des aidants de personnes vivant en logement habitent à moins de 5 km contre 17 % d'aidants de personnes en établissement. Il semble donc qu'un soutien régulier d'une personne à domicile soit peu compatible avec un éloignement trop important. » (UNAF, *Vivre la dépendance d'un proche : l'avis des familles*, 2008).

¹⁵ Fondation de France (2014).

¹⁶ Novik L., Thalineau A. (2010), « La mobilité résidentielle au milieu de la retraite : un cadre spatial structurant lié à des configurations sociales », *Espace, Populations et Société*, 2010, n°1, pp. 41-51.

¹⁷ Bonnet C., Gobillon L., Laferrère A. (2010), « The effect of Widowhood on Housing and Location Choices », *Journal of Housing Economics*, 19, p. 106-120.

¹⁸ Source : enquête Logement 2013.

des personnes âgées, l'accessibilité aux services étant fonction de plusieurs facteurs : information sur leur existence et leur condition d'utilisation, la distance, le coût, la disponibilité (horaire, délai d'attente...)²⁰.

Tableau 2.2. - Temps médians d'accès aux services et équipements (en minutes)

	Catégories de communes			
	Densément peuplées	De densité intermédiaire	Peu denses	Très peu denses
Équipements de la gamme de proximité les plus proches (*)	5	5	8	13
Médecin omnipraticien le plus proche	4	4	10	16
Pharmacie la plus proche	4	4	10	18
Urgences les plus proches	14	26	40	52

Champ : France métropolitaine, La Réunion et la Martinique

Note : il s'agit du temps médian d'accès en minutes, en automobile, en heure creuse, du chef-lieu de la commune de résidence au chef-lieu de la commune d'implantation du service le plus proche. Pour l'intercommunal, les calculs se sont entre les carreaux de 200 mètres : la médiane représente le temps d'accès de chaque carreau de 200 mètres à l'équipement le plus proche. Les distances sont calculées avec le distancier Métrix de l'Insee.

Les personnes ne disposent pas toujours d'une voiture et ne vont pas forcément à l'équipement le plus proche de chez eux.

(*) La « gamme de proximité » comporte 29 types d'équipements : poste, banque-caisse d'épargne, épicerie-supérette, boulangerie, boucherie, école ou regroupement pédagogique intercommunal, médecin omnipraticien, pharmacie, taxi...

Source : Insee, Base permanente des équipements.

Encadré 2.1 - Les schémas départementaux d'amélioration de l'accessibilité aux services au public

Ils sont obligatoires depuis le 1^{er} janvier 2016, en application de l'article 98 de la loi portant sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République (dite loi « NOTRe ») d'août 2015. Environ deux-tiers des départements se seraient déjà engagés dans cette démarche.

Le schéma consiste en une évaluation partagée de l'offre de services au public proposée, de son développement nécessaire, en lien avec les besoins émergents de la population (quels que soient les âges et les situations : familles, jeunes ou personnes âgées...) et des nécessités d'envisager de nouvelles solutions de services, de manière prospective. Il vise à renforcer l'offre de services et à la mutualiser entre plusieurs intercommunalités en cas de déficit de services de proximité.

Le schéma départemental concerne les services de l'État, ses opérateurs, les collectivités territoriales et leurs groupements ainsi que les services d'associations ou d'organismes assurant des missions de service public ou d'intérêt général. Le préfet de département et le président du conseil départemental sont chargés de le préparer, en associant les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI). Il est défini pour une durée de six ans.

¹⁹ Barbier M., Toutin G., Lévy D. (2016), « L'accès aux services, une question de densité des territoires », *Insee première*, n°1579 ; INSEE (2015), « La France et ses territoires », Insee Références, avril.

²⁰ L'exploitation des données de Care-Ménages (cf. chapitre 1) devrait apporter des éléments sur ces questions d'accessibilité.

V) LES REVENUS ET LE PATRIMOINE

Les revenus des personnes âgées en perte d'autonomie ont une incidence sur leur participation au financement de leur plan d'aide APA, sur leur reste à charge, sur leur taux d'effort (où ce reste à charge rapporté à leurs revenus) et sur leur reste à vivre compte tenu des charges incompressibles en matière de logement et charges associées, de mutuelle etc.

Il n'existe pas de données ni sur les revenus²¹ (et notamment la perception de pensions alimentaires des descendants) ni sur le patrimoine propres aux bénéficiaires de l'APA.

On ne dispose que des bases ressources servant au calcul de l'Allocation (cf. *infra*).

Cependant, les pensions de retraites représentant une part importante des revenus, l'évolution de ces dernières aura donc une incidence sur l'APA.

A) Hypothèses d'évolution des retraites ; incidence sur l'APA

- Une progression du montant moyen des retraites en euros constants

A législation constante, sous l'hypothèse d'une indexation durable des retraites sur les prix, le montant moyen des pensions versées à l'ensemble des retraités continuerait à progresser d'année en année en euros constants à l'horizon de 2060. Cependant, cette progression serait moins rapide que celle des salaires, alors que c'était l'inverse jusqu'à maintenant.

- Une baisse relative de la pension moyenne par rapport au salaire moyen

Elle serait d'autant plus accentuée que la croissance serait forte. Selon le rapport du COR de 2015, le rapport entre la pension nette moyenne de droit direct des retraités résidant en France et le salaire moyen net, estimé à 66 % en 2015, se situerait, selon les scénarios économiques examinés par le COR, entre 45 et 58 % en 2060. La baisse relative proviendrait pour partie de la baisse au fil des générations des taux de remplacement à la liquidation et pour partie de la revalorisation des pensions liquidées sur les prix.

- incidence sur l'APA

A législation constante, les retraites évolueraient plus vite que les prix. Comme les paramètres du barème de l'APA évoluent comme les prix, le taux de la participation des allocataires au financement de leur plan va augmenter²².

B) Patrimoine

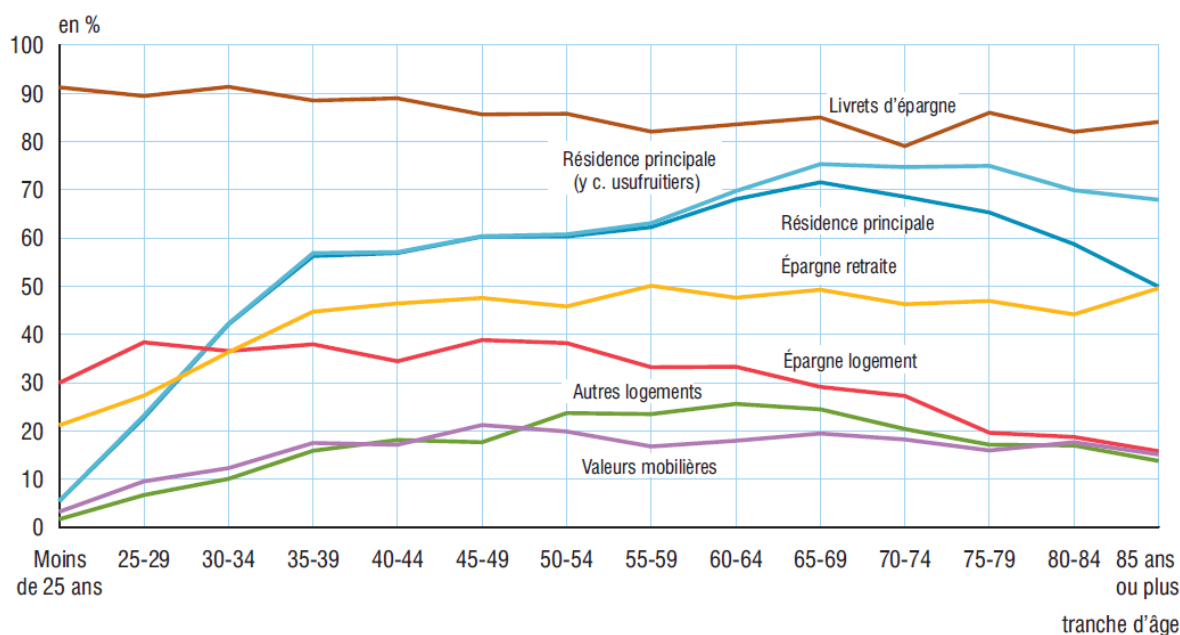
Selon l'enquête Patrimoine 2014-2015 (Insee), près de 71 % des ménages dont la personne de référence est âgée de 60 ans ou plus et résidant en logements ordinaires²³ sont propriétaires de

²¹ Des données de ce type seront prochainement disponibles avec l'appariement de l'enquête CARE d'une part avec les données des conseils départementaux (permettant de repérer les bénéficiaires de l'APA) et d'autre part avec les données fiscales.

²² D'autres facteurs, telle l'évolution des configurations familiales des retraités (seul vs en couple), pourraient aussi influencer sur les ressources, et donc sur le taux de participation. Mais les évolutions de structure devraient rester limitées.

leur résidence principale. La proportion de propriétaires diminue cependant avec l'âge à partir de 65-69 ans pour atteindre 50 % chez les individus de 85 ans ou plus. 20 % des ménages dont la personne de référence à plus de 60 ans sont, généralement en plus de leur résidence principale, propriétaire d'un autre bien immobilier (résidence secondaire, logement donné en location, logement vacant, etc.). Le taux de détention est également décroissant avec l'âge. Par ailleurs, en termes de montant, l'immobilier est l'actif principal de la majorité des ménages. Ainsi en 2015, les biens immobiliers représentent en moyenne 61 % du patrimoine brut des ménages, et pour la moitié des ménages qui détiennent un patrimoine, l'immobilier représente plus de 80 % du patrimoine brut total²⁴.

Figure 2.3. - Taux de détention des actifs patrimoniaux selon l'âge en 2015



Champ : France métropolitaine, ménages ordinaires.

Lecture : 90 % des ménages dont la personne de référence a entre 25 et 29 ans détiennent au moins un livret d'épargne.

Source : Insee, enquête Patrimoine 2014-2015.

Source : Accardo, J., R. Coppoletta-Solotareff, A. Ferrante et M. Romani (2016), « La détention d'actifs patrimoniaux début 2015 », dans Les revenus et le patrimoine des ménages (coordination : A. Boiron et J. Labarthe), Insee Référence, Edition 2016

²³ Sont en particulier exclus du champ les personnes âgées résidant en EHPAD, dont on sait qu'elles sont dans une proportion beaucoup plus faible propriétaires d'un bien immobilier.

²⁴ A. Ferrante, D. Guillas et R. Solotareff (2016), « Entre 2010 et 2015, les inégalités de patrimoine se réduisent légèrement », Insee Première, 1621.

SECTION 2 - LES DEPENSES EXPOSEES PAR LES ALLOCATAIRES DE L'APA ET LEUR PRISE EN CHARGE

I) OPTIONS POLITIQUES

A) La préférence pour le maintien à domicile.

Elle est constamment affirmée, que ce soit pour soi-même ou pour un proche en perte d'autonomie. Ainsi en 2013, d'après le baromètre de la Drees, 63 % des Français ne considèrent pas comme « envisageable » pour eux-mêmes de vivre à l'avenir dans un « établissement pour personnes âgées », proportion en hausse de 10 points depuis 2001. Par ailleurs, si l'un de leurs proches parents était confronté à la perte d'autonomie, huit Français sur dix déclarent préférer que ce dernier reste à son domicile²⁵.

Fin 2015, le taux d'allocataires de l'APA à domicile était de 59%²⁶.

Dans les différents travaux de projection recensés, on trouve deux hypothèses différentes concernant l'évolution du taux d'institutionnalisation.

Dans les projections de la Drees, présentées au Chapitre 1, l'hypothèse retenue est celle d'une répartition stable des effectifs de personnes en perte d'autonomie entre domicile et établissement pour chaque GIR²⁷. Le poids de chaque GIR étant modifié en projection selon les scénarios retenus, le taux d'allocataires à domicile varie légèrement (de 61 % en 2014 à une fourchette de 58,5% à 64 % en 2060 selon les scénarios).

En 2006, le rapport Le Bouler²⁸ adoptait une hypothèse différente avec un taux de maintien à domicile stable pour les personnes très dépendantes (33 %) et une hausse de 10 points pour les personnes moyennement ou peu dépendantes, de 66 % en 2010 à 77 % à l'horizon 2025. En supposant une répartition stable des GIR1 et 2 parmi l'ensemble des GIR, cette hypothèse conduit à une hausse du taux de personnes en GIR 1 à 4 à domicile de l'ordre de 12% à l'horizon 2025²⁹.

L'augmentation de ce taux dépend largement du dynamisme de la politique départementale (ainsi que des taux d'équipement en établissements des autres départements, dont les départements limitrophes) et de la qualité de l'offre des services de proximité.

²⁵ Grobon S., 2014, « Les ménages aisés envisageraient plus souvent de déléguer la prise en charge de leur proche parent dépendant », Dossier Solidarité Santé, DREES, n° 57.

²⁶ Drees 2017, L'aide et l'action sociales en France, édition 2017.

²⁷ R. Roussel, 2017, « Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 », Études et Résultats, Drees, n°1032.

²⁸ Le Bouler S., 2006, Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix - Second rapport de la mission "Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes", rapport Centre d'Analyse Stratégique.

²⁹ D'après le rapport Le Bouler sus-cité, la part des GIR 1 et 2 parmi l'ensemble des GIR 1 à 4 âgés de 75 ans et plus serait quasi stable.

B) Le libre choix

Sans qu'on puisse le définir de façon normative, cet objectif doit être poursuivi.

Concrètement il implique que le maintien à domicile ne soit pas contraint par le coût des établissements ; à l'inverse que les aidants soient soutenus de façon efficace.

L'équilibre géographique de l'offre en services et en établissement doit être amélioré.

Dans son scénario de réforme de l'APA, que l'on examinera dans le chapitre 5, le CAE³⁰ adopte le principe de ne plus conditionner l'allocation au lieu de vie choisi par le bénéficiaire. Une fois recalée la valeur du coût du maintien à domicile en prenant en compte de façon réaliste l'apport des aidants, et amélioré substantiellement les aides publiques en établissement, le principe de neutralité conduirait à borner l'aide publique au schéma le plus économique pour les finances publiques. Les allocataires resteraient bien entendu libres de choisir le schéma le plus coûteux ; mais ce serait à leurs frais.

C) Entre une ambition égalitaire et les aléas de la décentralisation

La loi définit un objectif d'égalité entre les allocataires (c'est l'objet de l'article 232-2 du code de l'action sociale et des familles qui précise que « cette allocation [l'APA] est définie de manière identique sur l'ensemble du territoire national »).

Mais la gestion décentralisée conduit – fatalement – à des écarts de pratique. On verra ci-dessous qu'ils sont importants et pour partie mal expliqués.

Le renforcement des études sur les pratiques des départements et l'élaboration de référentiels sont de nature à réduire la contradiction entre les deux principes d'égalité et de gestion décentralisée.

II) LES DEPENSES EXPOSEES PAR LES ALLOCATAIRES

On les connaît mal parce qu'on ne recense avec précision que les dépenses exposées au titre des plans notifiés dans la limite des plafonds de l'APA. La masse notifiée est de l'ordre de 4,4Md€ fin 2011³¹.

Il faudrait, pour approcher les dépenses effectives, rajouter celles qui se situent au-dessus du plan notifié, ne pas compter celles qui ne sont pas consommées et disposer des dépenses telles qu'elles sont effectivement facturées.

Ces dépenses sont partiellement couvertes par des aides publiques : l'APA (III), les réductions de prélèvements obligatoires (IV).

Les ménages supportent le reste à charge sur leurs ressources personnelles. Ils sont par ailleurs aidés par leurs proches (IV).

³⁰ Note du CAE n°35 (octobre 2016) en Annexe 4, chapitre 5.

³¹ Fizzala A., (2015), « Autonomix, un outil d'évaluation de mesures portant sur les personnes âgées dépendantes », *Economie et Statistique*, n°481-482, 2015.

III) L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)

Elle est gérée par les départements.

A) La conception de l'allocation

Elle a été arrêtée en 2002 et n'a guère varié depuis lors.

1) Conditions d'attribution

L'APA à domicile est attribuée à partir de 60 ans pour les allocataires vivant à leur domicile ou en résidence autonomie³² ou en accueil familial³³.

2) La prestation est une allocation personnalisée, ajustée aux besoins de l'allocataire

Son montant est fixé en fonction du degré de perte d'autonomie des bénéficiaires apprécié à partir d'une grille d'évaluation, la grille AGGIR, dans le cadre d'une évaluation menée par les équipes médicosociales des conseils départementaux.

La loi ASV a instauré en 2017 une évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants, avec un référentiel produit par la CNSA (encadré 2.2).

Encadré 2.2 - L'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants dans le cadre de l'APA³⁴.

La CNSA a élaboré un référentiel avec des départements volontaires. Il a été publié par arrêté le 5 décembre 2016, accompagné d'un *Guide d'utilisation du référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants*³⁵. En partenariat avec la CNSA, le CNFPT organise à partir du 2nd semestre 2017 la formation des évaluateurs en charge de l'APA. Construite avec des départements et un réseau de formateurs, cette formation vise à accompagner les évolutions de pratiques de ces professionnels.

« Ce référentiel pour l'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants, prévu à l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles, vise à guider les équipes médico-sociales des départements en charge de l'instruction de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et, le cas échéant, les professionnels auxquels le département a confié toute ou partie de cette instruction, dans l'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée qui sollicite la prestation ou une révision de celle-ci, et de ses proches aidants. Cette évaluation est globale et aborde différentes dimensions, qui portent notamment sur la réalisation par la personne des activités de la vie quotidienne, son environnement, son habitat, son entourage, les aides déjà mises en œuvre, en tenant compte tout au long de l'évaluation de ses

³² Ou « logement-foyer ». Les logement-foyers représentaient 21% des structures d'hébergement pour personnes âgées et 15% des places fin 2011 (*Etudes et résultats*, n°877).

³³ L'accueil familial, instauré en 1989 (formule d'accueil par des particuliers à domicile, moyennant rémunération, de personnes âgées de plus de 60 ans ou de personnes handicapées adultes n'appartenant pas à leur famille jusqu'au 4^{ème} degré inclus), reste marginal. Une enquête sur l'accueil familial, réalisée par l'Ifrep fin 2014 et publiée en avril 2015, montre que, fin 2013, 6 700 personnes âgées ont été accueillies et 7 404 accueillants étaient agréés dont 94 % pour un accueil à temps complet.

³⁴ Article 41 de la loi ASV, modifiant l'article L.232-6 du Code de l'action sociale et des familles : « L'équipe médico-sociale : [...] 2° Évalue la situation et les besoins du demandeur et de ses proches aidants. Cette évaluation est réalisée dans des conditions et sur la base de référentiels définis par arrêté du ministre chargé des personnes âgées »

³⁵ CNSA, décembre 2016.

<http://www.cnsa.fr/documentation/formulaires/support-pour-levaluation-multidimensionnelle-apa>

souhaits et de ses projets. Son objectif est l'élaboration d'un plan d'aide pour compenser sa perte d'autonomie et, le cas échéant, l'identification de toutes les aides utiles au soutien à domicile du bénéficiaire, y compris dans un objectif de prévention, ou au soutien de ses proches aidants, non prises en charge dans le cadre de l'allocation attribuée. Lors de cette évaluation, l'évaluateur s'attachera à identifier les ressources et les potentialités de la personne qui devront être prise en compte pour l'élaboration du plan d'aide.

L'ensemble des dimensions défini dans le référentiel doit être abordée, le ou les évaluateurs adaptent le déroulé de l'entretien, les dimensions à approfondir, l'ordre d'examen des items, et les formulations en fonction de la situation de chaque personne et de la nature et du contexte de la demande (première demande, demande de révision, renouvellement, urgence...).

Sur la base de ce référentiel, chaque département détermine l'outil de recueil de données utilisé par l'équipe médico-sociale. Cet outil peut être complété notamment pour approfondir certaines dimensions.

L'évaluation conduite par l'équipe médico-sociale peut être enrichie des éléments recueillis ou transmis par des partenaires notamment le médecin traitant, les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), les gestionnaires de cas relevant de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA). »³⁶

Selon le rapport du groupe n°1 sur la prise en charge de la dépendance de 2011, « la validité d'AGGIR comme instrument de mesure de la dépendance est assez généralement reconnue, concurrentement à celle de très nombreux autres instruments utilisés en France ou à l'étranger (échelle de Katz ; méthode RAI Résident Assessment Instrument ; système de mesure de l'autonomie fonctionnelle -SMAF) dont elle reprend très largement les critères. Il n'en reste pas moins qu'AGGIR est très marqué par une approche purement sanitaire et fonctionnelle de la perte d'autonomie et ne décrit pas l'environnement humain et matériel des personnes. »³⁷.

Cette approche appelle deux remarques :

- Comme l'utilisation de la grille AGGIR repose sur des appréciations faites par l'équipe médico-sociale des services du département et non sur des critères objectifs et précis, il est normal qu'on constate une variation dans le taux d'admission et le classement en GIR.
- Il n'y a pas eu de révision de la grille initiale. Or, pour certains, les plafonds ne sont pas cohérents avec les particularités de certaines démences séniles.

Certains évoquent la nécessité de revoir la grille AGGIR, en la complétant le cas échéant avec des items issus d'autres grilles (par exemple la grille FRAGIRE utilisée en Bourgogne-France-Comté³⁸).

Compte tenu de la forte diffusion et utilisation de la grille AGGIR, une refonte de l'outil ne pourrait intervenir qu'après des travaux d'étude de la validité de la grille et de son insertion dans l'évaluation multidimensionnelle récemment introduite d'une part, des conditions de son utilisation par les équipes médicosociales d'autre part.

³⁶ arrêté du 5 décembre 2016 fixant le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants.

³⁷ Morel A., Veber O., (2011), *Société et vieillissement*, rapport du groupe n°1 sur la prise en charge de la dépendance.

³⁸ La grille FRAGIRE est un outil de détection et d'évaluation des fragilités des personnes âgées en GIR 5 et 6 qui est actuellement utilisé pour les retraités non dépendants faisant appel à l'action sociale vieillesse de la CNAV, la CCMSA et du RSI. Son développement a été piloté par le pôle de Gérontologie et d'innovation Bourgogne-France-Comté. La détermination du degré de fragilité (faible, intermédiaire, élevé) repose sur 18 items et 3 tests et doit être administré par un professionnel de l'accompagnement et social.

3) Une variation inévitable dans les procédures d'établissement et le contenu des plans d'aide

4) Le principe de révision

Comme la situation de l'allocataire évolue dans le temps, la décision d'attribution de l'APA doit être révisée périodiquement dans le délai qu'elle détermine.

Le montant de l'allocation peut également être révisé à tout moment à la demande du bénéficiaire en cas de modification de son état de santé ou de tout événement impliquant une modification de ses ressources ou de celles de son ménage, ou de son besoin d'aide.

a) Nous ne disposons en l'état que d'analyses anciennes.

Une publication de la DREES donne des informations sur la fréquence de ces révisions pour les allocataires au 31 décembre 2007³⁹ (tableau 2.3) ; une autre publication donne l'ancienneté dans l'APA fin 2007⁴⁰.

On en conclut que la population des bénéficiaires de l'APA à domicile se répartit globalement en quatre sous-populations de taille à peu près égale :

- 26% des bénéficiaires de l'APA fin 2007 (environ 165 00 personnes) ont une ancienneté dans l'APA de moins d'un an ;
- un autre quart a bénéficié d'une révision au cours de l'année 2007 ;
- un quart également a eu sa première évaluation ou sa dernière révision en 2006, soit l'année précédente ;
- le dernier quart a eu sa première évaluation ou sa dernière révision en 2005 ou avant.

Tableau 2.3. - Répartition des bénéficiaires selon la date de dernière révision de l'APA

Année de dernière révision* des droits APA	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Répartition des bénéficiaires	2%	3%	5%	14%	25%	51%

* pour les personnes n'ayant pas eu de révision il s'agit de l'année de l'ouverture des droits à l'APA.

Lecture • 5% des bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2007 ont eu une révision de leur plan d'aide pour la dernière fois en 2004 ou ont eu des droits ouverts en 2004 sans révision depuis.

Champ • France métropolitaine (extrapolation à partir des données de 23 départements), bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2007.

Sources • Données individuelles 2006-2007, DREES.

Il est impératif de disposer de données plus récentes.

b) L'article 93 de la loi ASV

Pour rendre rapidement effective la réforme de la loi ASV, les départements avaient jusqu'au 1^{er} janvier 2017 pour réexaminer la situation et éventuellement réviser le plan d'aide des bénéficiaires de l'APA dont le plan d'aide atteint 96% du plafond du plan d'aide afférent à leur GIR avant réforme. Si ce délai n'est pas respecté, l'article 7 du décret n°2016-210 du 26

³⁹ Bérardier M., Debout C., (2011), « Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables », *Etudes et résultats*, DREES n°748, février.

⁴⁰ Bérardier M., (2014), *op. cit.*

février 2016 prévoit la majoration du plan d'aide des personnes concernées à hauteur de 50% de l'écart entre le montant du plan d'aide accepté par le bénéficiaire et le nouveau plafond du plan d'aide afférent au GIR du bénéficiaire.

5) L'APA est une « allocation en nature »

Elle est affectée au paiement de prestations définies (ce n'est pas un « chèque » dont le bénéficiaire aurait le libre emploi). Sa consistance est définie dans le plan d'aide qui est convenu entre les équipes médico-sociales des départements et l'allocataire (plan notifié) dans la limite du plafond propre à chaque GIR. Les interventions (notamment le nombre d'heures d'intervenants) sont valorisées au tarif fixé par le département.

Le plan d'aide comporte notamment :

- * la nature des différentes aides (humaines, techniques, produits, portage de repas, aide au répit de l'aidant...)
- * le volume d'heures d'aide à domicile
- * le taux et le montant de la participation financière demandée au bénéficiaire
- * le montant de l'allocation

L'essentiel de la valeur des plans d'aide correspond à des heures d'intervention à domicile⁴¹. Les plans d'aide ne contenant que des aides techniques (et aucune aide humaine) sont rares (cf. ci-dessous).

6) Une réticence à rétribuer l'aidant familial

Pour ses concepteurs, l'APA sert normalement à solvabiliser des interventions de professionnels. On ne peut donc pas rétribuer son conjoint, dont l'aide relève du devoir d'assistance entre époux⁴². Mais on peut le faire pour un proche qu'on salarie (ce serait une pratique de très faible fréquence)⁴³.

7) L'APA est une allocation universelle (tout le monde y a droit) mais son montant dépend des revenus de l'allocataire.

L'allocation couvre la totalité du plan notifié (dans la limite d'un plafond) pour les personnes isolées dont l'assiette ressources est inférieure à 801€ par mois au 1^{er} mars 2016. Elle ne couvre plus que 10% du plan notifié lorsque cette assiette dépasse 2 945€ par mois.

Ce système de bornes appelle deux remarques :

- les bornes sont revalorisées comme la majoration pour tierce personne qui est elle-même indexée sur les prix ;

⁴¹ En moyenne (sur les 72 départements répondants) fin 2015, 93% des montants versés d'APA à domicile sont mobilisés pour financer le recours à un intervenant à domicile (DREES, L'aide et l'action sociales en France-édition 2017).

⁴² Article 212 du Code civil.

⁴³ En 2003, le salariat des aidants familiaux dans le cadre de l'Apa concernait 8% des bénéficiaires (Petite S., Weber A., 2006, « Les effets de l'Allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées », Etudes et Résultats, n°459).

- la borne inférieure est, depuis la loi ASV, identique à l'ASPA (anciennement minimum vieillesse)⁴⁴.

8) Il n'y a recours ni à l'obligation alimentaire ni à récupération sur succession.

B) Définition et évolution des plafonds de l'APA jusqu'à la loi ASV

1) Le montant initial des plafonds

C'est l'analyse des besoins qui a permis à l'époque de définir le montant des plafonds. A partir de la grille AGGIR qui classe les personnes en fonction des restrictions d'activité qu'elles supportent, on a ainsi déterminé en 2002 le niveau plafond des prestations à financer.

2) L'indexation des plafonds

- Les plafonds sont depuis l'origine indexés sur les prix. La loi ASV n'a pas modifié cette règle.

Cette indexation conduit à une diminution du volume des prestations finançables lorsque le coût unitaire des prestations évolue plus vite que les prix.

- sur la période passée, nous avons essayé d'évaluer cet écart par deux approches

* La Direction de la Sécurité sociale (DSS) a mené une analyse sur cas type en chiffrant le coût chargé d'un salarié à 1 Smic et 1,3 fois le Smic en mode prestataire (tableaux en *Annexe 1*). Il s'agit d'une approche simplifiée et partielle. Les valeurs absolues n'ont donc pas de sens en elles-mêmes ; il faut s'intéresser aux évolutions. Ces dernières permettent de savoir dans quelle mesure les mesures d'allègements de cotisations sociales ont pu modérer les effets de la hausse du Smic qui l'aurait rendu beaucoup plus dynamique que les plafonds APA, qui sont eux indexés sur les prix.

On constate que les mesures de réduction des cotisations sociales intervenues sur la période ont partiellement compensé la hausse du salaire. La hausse du coût en euros constants est limitée. L'effritement de la valeur du plafond (stable en euros constants) est donc modeste : pour une entreprise prestataire, le plafond associé au GIR1 permettait de financer 118,5 heures par mois à 1 Smic en 2002 et 115,1 heures par mois en 2015, soit une baisse de -3% sur la période (soit -0,22% par an).

* la valeur de la prestation d'aide-ménagère retenue par la CNAV pour arrêter son barème d'aide a augmenté de 22 % en euros constants depuis 2003, contre +34% pour le SMPT (cf. *Annexe 2*)

- pour l'avenir, la plupart des experts pensent que le coût en euros constants des services rendus aux allocataires (dans lequel le salaire est majoritaire) augmentera.

L'écart coût/prix se traduit par des effets de grande ampleur quand on raisonne sur le long terme. Ainsi dans les projections de la DREES des dépenses en faveur des personnes âgées dépendantes à l'horizon 2060⁴⁵, on constate un écart considérable sur les dépenses d'APA en 2060 en fonction du scénario d'indexation retenu. Avec une indexation sur les prix

⁴⁴ En revanche, un « coup de pouce » sur l'ASPA, comme celui actuellement envisagé, conduirait à déconnecter son montant de celui du plafond de ressources pour l'APA.

⁴⁵ R. Roussel, 2017, *op. cit.*

(réglementation constante), les financements publics pour l'APA à domicile s'élèveraient à 0,22 points de PIB en 2060 et à 0,43 points de PIB dans un scénario d'indexation sur les salaires⁴⁶ (ces dépenses s'élèvent à 0,16 points de PIB en 2014).

Il faut poursuivre les analyses sur le coût des facteurs dans l'aide à domicile pour tenir compte, à côté du coût salarial, des autres charges des prestataires et des gains d'efficacité qui sont envisageables.

C) Le plan d'aide définit le mode de gestion adopté par l'allocataire

1) Les modes d'intervention

L'allocataire de l'APA doit choisir entre trois modes d'intervention⁴⁷ : gré à gré (il est l'employeur direct des salariés qui vont intervenir à son domicile et dont il organise le recours) ; mandataire (l'intervenant à domicile est employé et payé par le particulier dans le cadre d'un contrat de travail mais les formalités administratives sont gérées par le service) ; prestataire (l'intervention « tout compris » est assurée par un service d'aide à domicile qui est l'employeur).

Ces différents modes d'intervention sont de coûts différents ; la qualité des services (formation du personnel, garantie de présence effective) peut varier ; il en est de même des contraintes d'organisation pesant sur l'allocataire.

D'après la Drees⁴⁸, 82 % des dépenses couvertes par l'APA dans le cadre de rémunérations d'intervenants à domicile concernent des services prestataires contre 4% pour les services mandataires et 14% en gré à gré

La répartition globale entre modes de gestion est à peu près stable entre 2010 et 2014⁴⁹.

Si on raisonne en termes d'heures fournies, les services autorisés fournissent une large partie des heures subventionnées dans le cadre de l'APA (figure 2.4). En 2012, dans 87% des 69 départements répondants à l'enquête⁵⁰, les SAAD autorisés fournissent plus du tiers de ces heures APA. Pour près d'un département sur deux, ils fournissent au moins deux tiers des heures APA.

⁴⁶ Encore certains pensent que l'évolution des coûts sera supérieure à celle du salaire moyen.

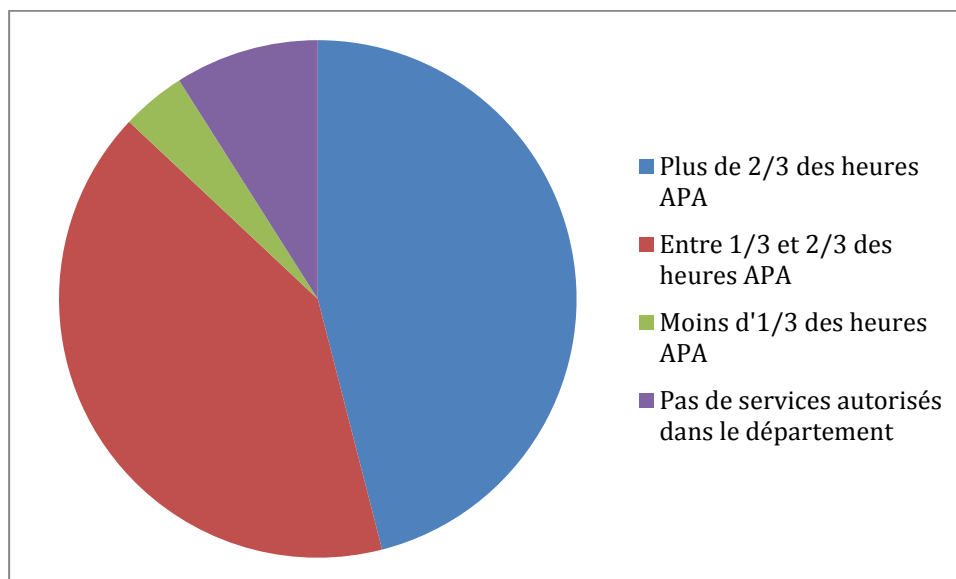
⁴⁷ Voir la fiche de la DGCS sur les modes d'intervention à domicile en *Annexe 3*.

⁴⁸ Drees 2017, *L'aide et l'action sociales en France*, édition 2017.

⁴⁹ Depuis l'instauration de l'APA, les modes « emploi direct et mandataire » diminuent très sensiblement (la part de particulier employeurs bénéficiaires de l'APA de 36% en 2004 à 20% en 2013) (cf. annexe 3).

⁵⁰ Hege R., Roquebert Q., Tenand M., Gramain A., 2014, « La tarification des services d'aide à domicile : un outil au service des politiques départementales ? », Note MODAPA n°2

Figure 2.4 – Répartition des départements selon la proportion des heures APA assurées par des services autorisés⁵¹



Source : enquête Territoire (2012) ; 69 conseils généraux répondants

Lecture : dans 46 % des départements répondants, les services autorisés fournissent plus de 2/3 des heures subventionnées dans le cadre de l'APA

Le choix du mode d'intervention incombe à l'allocataire. Mais pour les plus dépendants (GIR 1 et 2, soit 19% des allocataires à domicile), le mode prestataire est retenu sauf refus exprès du bénéficiaire. Par ailleurs, pour dissuader l'allocataire ayant opté pour le gré à gré d'avoir recours à des personnels non formés, on avait prévu que dans ce cas (non souhaité), il supporterait une participation financière plus élevée que le droit commun. Faute de texte d'application, ce principe n'a pas connu de mise en œuvre effective. Cette pénalité a été abandonnée dans la loi ASV⁵².

Malgré cette volonté d'orientation vers le mode prestataire, en 2011, 22,3 % des personnes en GIR 1 et 16,1 % des individus en GIR 2 recourent uniquement à un service gré à gré dans le cadre d'un plan notifié (tableau 2.4.)⁵³. Près de 10 % en GIR 1 et 8,6 % en GIR 2 recourent uniquement au service mandataire. Parmi ces GIR 1 et 2, ce sont donc respectivement 60 % et 69 % qui recourent uniquement à un service prestataire. Ce recours au service prestataire est plus répandu au sein des GIR 3 et 4 et concernent 75 % des bénéficiaires.

⁵¹ Hege R., Roquebert Q., Tenand M., Gramain A., 2014, *op. cit.*

⁵² Le décret 2016-210 (relatif à la revalorisation et à l'amélioration de l'APA et simplifiant l'attribution des cartes d'invalidité et de stationnement) supprime la majoration de la participation du bénéficiaire prévue en cas de recours à un salarié en emploi direct ne répondant pas à certaines exigences de qualification ou d'expérience.

⁵³ N. Couvert, 2017, « Allocation personnalisée d'autonomie : les aides apportées aux personnes âgées », *Études et Résultats*, Drees, n°1033.

Tableau 2.4. : Répartition des bénéficiaires dont le plan notifié comporte de l'aide humaine, selon le type de service d'aide humaine sollicité

	Service prestataire uniquement	Service mandataire uniquement	Service gré à gré uniquement	Plusieurs services	Total
Ensemble	75,4%	7,1%	14,0%	3,5%	100,0%
GIR 1	60,3%	9,9%	22,3%	7,5%	100,0%
GIR 2	69,2%	8,6%	16,1%	6,1%	100,0%
GIR 3	73,9%	7,7%	14,1%	4,3%	100,0%
GIR 4	78,3%	6,3%	13,0%	2,3%	99,9%

Lecture : 73,9% des bénéficiaires en GIR 3 dont le plan notifié propose de l'aide humaine sollicitent exclusivement un service prestataire.

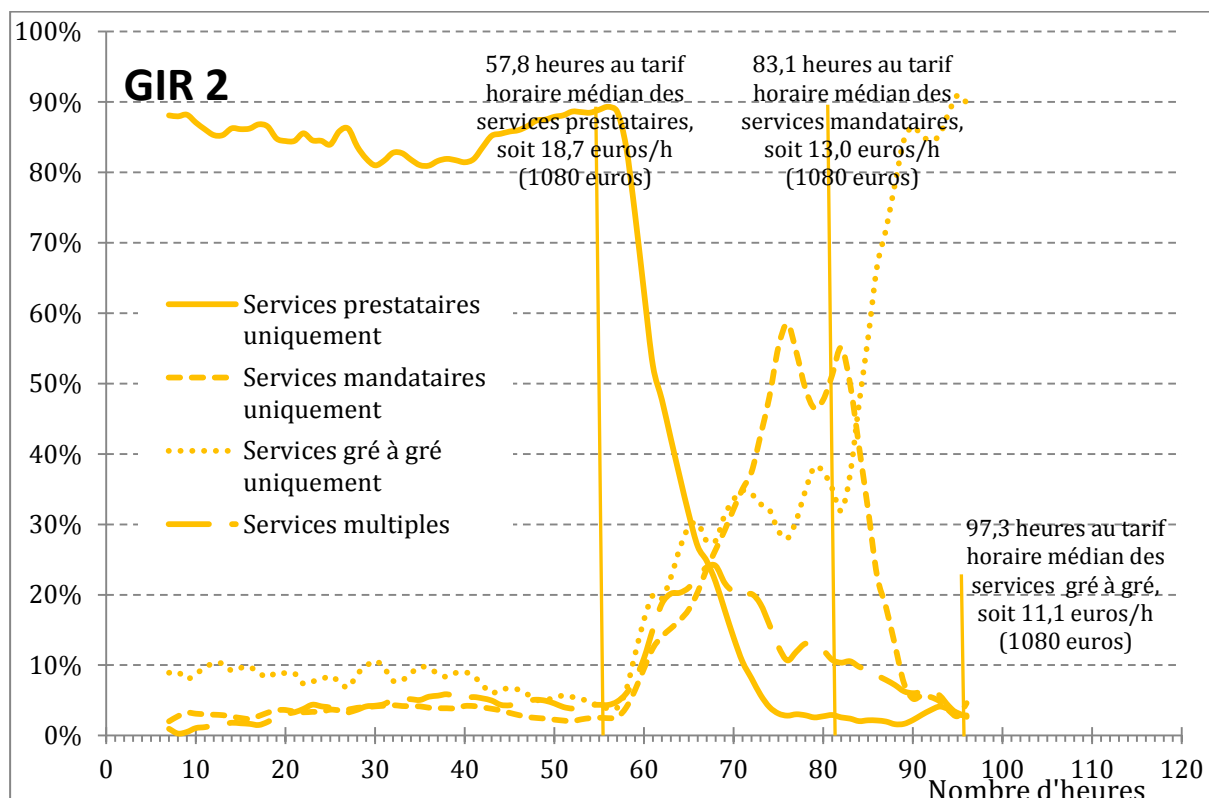
Champ : France métropolitaine, bénéficiaires ayant des droits ouverts pour l'APA à domicile au 31 décembre 2011.

Source : DREES – Données individuelles APA 2011

Le coût est certainement un des éléments d'explication à ce recours plus répandu à un service gré à gré au sein des GIR 1 (et 2). Sur données 2011, lorsqu'on étudie le type de service auquel les individus ont recours en fonction du nombre d'heures notifiés dans le plan d'aide, on constate que quel que soit le GIR, le recours au service prestataire est prépondérant (de 80 à 90 %) tant que le plafond n'est pas atteint (par exemple, dans le cas d'un GIR 2, à 57, 8 heures au tarif horaire médian des services prestataires, soit 18,7 euros/h (1080 euros)). Lorsque les plans notifiés comportent un nombre d'heures supérieur, on constate à la fois un plus grand recours à différents services (combinaison) mais aussi une hausse au recours unique à un service mandataire ou à un service de gré à gré (figure 2.5). Ce dernier devient le cas de figure le plus fréquent quand le nombre d'heures est très élevé.

Ce phénomène s'observe pour tous les GIR, mais les plans avec un nombre d'heures conduisant à dépasser le niveau du plafond au tarif prestataire sont plus nombreux au sein des GIR 1 et 2 (cf. ci-dessous, contenu des plans d'aide).

Figure 2.5. – Taux de recours aux différents types de services d'aide humaine, dans les plans d'aide comportant de l'aide humaine, selon le nombre d'heures mensuelles notifiées, pour un bénéficiaire en GIR 2⁵⁴.



Lecture : Les bénéficiaires de l'APA en GIR 2 sollicitant 40 heures mensuelles notifiées pour l'aide humaine sont 82 % à recourir exclusivement à des services prestataires, 9 % à recourir exclusivement à des services de gré à gré, 4 % à recourir exclusivement à des services mandataires, et 5 % recourent à différents types de services d'aide humaine conjointement.

Champ : France métropolitaine, bénéficiaires ayant des droits ouverts pour l'APA à domicile au 31 décembre 2011 et dont le plan notifié prévoit de l'aide humaine.

Source : DREES – Données individuelles APA de 2011.

En 2014-2015, le coût horaire pour la personne âgée dépendante se situerait aux environs de 20 à 21 € pour le mode prestataire⁵⁵ contre 15 à 16 €⁵⁶ pour le mode mandataire et 14 € pour le gré à gré⁵⁷.

Pour un nombre d'heures jugé adéquat aux besoins de l'allocataire, la charge financière du département et de l'allocataire varie donc sensiblement avec le mode d'intervention.

⁵⁴ Des graphiques similaires pour les autres GIR sont disponibles dans N. Couvert, 2017, *op. cit.*

⁵⁵ Ce coût correspond à la médiane des tarifs fixés par les départements pour les services tarifés (annexe 4b).

⁵⁶ Peu de données sont disponibles mais il semble que le service mandataire conduise à un ajout de 1 à 2 euros par heure au tarif de l'emploi direct.

⁵⁷ L'observatoire des particuliers employeurs de la Fédération des particuliers employeurs de France (FEPEM), dans son rapport de la branche salariés du particulier employeur, reporte un salaire horaire net moyen (hors congés payés) en 2014 pour les salariés des particuliers employeurs fragiles de 9,61 € (avec des variations de 8,27 € dans le Pas-de-Calais à 11,12 € dans les Yvelines). En tenant compte des charges sociales patronales (et des exonérations pour les bénéficiaires de l'APA) et en prenant une provision de 10% pour les congés payés, le coût global de l'heure atteindrait de 14,20 €.

2) La valorisation du plan d'aide

Le plan d'aide « en heures » ainsi élaboré est valorisé par l'application, pour chaque mode de gestion, d'un tarif horaire défini librement par le Département (cf. *infra*)⁵⁸.

Par ailleurs il arrive que ce tarif soit inférieur à celui utilisé par les SAAD dans la facturation effective de leurs services aux allocataires. L'écart est alors à la charge de l'allocataire⁵⁹, qui devra s'acquitter de ce coût supplémentaire au-delà de la participation définie par le barème de l'APA.

Ce phénomène s'observe dans le secteur non tarifé, dans lequel les prix sont libres. Mais il se développe aussi dans le secteur administré et tarifé. Cela signifie que le département peut tarifer un SAAD à un niveau différent du tarif retenu pour le calcul du montant de l'APA et ne pas prendre en charge le différentiel de coût. D'autres formes de sur-ticket modérateur peuvent aussi apparaître comme l'instauration d'une participation personnelle supplémentaire par heure d'aide, au-delà du ticket modérateur⁶⁰. On ne dispose pas d'informations sur le degré de cette pratique au niveau départemental et lorsqu'elle existe sur l'ampleur du sur-ticket modérateur.

D) Montant des plans d'aide notifiés fin 2011⁶¹

1) La masse des montants notifiés est proche de 4,4Md€.

2) Moyenne et médiane des plans notifiés⁶²

La moyenne des plans notifiés fin 2011 est de 519€ par mois et la médiane de 466€ par mois (tableaux 2.5 et 2.6).

Elles varient avec le niveau de GIR : le montant du plan d'aide notifié baisse entre le GIR 1 et le GIR 4 ; en revanche, le plan d'aide moyen (ou médian) représente une part du plafond qui croît entre le GIR 4 et le GIR 1.

⁵⁸ Voir sur ce point C. Bourreau-Dubois, A. Gramain, 2014, « La solvabilisation des plans d'aide APA comme outil décentralisé d'assurance et de redistribution », Document de Travail du Beta, n° 2014 – 8.

⁵⁹ Voir sur ce point :

Fizzala A, (2016), « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », *Les Dossiers de la DREES*, n°1, DREES, mars 2016 ;

Fizzala A., (2015), Bérardier M., (2014), *op. cit.*

⁶⁰ La Cour des Comptes (2016) indique ainsi dans son rapport « Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie » que « le département de l'Orne a instauré en juin 2013 une participation personnelle d'un euro cinquante par heure d'aide à domicile pour tous les allocataires de l'APA dans la limite de 50 heures par mois. », p. 87.

⁶¹ Fizzala A, (2016), *op. cit.*

⁶² Fizzala A., (2015), *op. cit.*

Tableau 2.5. - Moyenne des plans notifiés en fonction du niveau du GIR fin 2011

	GIR 1	GIR2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
Moyenne (en euros)	1 040	834	612	367	519
Moyenne en % du plafond APA	85%	78%	76%	68%	-
Masse des plans d'aides notifiés (en millions d'euros)	218	1 224	1 124	1 788	4 354
Nombre de bénéficiaires APA à domicile	17 465	122 253	152 991	405 881	698 590

Champ : France métropolitaine – Bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2011

Source : Autonomix, Fizzala A., (2015), « Autonomix, un outil d'évaluation de mesures portant sur les personnes âgées dépendantes », Economie et Statistique, n°481-482

Tableau 2.6. - Médiane des plans notifiés en fonction du niveau du GIR fin 2011

	GIR 1	GIR2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
Médiane (en euros)	1 166	927	660	359	466
Médiane en % du plafond APA	95%	87%	82%	67%	-

Champ : France métropolitaine – Bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2011

Source : Bérardier M., (2014), « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011 », Etudes et résultats, DREES, n°876

3) Le montant du plan est très au-dessous du plafond pour le premier quartile des plans notifiés en GIR 4

Fin 2011, le premier quartile des plans notifiés en GIR 4⁶³ s'établit à 252 €, soit 47% du plafond.

Il y a donc des « petits plans », très proches du 350€ dont on verra plus loin que c'est le niveau en-dessous duquel la loi ASV n'a pas amélioré l'APA.

4) Un quart des plans d'aide sont « saturés » en 2011

Fin 2011, 26% des plans d'aides sont « saturés », au sens où ils atteignent 96 % du plafond APA en vigueur⁶⁴ (pour le GIR considéré) (tableau 2.7).

En cas de « saturation » du plan d'aide, les dépenses éventuellement effectuées au-dessus du plafond ne sont pas prises en compte par l'APA. Elles sont certes partiellement couvertes par la réduction d'impôt pour l'emploi à domicile ; mais cette réduction en 2011 est rare (moins de la moitié des allocataires en bénéficient car il faut être imposable) et son montant est faible (notamment pour les personnes dont le montant de l'impôt est faible).

⁶³ Soit les 25% de plans notifiés les plus bas pour le GIR 4.

⁶⁴ Fizzala, (2016), *op. cit.*

L'essentiel de la dépense « au-dessus du plafond » est donc à la charge de l'allocataire avec deux conséquences : le reste à charge peut le dissuader de compléter son plan notifié, aux dépens de sa qualité de vie ; le « reste à vivre » se dégrade s'il expose des dépenses au-dessus du plan.

Tableau 2.7. - Taux de saturation des plans d'aide (au seuil de 96%) fin 2011⁶⁵

GIR 1	GIR2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
49%	39%	33%	19%	26%

Champ : France métropolitaine – bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2011

Source : données individuelles APA 2011 - DREES

5) L'analyse du niveau des plans et du taux de saturation appelle trois remarques

a) Le taux de saturation dépend des caractéristiques du ménage de l'allocataire⁶⁶

- il est plus faible lorsque l'allocataire vit en couple notamment parce que son conjoint l'aide dans la vie quotidienne ;

- il augmente avec l'âge. La situation où l'allocataire vit seul est plus fréquente et l'apport « en nature » du conjoint diminue avec la force de celui-ci ;

- il est plus élevé lorsque l'allocataire est une femme (l'apport de son conjoint, peu habitué aux tâches domestiques et au « care », est plus faible)⁶⁷ ;

- il augmente avec l'ancienneté dans l'APA (bien que cet effet spécifique soit difficile à chiffrer puisque l'ancienneté est en partie corrélée avec l'âge).

⁶⁵ Fizzala A, (2016), *op. cit.*

⁶⁶ Bérardier M., Debout C., (2011), *op. cit.*

⁶⁷ Il y a une corrélation entre les deux facteurs, sexe et âge, puisque l'âge moyen des femmes de plus de 60 ans est plus élevé que celui des hommes.

➤ **Tableau 2b • Taux de saturation par GIR, âge et situation de couple (Seuil de saturation à 96 %)**

Situation	Sexe	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
Seul	Homme	52 %	47 %	38 %	22 %	29 %
Seul	Femme	56 %	49 %	40 %	22 %	31 %
Couple	Homme	34 %	21 %	17 %	12 %	16 %
Couple	Femme	46 %	30 %	23 %	13 %	19 %
Ensemble		49 %	39 %	33 %	19 %	26 %

Lecture : 40 % des femmes bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR 3 et ne vivant pas en couple ont un plan d'aide saturé au seuil de 96 %.

Champ : France métropolitaine - Bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2011.

Source : Données individuelles APA 2011 – DREES.

Source : Fizzala (2016), *op. cit.*

b) Le taux de saturation varie avec le revenu

Il est plus élevé pour les allocataires les plus modestes (figure 2.6). Le reste à charge qui leur incombe est faible, voire nul ; il n'y a donc pas de raison financière qui les freine dans la discussion qu'ils ont avec les équipes du département en charge de l'instruction du dossier.

Il est élevé pour les ménages les plus aisés. Bien que l'APA qui leur est attribuée par le département soit réduite (elle est limitée à 10% du plan d'aide pour les allocataires dont l'assiette de calcul de l'APA est supérieure à 2 945€ par mois), ils ont les moyens de payer sur leurs deniers un volume important de prestations, la moitié de leur reste à charge faisant d'ailleurs l'objet d'une réduction d'impôt.

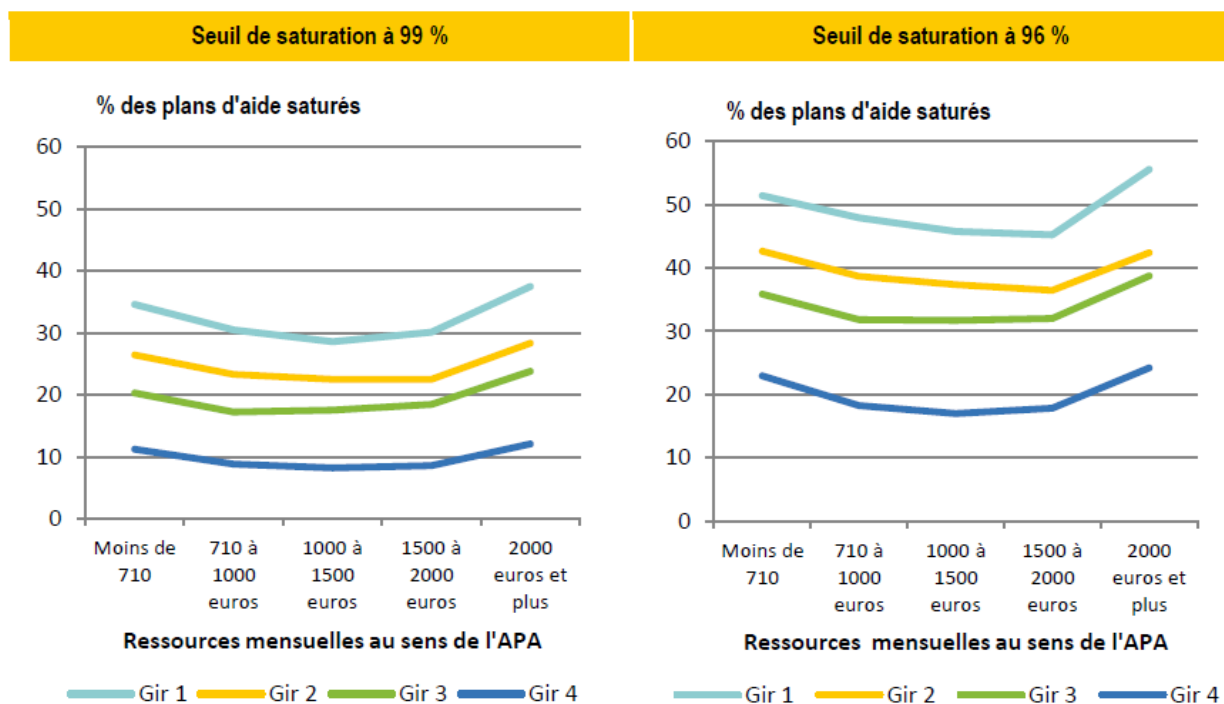
En revanche, les petites classes moyennes ont un taux de saturation plus bas (le reste à charge est déjà significatif et la réduction d'impôt est faible puisqu'elle ne peut, par définition, dépasser le montant de l'impôt dû)⁶⁸.

⁶⁸ Voir sur ce point :

- Bourreau-Dubois C., Gramain A., Lim H., Xing J., Roquebert Q., (2014), « Les déterminants du volume d'aide professionnelle pour les bénéficiaires de l'APA à domicile : le rôle du reste-à-charge », Collection Notes MODAPA n °1. Les auteurs concluent qu'une augmentation du reste à charge horaire de 10% conduit à une baisse du volume d'heures professionnelles de 5,5%.

- Bérardier M., Debout C., (2011), *op. cit.*

Figure 2.6. – Taux de saturation des plans d'aide en fonction des ressources des bénéficiaires



Lecture : 8,6 % des bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR 4 et dont les ressources sont comprises entre 1 500 et 2 000 euros ont un plan d'aide saturé au seuil de 99 %. Ils sont 31,1 % lorsque l'on choisit un seuil de saturation de 96 %.

Champ : France métropolitaine - Bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2011.

Source : Données individuelles APA 2011 – DREES.

Source : Fizzala (2016), *op.cit.*

c) On constate⁶⁹ (sauf en GIR 1 dont on rappelle qu'il ne concerne que 2 % des allocataires fin 2011) une baisse significative de la médiane des plans notifiés (en euros courants) et une baisse importante du taux de saturation entre 2007 et 2011.

Tableau 2.8 – Evolution de la médiane des plans notifiés et des taux de saturation des plans d'aide entre 2007 et 2011

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
Médiane des plans d'aide notifiés	+2,5%	-0,5%	- 5,3%	- 8,8%
Taux de saturation des plans d'aide	- 13%	-15%	- 21%	-39%

Source : Drees - Données individuelles 2006-2007 et données individuelles APA et ASH de 2011 in Bérardier M., (2014), « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011 », *Etudes et résultats*, DREES, n°876 et Bérardier M., Debout C., (2011), « Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables », *Etudes et résultats*, Drees, n°748.

⁶⁹ Le même constat avait été fait dans le rapport de 2011 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées ».

C'est une situation complexe à expliquer⁷⁰.

L'effet du processus d'indexation décrit *supra*) ci-dessus aurait dû conduire, toutes choses égales par ailleurs, à une situation inverse. Les explications avancées (réticence croissante des ménages des classes moyennes devant le reste à charge, modification des profils des bénéficiaires qui seraient moins dépendants à niveau de GIR donné et auraient donc besoin de moins d'aide dans la vie quotidienne, politique restrictive des départements pour lesquels le poids de l'APA qu'ils financent pèse trop sur leur budget) devraient faire l'objet d'analyses plus poussées.

D'autres facteurs peuvent être intervenus (des changements dans la répartition des modes d'intervention, un écart croissant entre le prix effectivement facturé et le tarif de valorisation adopté par le département⁷¹, une modification dans le poids relatif des allocataires isolés et des allocataires vivant en couple...).

Une explication pourrait aussi venir de la volonté des départements de maîtriser les plans d'aide attribués : par exemple en recentrant les plans sur l'aide à la personne, en limitant le nombre d'heures pour les tâches ménagères (cf. ci-dessus), en particulier sur les GIR4 ou encore par la mise en place de référentiels permettant de mieux « calibrer » les plans d'aide et d'harmoniser les pratiques professionnelles⁷².

6) Contenu des plans⁷³

La part de plans notifiés n'incluant que des aides techniques⁷⁴ et ponctuelles⁷⁵ est très faible (1,4% des plans d'aide notifiés en 2011). 63 % comportent uniquement des aides humaines et 35,7% restants une combinaison des deux. La part des plans ne comportant que de l'aide humaine est plus élevée parmi les GIR 4 (66,8 %) que parmi les GIR 1 (51,6 %). Pour ces derniers, la combinaison des aides est plus répandue. On peut aussi noter que si 1 % des plans d'aide en GIR 4 sont constitués uniquement d'aides techniques et ponctuelles, c'est le cas de 3,3 % des plans en GIR 1.

Dans les plans comportant des aides techniques et ponctuelles, ces dernières se différencient selon le GIR. Pour les GIR 1 et 2, l'essentiel de ces aides correspond à des fournitures d'hygiène (respectivement 93 % et 70 %). Pour les GIR 3 et 4, la téléalarme prend une place majoritaire (respectivement 55 % et 65 %), 25 % des aides correspondant au portage de repas⁷⁶.

On ne dispose pas d'éléments sur les aides apportées aux aidants.

⁷⁰ Il faut aussi noter que les données des Remontées Individuelles 2007 et 2011 portaient sur un échantillon de départements, de taille variable (du simple au double entre 2007 et 2011). Ces derniers n'étaient pas forcément représentatifs de l'ensemble des départements.

⁷¹ On peut aussi évoquer l'instauration d'une participation personnelle supplémentaire par heure d'aide, au-delà du ticket modérateur, afin de pallier des difficultés financières (cf. ci-dessus, Cour des Comptes (2016), « Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie »).

⁷² CNSA (2015) et Cour des Comptes (2016), *op. cit.*

⁷³ N. Couvert, 2017, *op. cit.*

⁷⁴ Fournitures d'hygiène, portage des repas, téléalarme...

⁷⁵ Aides à la mobilité (fauteuil roulant par exemple), aménagement du logement (adaptation de la salle de bains, ...).

⁷⁶ Le faible recours à la téléalarme et au portage des repas pour les personnes en perte d'autonomie en GIR1 s'explique en particulier par le fait que ces dernières ont davantage de personnes – conjoint ou autres – dans leur entourage (leur permettant de rester à domicile malgré une perte lourde d'autonomie).

Comme souligné précédemment, l'essentiel de la valeur des plans d'aide correspond à des heures d'intervention à domicile. Pour l'ensemble des plans notifiés, le nombre d'heures médian est de moins d'une heure par jour (0,9 h) (tableau 2.9). Il est 3 fois plus élevé en GIR 1 (2,1 h) qu'en GIR 4 (0,7 h). 25 % des bénéficiaires en GIR 1 sollicitent plus de 2,7 heures par jour, 1,9 h en GIR 2, 1,4 h en GIR 3 et 0,9 h en GIR 4. Pour faire écho aux réflexions précédentes sur le mode d'intervention retenu en fonction des coûts, si on considère le tarif horaire médian des services prestataires (18,7 €/), le plafond est atteint pour 67,5 h en GIR 1 (soit environ 2,25 h/ jour), 57,8 h en GIR 2 (soit 1,9 h/jour), 43,4 heures en GIR 3 (soit 1,4 h/jour) et 28,9 h en GIR 4 (0,96 h/jour). Si on compare ces montants avec la distribution du nombre d'heures des plans selon le GIR, on constate qu'un peu moins de la moitié des bénéficiaires en GIR 1 sollicitent davantage d'heures alors qu'en GIR 4, 90 % des bénéficiaires sollicitent au maximum 1h/jour (tableau 2.9).

Tableau 2.9. - Distribution du nombre d'heures d'aide humaine notifiées par jour, pour les plans prévoyant de l'aide humaine

	1er décile	1er quartile	Médiane	3ème quartile	9ème décile
Ensemble	0,4	0,6	0,9	1,3	1,8
GIR 1	1,0	1,7	2,1	2,7	3,3
GIR 2	0,7	1,2	1,7	1,9	2,7
GIR 3	0,6	0,9	1,2	1,4	1,9
GIR 4	0,3	0,5	0,7	0,9	1,0

Lecture : La moitié des bénéficiaires en GIR 2 dont le plan prévoit de l'aide humaine sollicitent plus de 1,7 heures d'aide humaine par jour.

Champ : France métropolitaine, bénéficiaires ayant des droits ouverts pour l'APA à domicile au 31 décembre 2011.

Source : DREES – Données individuelles APA 2011

Cette prépondérance des aides humaines se reflète dans la composition des plans en valeur. Ainsi, en GIR 3 par exemple, le montant médian d'un plan d'aide est de 120 € mensuels s'il est constitué uniquement d'aides techniques et ponctuelles, 691 € s'il ne comporte que des aides humaines et 671 € s'il inclut les deux types d'aide. Les montants des plan d'aide ne comportant que des aides techniques sont très proches quel que soit le GIR, de l'ordre de 110-120 €, alors que le montant varie fortement en fonction du GIR si de l'aide humaine est incluse (de 345 € en GIR4 à 1218 € en GIR 1 pour des plans avec uniquement de l'aide humaine).

7) La prise en charge des plans d'aide notifiés

Le financement du plan notifié est partagé entre le département et l'allocataire. La participation de l'allocataire augmente avec son revenu.

a) L'assiette de calcul de la participation de l'allocataire

a1) Les ressources prises en compte

Les ressources prises en compte pour déterminer la participation financière du bénéficiaire comprennent :

- le revenu déclaré figurant sur le dernier avis d'imposition ou de non-imposition remis lors de la demande d'APA ;
- les revenus soumis au prélèvement libératoire ;
- les biens en capital qui ne sont ni exploités ni placés (le « patrimoine dormant »), censés pouvoir procurer au demandeur un revenu annuel évalué à 50% de leur valeur locative - pour des immeubles bâtis – et à 80% de cette valeur s'il s'agit de terrains non bâtis (ces valeurs figurent sur les documents relatifs à la taxe foncière), et à 3% des biens en capital (notamment les contrats d'assurance vie). Toutefois, cette disposition ne s'applique pas à la résidence principale si elle est effectivement occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin, la personne avec qui il a conclu un PACS, ou ses enfants ou ses petits-enfants.

Les principales ressources non prises en compte pour le calcul du montant de la prestation comprennent :

- les pensions alimentaires, les concours financiers versés par les descendants ;
- les rentes viagères, à condition qu'elles aient été constituées en faveur du demandeur par un ou plusieurs de ses enfants, ou lorsqu'elles ont été constituées par le demandeur lui-même ou son conjoint, pour se prémunir contre le risque de perte d'autonomie ;
- les prestations en nature dues au titre de l'assurance maladie, maternité, invalidité, de l'assurance accident du travail ou des prestations en nature dues au titre de la couverture maladie universelle ;
- les allocations de logement, l'aide personnalisée au logement et les primes de déménagement ;

a2) Le passage du revenu du ménage à l'assiette de l'allocataire qui vit en couple

L'allocataire est réputé disposer de 59% du revenu du couple (1/1,7). A notre connaissance, il n'y a pas d'études sur les budgets des ménages ayant justifié ce taux (dans son montant et dans son indifférence au revenu global du ménage).

On peut remarquer que le taux de 1,7 se situe au-dessus des autres taux utilisés en matière fiscale (1,5), dans l'échelle de l'OCDE modifiée⁷⁷ (1,5), dans l'ASPA (1,55), dans l'allocation

⁷⁷ Utilisée usuellement pour le calcul des niveaux de vie et des taux de pauvreté.

de logement (1,5), dans le RSA socle (1,43, après application du forfait logement) et dans les pensions de réversion (1,54 ou 1,6).

Dans le cas où les deux membres du couple sont allocataires, l'assiette de chacun est de 59% de l'assiette totale.

b) La situation antérieure à la loi ASV

- La participation de l'allocataire varie avec son revenu d'assiette.

Comme on l'a vu plus haut, pour une personne seule, elle est nulle pour les ménages dont le revenu est inférieur à 801€ par mois. Elle augmente de façon régulière en fonction de ce revenu jusqu'à 2945 € par mois ; au-delà elle est de 90% du plan d'aide.

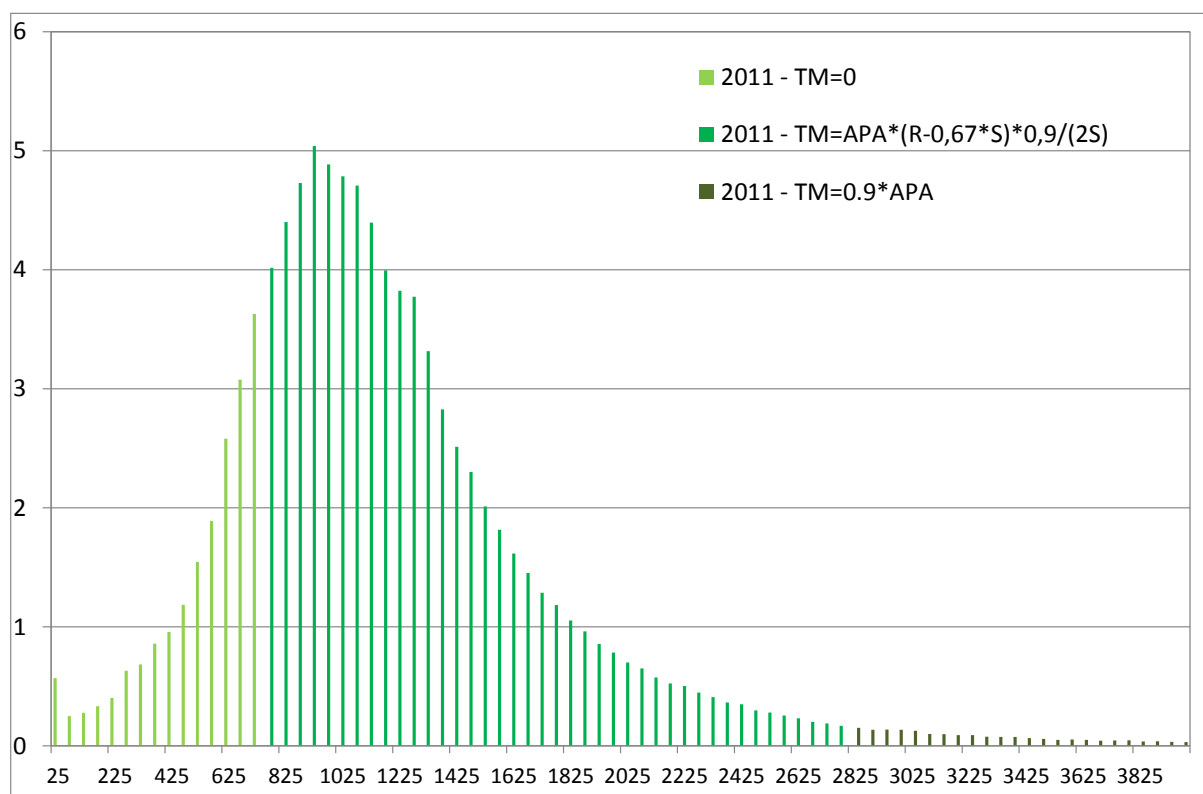
La « pente » est déjà significative pour le GIR 4. Ainsi la participation de l'allocataire, pour un plan au plafond, diminue de 507€ entre 801€ et 2 945€ d'assiette soit avec une élasticité au revenu de 23%⁷⁸. L'élasticité augmente avec le niveau de GIR. Ainsi la participation diminue de 1 181€ entre les mêmes bornes de revenu soit avec une élasticité de 55% pour le GIR 1.

- Le graphique 2.7 donne la dispersion des assiettes en 2011. L'assiette médiane des allocataires est de 1 085€ en 2011⁷⁹. 16% ont une participation nulle et seuls 2% des allocataires acquittent 90% du plan d'aide.

⁷⁸ Quand le revenu mensuel augmente de 100€, la participation de l'allocataire augmente de 23€.

⁷⁹ 1 208€ en moyenne. Bérardier M., *op. cit.*

Figure 2.7. Répartition des ressources mensuelles et part du montant du plan d'aide restant à la charge des bénéficiaires de l'APA domicile fin 2011



Source : Bérardier M., (2014), « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011 », Etudes et résultats, DREES, n°876

« TM=0 » : ticket modérateur nul

« TM=0,9 APA » : ticket modérateur de 90%

L'axe des ordonnées donne le pourcentage des bénéficiaires de l'APA à domicile pour chaque niveau de ressources mensuelles.

Lecture : Les bénéficiaires de l'APA à domicile qui ont un revenu mensuel supérieur à 2830€ en 2011 ont une contribution financière à hauteur de 90% du montant du plan d'aide : le conseil général finance le plan d'aide à hauteur de 10%. Ceux qui ont un revenu de 1000€ acquittent un ticket modérateur qui s'élève à 12% du plan d'aide notifié (en appliquant la formule du ticket modérateur de la légende). Les bénéficiaires ayant des ressources inférieures à 710€ n'acquittent pas de ticket modérateur.

- Les participations des ménages avant réduction d'impôt couvrent autour de 22% des plans notifiés fin 2011. Ce taux varie peu selon le GIR⁸⁰. La moyenne est de 113€ par mois (et la médiane de 60€). Le département couvre le reste (charge moyenne de 406€ et médiane de 356€) (figure 2.8).

- La médiane de la participation des ménages a augmenté de 22% entre 2007 et 2011

Symétriquement la charge des départements a baissé (de dix points sur la médiane), surtout pour le GIR 4.

Ce décalage s'explique en partie par le fait que les revenus des allocataires ont augmenté plus vite que l'indice des prix sur lequel sont indexées les bornes du barème. Et on a vu dans la

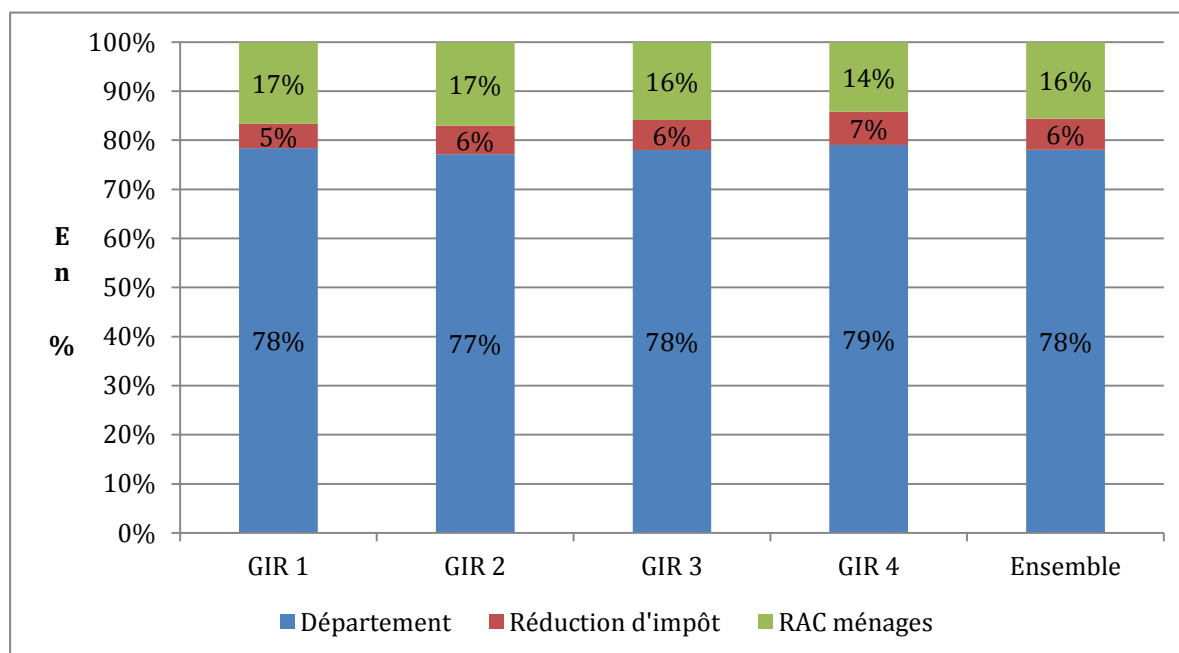
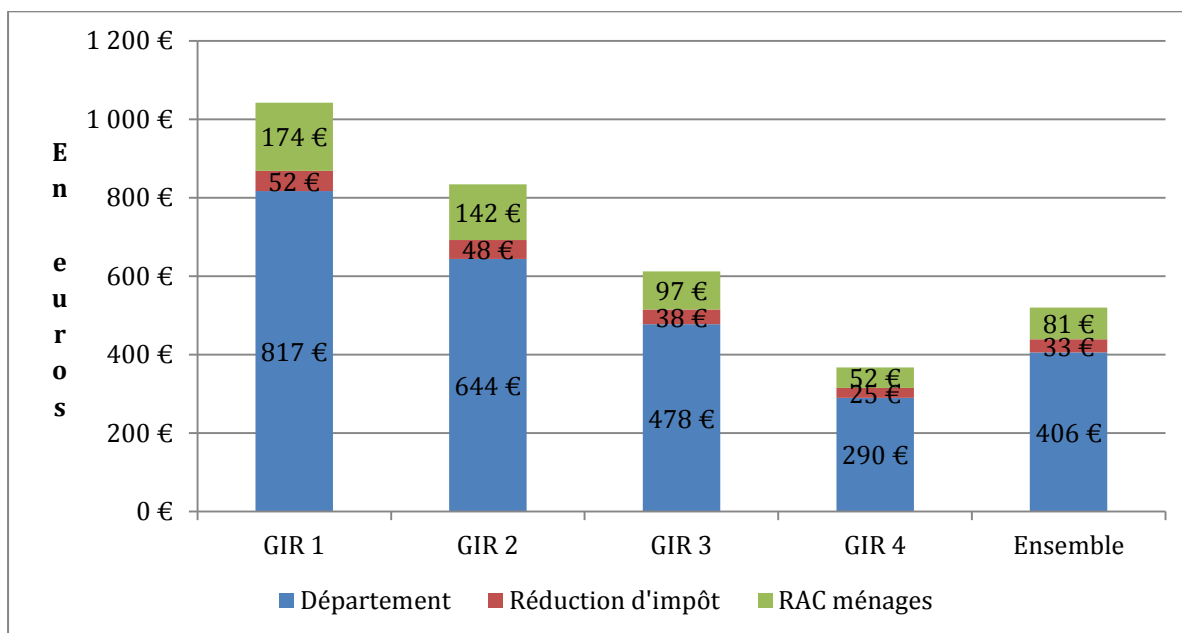
⁸⁰ entre 21% et 22,9%.

Section I qu'à législation constante, le montant moyen des pensions versées à l'ensemble des retraités continuerait à progresser d'année en année en euros constants.

- Une part de cette participation fait l'objet d'une réduction d'impôt comme analysé infra. La DREES l'évaluait à 33€ par mois fin 2011 (hors dépenses au-delà du plafond APA), soit une baisse de 29% des dépenses à la charge des ménages

- Avec une dépense moyenne de 406€ par mois, le département finance près de 80% du plan notifié.

Figure 2.8. - Répartition du financement des plans notifiés fin 2011 entre département, réduction d'impôt et ménages allocataires, en euros (graph. du haut) et en pourcentage (graph. du bas)



Source : Fizzala A., (2015), « Autonomix, un outil d'évaluation de mesures portant sur les personnes âgées dépendantes », Economie et Statistique, n°481-482

Note : On ne tient pas compte ni de l'écart entre tarif du département et tarif facturé, ni des dépenses au-delà du plafond APA

c) Les apports de la loi ASV (hors « droit au répit »⁸¹ et aides techniques)

c1) La loi combine

* une petite hausse du seuil d'exonération de la participation financière APA qui est porté au niveau du minimum vieillesse⁸² (800€ par mois en 2016).

* une augmentation des plafonds (+30% en GIR 1 ; +22% en GIR 2 ; +18% en GIR 3 et 4, tableau ci-dessous), qui profite mécaniquement aux allocataires dont le plan était saturé (c'est-à-dire aux allocataires avec des dépenses effectives au-dessus des anciens plafonds des plans selon le niveau GIR des bénéficiaires) (tableau 2.10).

Augmenter les plafonds de façon différenciée est cohérent avec la hiérarchie des taux de saturation qui augmente avec le GIR (tableau 2.7).

L'euro dépensé entre les deux plafonds (ancien et nouveau) est désormais pris en charge au même taux que celui dépensé au-dessous du plafond : 100% pour les allocataires les plus modestes, 10% pour les plus aisés (alors que cet euro n'était pas du tout pris en compte avant la loi ASV).

Tableau 2.10. - Plafonds mensuels de l'APA avant et après la réforme entrée en vigueur le 1^{er} mars 2016

Gir	Montant mensuel (€) maximum avant réforme	Montant mensuel (€) maximum après réforme	Ecart de plafond (€)
Gir 1	1 313	1 713	+ 400
Gir 2	1 125	1 375	+ 250
Gir 3	844	994	+ 150
Gir 4	563	663	+ 100

* une diminution de la participation de l'allocataire qui profite à l'immense majorité des allocataires (que le plan soit saturé ou pas) mais qui est d'autant plus forte que le plan est élevé.

La nouvelle formule de la participation financière du bénéficiaire (encadré 2.3) tient compte du montant de son plan d'aide de sorte que le ticket modérateur des plans d'aide les plus lourds soit allégé.

Ces évolutions bénéficient donc de façon accentuée aux allocataires exposant le plus de dépenses.

En pratique, seuls les bénéficiaires qui avaient des plans d'aide inférieur à 350€ et les bénéficiaires les plus aisés (ressources APA supérieurs à 2945€/mois) avec des plans inférieurs aux anciens plafonds ont une participation financière inchangée. Dans ce dernier cas, leur ticket modérateur de 90% de la dépense reste identique.

L'incidence de cette réforme est étudiée sur cas types au *V B*) ci-dessous et dans l'*Annexe 9*.

⁸¹ Le « droit au répit » est étudié dans le chapitre 3, « Les proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie ».

⁸² Avant la réforme, seules les personnes dont les ressources (hors minimum vieillesse) sont inférieures à 739€ par mois étaient exonérées de ticket modérateur de l'APA.

Encadré 2.3. - Le nouveau calcul de la participation financière APA (ticket modérateur)

La participation du bénéficiaire dépend de ses revenus :

- elle est nulle jusqu'à un revenu mensuel inférieur à 800 euros/mois (valeur de l'ASPA au 1er mars 2016) ;
- elle croît progressivement de 0 à 90 % du montant du plan d'aide de l'APA lorsque le revenu mensuel est compris entre 800 euros/mois et 2 945 euros/mois ;
- au-delà de 2 945 euros/mois, la participation s'élève à 90% du montant du plan d'aide de l'APA.

Depuis la réforme de l'APA, la participation des personnes dont le montant du plan d'aide de l'APA est élevé bénéficient d'un abattement. Pour la partie du plan d'aide comprise entre 350 € et 550 €, la personne âgée reçoit un abattement dégressif de 60 % au maximum pour les revenus immédiatement supérieurs à l'ASPA, jusqu'à 0 % pour un revenu égal à 2 945 €. Cet abattement s'élève à 80 % pour la partie du plan d'aide supérieure à 550 €.

c2) le « disponible »

Sans que cette référence soit en rien une recommandation, il est intéressant de mesurer le « disponible » défini dans l'hypothèse d'une saturation totale des nouveaux plafonds.

En comparant les niveaux moyens de plans aux plafonds, il est possible d'approcher la marge de progression de l'APA existante, notamment pour mieux prendre en compte les besoins des aidants^{83 84}.

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR4
(1) Montant du plan d'aide notifié moyen (en €, données de 2011) ⁸⁵	1040	834	612	367
(2) Plafond des plans d'aide (en €, au 1 ^{er} janvier 2017)	1714,79	1376,91	994,87	663,61
Marge disponible (en €/mois) (2) - (1)	674,79	542,91	382,87	296,61

En prenant les tarifs de références médians des aides à domicile en mode prestataire et en gré à gré⁸⁶, les marges disponibles précitées permettent potentiellement de financer les volumes horaires suivants d'aide à domicile

⁸³ La saturation des plafonds conduirait à une dépense brute de 7,6Md€ (cf. chapitre 5).

⁸⁴ Nous utilisons ici, par défaut, les plans d'aide moyen calculés sur l'ensemble des bénéficiaires de l'APA. Idéalement, il faudrait restreindre l'analyse aux bénéficiaires de l'APA ayant un proche aidant susceptible de bénéficier d'une aide au répit, ou à défaut les bénéficiaires de l'APA en couple. Nous n'avons cependant pas connaissance de statistiques sur les plans d'aide notifiés par structure familiale ou configuration d'aide.

⁸⁵ Fizzala A., (2015), *op. cit.*

⁸⁶ On retient 18,7 €/heure pour le mode prestataire et 11,1€/heure pour le gré-à-gré, tarifs 2011 (N. Couvert, 2017, *op. cit.*

Nombre d'heures/mois compatibles avec les marges précitées

Mode	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR4
Mode prestataire	36	29	20	16
Mode gré à gré	61	49	34	27

c3) Selon les estimations faites lors de l'adoption de la loi ASV, les dépenses d'APA devraient augmenter de 350M€.

Ce chiffrage a été fait à comportements constants et correspond à la situation une fois que les plans de tous les allocataires auront été révisés. Seuls les plans saturés seraient augmentés.

C'est bien entendu une hypothèse très conservatrice.

Si on rapporte ce chiffre aux dépenses d'APA à la charge des départements (3,4Md€ en 2011), il s'agirait d'une augmentation de 10%. Les allocataires dont le plan était saturé (180 000) verraient leur plan augmenter de plus de 200€/mois. Mais il n'y aurait pas pour la majorité des allocataires de changement significatif du plan notifié.

La dépense réelle en fin de montée en charge dépendra :

- du comportement concret des services des départements (on postule qu'ils s'empareront « à plein » du nouveau barème sans mettre en place de pratiques restrictives que certains pourraient envisager pour diminuer la pression financière sur leur budget).

C'est pour prévenir ce risque que la loi ASV a prévu d'accroître le financement alloué par la CNSA à hauteur de la dépense anticipée.

- du comportement des allocataires dont on pensait à l'époque qu'il resterait grossièrement stable malgré la baisse du taux d'effort dont ils bénéficient.

Mais ce raisonnement a été fait sans tenir compte (et pour cause) de l'important changement dans l'aide fiscale (qu'on étudie *infra*) intervenu un an après la loi ASV. Il accroît de façon très sensible les aides publiques⁸⁷, ce qui peut amener certains allocataires à accepter ou solliciter une augmentation de leur plan d'aide. On ne peut exclure que cela « tire » la dépense d'APA.

7) Variabilité des pratiques départementales

Elle est importante et porte sur pratiquement tous les éléments de gestion de la prestation par les départements.

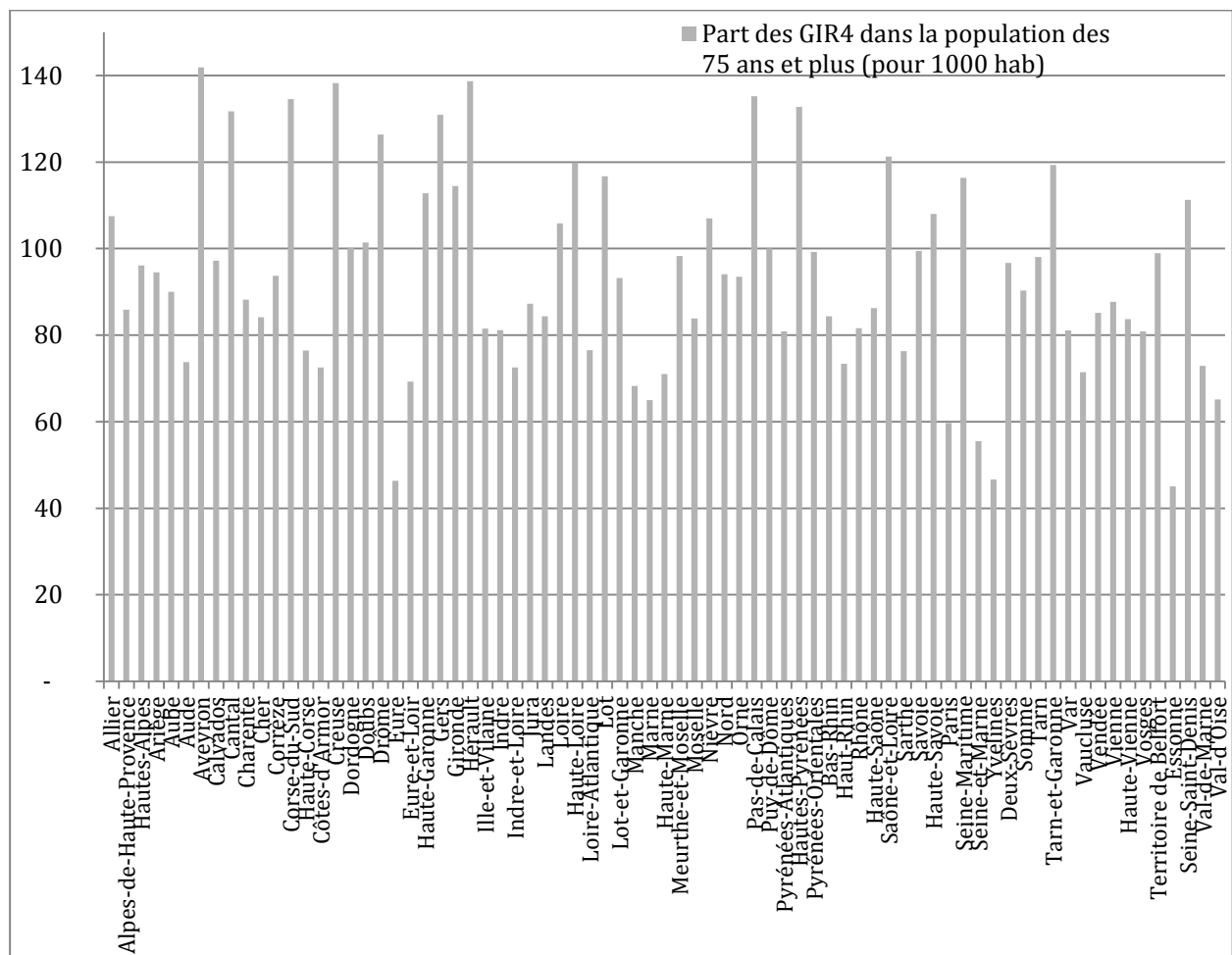
a) Eligibilité

La part de bénéficiaires de l'APA varie de manière importante selon les départements (voir *chapitre 1*).

⁸⁷ Avec certes un décalage d'un an, qui n'est sensible que la première année pour les personnes dont les revenus et les dépenses liées à la perte d'autonomie sont stables.

La disparité entre départements est particulièrement importante lorsqu'on considère la proportion de GIR4. La part de GIR4 parmi la population âgée de 75 ans et plus varie de 45 % dans l'Essonne Haute-Corse à 142 ‰ dans l'Aveyron (figure 2.9).

Figure 2.9 – Part des GIR4 dans la population des 75 ans et plus, par département



Source : Drees, enquête Bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31 décembre 2014.

Note : on ne dispose pas de la répartition par GIR à domicile pour certains départements

Cette variabilité dans les proportions de GIR4 peut s'expliquer de différentes manières. La première tient à la différence de niveau de perte d'autonomie de la population d'un département à l'autre. Il est aussi probable qu'une moindre admission en GIR4 soit une manière de contenir les coûts. D'un autre côté, certains départements peuvent souhaiter adopter une politique « universaliste » de prévention (CNSA, 2015⁸⁸), visant à retarder l'entrée des personnes dans la dépendance lourde, en les prenant en charge le plus en amont possible. Une proportion élevée de bénéficiaires amène à penser que la notion plus floue du GIR4 (par rapport aux autres GIR) peut conduire à l'attribution probable de l'APA à des bénéficiaires dont le niveau de dépendance relève des GIR5 et 6 (IGAS, 2010⁸⁹).

⁸⁸ CNSA, 2015, Rapport APA. Compréhension de la disparité, Décembre 2014, Version actualisée en mars 2015

⁸⁹ Guillermo V., Laroque M., Voisin J., Lacaze D., 2010, Synthèse 2010 sur la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie, IGAS, Rapport N°RM2010-035P, p. 23.

b) Modes de gestion

Si le mode prestataire est prépondérant, la part des différents modes de gestion est variable par département.

Selon l'observatoire de la FEPEM⁹⁰, dans 10 départements le recours à l'emploi direct ou mandataire est supérieur à 30% tandis qu'il est inférieur à 10% dans 19 départements⁹¹. La répartition entre les différents modes de gestion peut résulter d'une volonté du département, par exemple d'orienter vers le mode prestataire, en particulier pour des arguments de qualité de service ou de facilité des contrôles.

c) Tarification

La tarification recouvre deux types de procédures menées par le conseil départemental. D'une part il fixe les tarifs utilisés dans la valorisation des plans d'aide. On parle alors de tarifs de référence et ces derniers peuvent être différents selon le mode de gestion (prestataire, mandataire, emploi direct). D'autre part, il tarifie les services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale (prix facturés aux usagers).

On ne dispose pas de l'ensemble des tarifs utilisés pour chaque département. Il est donc nécessaire de réunir plusieurs sources afin de dresser un panorama des différences de niveau de tarification entre départements.

La variabilité est importante aussi bien dans les valeurs des tarifs en niveau que dans les écarts de coût en fonction du mode de gestion choisi.

Le tableau 2.11 indique les écarts de coût suivant le type d'intervenant dans 7 départements, en 2011⁹². Si on prend comme référence le tarif de la structure agréée dans le département M⁹³, le prix facturé par les structures autorisées dans le même département est de 6 à 8 % supérieur, le coût du mandataire de 32,5 % inférieur et le coût de l'emploi direct est plus faible de 38 %. Si on compare entre départements, le coût de la structure agréé peut varier de 7 % entre le tarif le plus bas et le tarif le plus élevé. La variabilité est un peu plus forte dans les tarifs de l'emploi direct et davantage dans l'emploi direct avec mandataire.

⁹⁰ FEPEM, 2015, Le baromètres des emplois de la famille, N° 16 – décembre

⁹¹ Des données sur la répartition par mode de gestion au niveau départemental peuvent aussi être mobilisées auprès de la Drees.

⁹² Billaud S., Bourreau-Dubois C., Gramain A., Lim H., Weber F., Xing J. (2012), « La prise en charge des personnes âgées dépendantes : dimensions territoriales de l'action publique », Rapport final réalisé pour la MIRE/DREES.

⁹³ Dans l'étude de Billaud S., Bourreau-Dubois C., Gramain A., Lim H., Weber F., Xing J. (2012), les départements sont anonymisés.

Tableau 2.11 - Tarifs de conversion selon les départements et le type d'intervenant
 (les tarifs sont donnés en indice par rapport au tarif pour structures agréées fixé par le CG du département M)

	structure autorisée	structure agréée	Emploi direct + mandataire	Emploi direct sans mandataire
C	Prix facturé De 103,36 à 124,37	101,18	82,18	68,35
M	Prix facturé De 106,22 à 108,12	100,00	67,51	62,41
N	Prix facturé De 101,16 à 117,81	103,70	73,89	
G	Prix facturé De 89,86 à 120,00	98,60	79,66	63,70
B	98,54	98,54	73,73	67,00
V	Prix facturé De 88,63 à 108,29	98,04	74,01	62,18
R	119,33	105,32	79,78	64,15

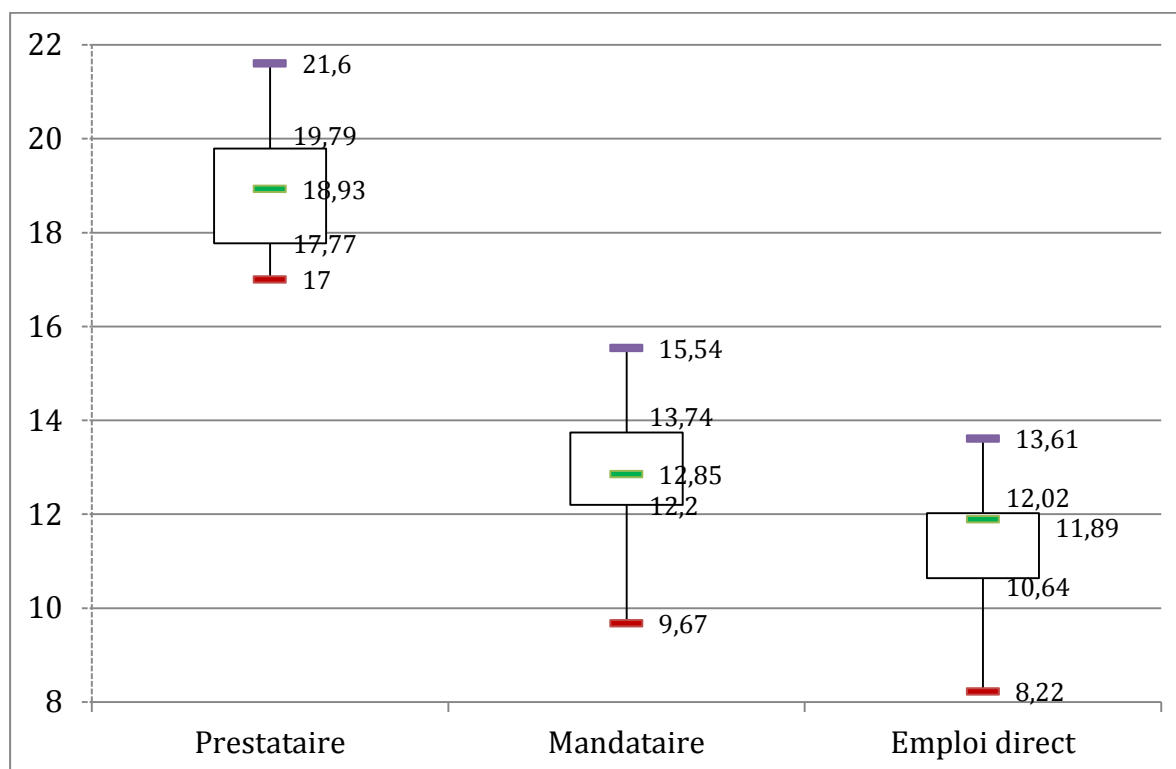
Note : lorsque les départements fixent plusieurs tarifs pour les structures autorisées, le tarif le plus bas est retenu. Les tarifs concernent 2011, sauf les tarifs autorisés dans le département G (2010), et les tarifs appliqués pour l'emploi direct avec ou sans mandataire dans les départements R et V (2012).

Source : Billaud S., Bourreau-Dubois C., Gramain A., Lim H., Weber F., Xing J. (2012), « La prise en charge des personnes âgées dépendantes : dimensions territoriales de l'action publique », Rapport final réalisé pour la MIRE/DREES.

Cette variabilité est également confirmée par l'IGF, à partir de données collectées auprès de départements au 31 décembre 2015.

Les tarifs de référence fixés par les départements pour l'emploi direct varient de 8,22 € à 13,61 €, le tarif médian s'établissant à 11,89 €. La dispersion s'étend de 9,67 € à 15,54 € dans le cas des services mandataires (médiane à 12,85 €) et de 17 € à 21,6 € dans le cas de la tarification des services prestataire (figure 2.10).

Figure 2.10 – Dispersion des différents tarifs de référence selon le type d'intervenants (prestataire, mandataire ou emploi direct) (en €/h, au 31 décembre 2015)



Source : mission IGF d'après le questionnaire relatif à l'APA à domicile adressé aux conseils départementaux (34 départements ont répondu à la question concernant le tarif de référence pour le mode prestataire, 26 départements à celle concernant le tarif de référence pour l'emploi direct et 25 départements pour le tarif de référence mandataire)

Note de lecture : les 5 chiffres par « boîte » représentent respectivement, de bas en haut, le minimum, le premier quartile, la médiane, le troisième quartile et le maximum des tarifs.

Le tarif médian du service prestataire est ainsi supérieur de 6 € au tarif d'un service mandataire et de 7 € à la tarification en cas d'emploi direct. Ces écarts des différents tarifs de référence ne sont pas identiques dans tous les départements, et peuvent varier de manière importante.

On retrouve cette dispersion des tarifs prestataires, même un peu plus forte, dans les données collectées par la CNAV. On observe ainsi que, fin 2015, les tarifs de référence pour les services agréés varient de 16,30 € dans les Pyrénées-Orientales à 22,37 € dans l'Ain (*Annexe 4a*)⁹⁴. La médiane s'établit à 19,05 €.

⁹⁴ Les données sur les tarifs de référence APA et les tarifs des services autorisés sont issues d'une enquête réalisée par les caisses régionales auprès des conseils départementaux. Il faut garder à l'esprit les difficultés méthodologiques d'une telle enquête et de la comparaison qui en résulte. L'enquête a porté sur les tarifs APA (défini pour les structures agréées) et sur la tarification (établie dans le cadre de la procédure d'autorisation). La diversité des pratiques des conseils départementaux en matière de tarification, parfois éloignées de la réglementation (absence de tarif APA, procédure de tarification partiellement ou non mise en place ...) n'a pas facilité l'analyse et la réalisation de la synthèse de l'ensemble des données.

Les tarifs des services tarifés⁹⁵ varient de 15,19 € dans l’Hérault⁹⁶ à 23,69 € dans l’Ille et Vilaine (*Annexe 4b*). La médiane s’établit à 20,57 €. Il s’agit du tarif horaire moyen de l’Aide ou de l’Employé à domicile. En effet, selon les départements, plusieurs type de tarifs peuvent coexister selon le type de tâches (ménagères/aide au corps) ou selon les jours d’intervention (Jours ouvrés ; Dimanche Jours Fériés)⁹⁷. 63% des Conseils départementaux ont ainsi un tarif supérieur à 20,30 € qui est la valeur retenue par la Cnav (à compter du 1er janvier 2016). Pour 3% le tarif est identique à celui de la CNAV. Pour 34 % il est inférieur à 20,30 €.

Il semble qu’entre 2014 et 2016 les tarifs aient augmenté moins vite que le montant de la participation horaire de la CNAV.

Au-delà de la variabilité interdépartementale, il existe aussi une forte variabilité intra-départementale. Ainsi, au sein d’un même département, les différences dans les niveaux des tarifs sont conséquentes : pour un bénéficiaire s’adressant au plus gros service de son département, le tarif de l’heure d’aide peut varier de 17,1 €/h à 30,29 €/h pour une tâche semblable (Tableau 2.12)⁹⁸.

Tableau 2.12 – Tarifs des services autorisés

	Tarif du plus gros service du département (€/h)				Écart entre le tarif le plus élevé et le tarif le plus faible (€)	
	Moyenne*	Min	Max	Rapport interquartile	Moyenne	Maximum**
Départements à tarification simple (N=46)						
Tarif horaire	20,15	17,1	23	1,06	3,22	9,21
Départements à tarification double (N=21)						
<i>Selon le jour d'intervention (N=10)</i>						
Tarif pour les jours ouvrables	20,26	18,19	22,57	1,12	2,11	5,38
Tarif pour les dimanches et jours fériés	25,31	21,13	30,29	1,27	2,84	7,21
<i>Selon le type de tâches (N=10)</i>						
Tarif pour les aides ménagères	19,44	17,52	20,38	1,06	2,0	6,33
Tarif pour les aides au corps	21,96	19,02	24,97	1,12	3,54	10,11
<i>Selon la qualification du personnel (N=1)</i>						
Tarif pour le personnel peu qualifié	21,81	.	.	.	5,59	.
Tarif pour le personnel plus qualifié	24,59	.	.	.	5,44	.

Source : enquête Territoire (2012)

Notes : * Les médianes sont semblables aux moyennes et n’ont pas été incluses dans le tableau.

**Il n’y a pas de colonne relative à l’écart minimum car quelque soit la tarification, cet écart est égal à zéro. Cette situation correspond aux départements où le conseil général arrête un tarif unique pour toutes les structures autorisées.

Le rapport interquartile est le rapport entre le troisième quartile (valeur au dessus de laquelle se trouve 25 % des tarifs) et le premier quartile (valeur au-dessous de laquelle se trouve 25 % des tarifs). Plus ce rapport est élevé, plus la dispersion des tarifs est importante.

Lecture : à l’intérieur des départements à tarification simple, l’écart entre le tarif le plus haut et le tarif le plus bas est en moyenne de 3,22 €. Cet écart peut aller jusqu’à 9,21 €.

Dans les 10 départements qui arrêtent un double tarif pour distinguer les tâches selon le jour d’intervention, le tarif appliqué aux jours ouvrables du plus gros service du département est en moyenne de 20,26 €/h et varie de 18,19 €/h à 22,57 €/h selon le département, avec un rapport interquartile de 1,12.

⁹⁵ Sur les 96 départements répondants à l’enquête de la CNAV, les données ne sont pas disponibles pour 18 d’entre eux ; 6 ne pratiquent pas de tarification pour les services, auquel cas c’est le tarif de référence APA qui s’applique pour tous les services ; 17 différencient les tarifs Aide ou Employé à domicile et Auxiliaire de vie sociale, auquel cas c’est le premier qui est retenu dans cette analyse (plus proche du mode d’intervention des prestataires AMD auprès des GIR 5 et 6) ; 56 n’élaborent qu’un seul tarif pour chaque prestataire autorisé, indépendamment de la qualification de l’intervenant.

⁹⁶ Pour l’Hérault, le tarif est toujours égal à celui fixé en 2002 et non revalorisé depuis (Guillermo V., Laroque M., Voisin J., Lacaze D. (2010), *op. cit.*).

⁹⁷ Cette double tarification concerne près d’un tiers de départements répondants (Hege R., Roquebert Q., Tenand M., Gramain A., (2014), *op. cit.*).

⁹⁸ Hege R., Roquebert Q., Tenand M., Gramain A., 2014, *op. cit.*

Il est important de noter que lorsque le tarif de référence est inférieur au tarif pratiqué par le service, certains départements peuvent prendre en charge ce surcoût⁹⁹. Cette pratique peut s'inscrire dans une volonté d'encouragement du mode prestataire¹⁰⁰.

d) Autres différences de pratique

L'analyse, toutes choses égales par ailleurs (en termes de sexe, d'âge, d'ancienneté et de ressources des allocataires), montre qu'il y a des écarts entre départements qu'il s'agisse du niveau médian des plans ou du taux de saturation.

A l'aide d'une typologie de départements (cf. annexe 5) - ces derniers étant regroupés selon leur proximité en termes démographiques et socio-économiques -¹⁰¹, la DREES met en évidence l'octroi plus fréquent des plans d'aide maximaux dans certains départements.

Plusieurs raisons pourraient expliquer ces différences. On peut évoquer la manière différente de tenir compte de l'aide familiale¹⁰². Une différence peut aussi venir de la volonté de certains départements de recentrer les plans sur l'aide à la personne en limitant le nombre d'heures pour les tâches ménagères, en particulier pour les GIR4^{103 104}.

Un autre élément de variabilité entre départements concerne la révision des plans d'aide. La CNSA (2015) souligne ainsi que certains départements ne fixent aucun délai systématique pour la révision du plan d'aide¹⁰⁵.

Certes cette variabilité est le pendant de la décentralisation, de la difficulté d'enserrer les plans dans des normes opposables et du souci de les personnaliser. Il est possible qu'elle soit influencée par la situation financière des départements. Mais certains commentateurs estiment, au nom de l'égalité sur le territoire, qu'il convient de réduire cette variabilité et d'accroître les références opposables. On peut aussi souligner l'importance de connaître les pratiques au niveau local si on souhaite mettre en œuvre des réformes et les évaluer.

8) Le non-recours

Le non-recours total à l'APA (prestation non sollicitée par une personne qui y a droit) peut provenir de l'absence de connaissance ou d'une mauvaise connaissance du dispositif¹⁰⁶, de la lourdeur (réelle ou supposée) des démarches administratives nécessaires, de l'importance du ticket modérateur (avec des problématiques différentes pour les plus modestes et les plus

⁹⁹ Billaud S., Bourreau-Dubois C., Gramain A., Lim H., Weber F., Xing J. (2012), *op. cit.*

¹⁰⁰ Il est ainsi indiqué dans Bruant-Bisson A., Aube-Martin P., de Reboul JB., (2010), « Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles, IGAS, rapport N°RM2010-138P/ IGF N°2010-M052-02, que « le département de Saône-et-Loire par exemple a mis en place successivement deux dispositifs permettant de neutraliser pour une grande partie des bénéficiaires l'écart de coût horaire entre le mode prestataire et le mode emploi direct ou le mode mandataire », p. 44.

¹⁰¹ Fizzala (2016), *op. cit.*

¹⁰² Billaud S., Bourreau-Dubois C., Gramain A., Lim H., Weber F., Xing J. (2012), *op. cit.*

¹⁰³ CNSA, (2015), *op. cit.*, p. 67.

¹⁰⁴ Billaud S., Bourreau-Dubois C., Gramain A., Lim H., Weber F., Xing J. (2012), *op. cit.*

¹⁰⁵ CNSA, (2015), *op. cit.*, « Malgré la référence à un délai de révision périodique, la réglementation ne fixe pas de durée d'attribution de l'APA. En effet, si la décision – et donc le montant du plan d'aide – peut être révisée, les droits sont ouverts à vie. Il revient au président du conseil départemental d'arrêter la durée de la période au bout de laquelle la décision d'attribution doit être révisée, laquelle peut être fonction du degré de perte d'autonomie du bénéficiaire. En pratique, la durée moyenne de révision s'établit à 3 ans », p. 33.

¹⁰⁶ Les équipes des Conseils Départementaux ont un rôle important à jouer en la matière.

aisés) ou d'autres raisons plus personnelles, comme le choix de ne pas faire intervenir des professionnels (ou une personne non connue) à son domicile¹⁰⁷.

On observe aussi des recours tardifs à l'APA, pour les raisons évoquées ci-dessus ou parce que la famille pallie la situation. La question des modalités d'entrée dans l'APA apparaît ainsi cruciale.

A notre connaissance, il n'existe pas de quantification satisfaisante du non-recours à l'APA¹⁰⁸.

9) La sous-consommation des plans d'aide notifiés

Il existe de la sous-consommation des heures des plans d'aide notifiés (parfois appelée « non-recours partiel »). Ce phénomène serait fréquent¹⁰⁹ mais on ne dispose pas d'évaluation à l'échelle nationale. On sait seulement que 2,9% des bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2009 avaient des droits ouverts mais pas du tout utilisés¹¹⁰.

En outre, il n'est pas toujours aisé d'identifier clairement les ressorts du non-recours : reste à charge du ménage (lié au ticket modérateur de l'APA ou au surcoût du service par rapport au tarif APA), mauvaise organisation du service à domicile occasionnant des discontinuités dans la réalisation des interventions à domicile prévues dans le cadre du plan d'aide, adéquation de l'offre proposée... Une étude de Chauveaud *et al.*¹¹¹ fait ainsi apparaître que le changement d'intervenant, qui bouscule les habitudes et rompt la continuité du service est un facteur important de non-consommation des heures prescrites. Dans cette étude qui porte sur des territoires en Rhône-Alpes en 2005, la sous-consommation, entendue comme l'écart entre les heures prescrites et les heures facturées est de 18%. Une étude plus récente de Bourreau-Dubois, Gramain, Lim et Xing sur un département fait état de 60% de bénéficiaires APA

¹⁰⁷ Ramos-Gorand M., (2016), « Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain », *Les Dossiers de la DREES*, n°10. Cette étude qualitative essaye d'expliquer ce non recours « primaire » à l'APA à domicile (prestation non sollicitée par une personne éligible) à partir d'une enquête auprès des professionnels de terrain.

¹⁰⁸ En comparant le nombre de personnes estimé en GIR 1-4 dans l'ensemble de la population vivant à domicile (respectivement à partir des enquêtes Handicap, incapacité, dépendance (HID) de 1998-1999 ou Handicap Santé Ménages (HSM) de 2008) au nombre effectif de bénéficiaires de l'APA à domicile la même année, certaines études avancent une estimation du taux de non-recours de l'ordre de 20 à 28 % des bénéficiaires potentiels (Warin P., 2010, « Piloter la production de territoires gérontologiques », *Gérontologie et société*, n°132/1 ; Eghbal-Téhérani S., Makdessi Y., 2011, « Les estimations GIR dans les enquêtes Handicap-Santé 2008-2009, Méthodes de calcul, intérêts et limites d'une estimation en population générale », Document de travail, série Sources et Méthodes, DREES, n° 26). Un tel exercice pourrait être réalisé à partir de l'enquête Care. Brunel et Carrère (2017) (Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015. Premiers résultats de l'enquête CARE « ménages », *Etudes et Résultats*, n° 1029) indiquent cependant « que de telles estimations sont en réalité très fragiles, et à prendre avec une grande prudence. L'évaluation du non-recours est en effet complexe. ». En particulier, « l'estimation du GIR réalisée grâce aux variables du questionnaire CARE repose sur un calcul statistique du GIR fondé sur des données déclaratives, donc par nature subjectives. Le GIR estimé peut donc différer de celui qui aurait été attribué par une équipe de professionnels lors d'une évaluation à domicile ».

¹⁰⁹ Travaux MODAPA en cours.

¹¹⁰ Borderies F., Trespeux F., (2012), « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2010 », *Document de travail de la DREES*, n°171.

¹¹¹ Chauveaud C., Vial B., Warin P., (2011), « L'APA : utilisation des plans d'aide, adhésion au service rendu », *Document de travail*, Observatoire des non-recours aux droits et services.

ayant « sous-utilisé » leur plan d'aide en octobre 2010¹¹². Une étude sur la sous-consommation en octobre 2014 dans un autre département conduit aussi à un taux de 60%¹¹³.

10) Le financement de l'APA

a) Le financement de l'APA incombe aux départements. Mais une partie de ces dépenses est couverte par des recettes provenant de « la solidarité nationale ».

- Les pouvoirs publics ont chiffré l'apport de cette solidarité à 46% de la dépense totale d'APA (après déduction de la participation des allocataires)¹¹⁴ soit 3,741 Md€ en 2015.

Cet apport comprend

* le concours versé par la CNSA (1 788Md€) soit 32,3% de la charge des départements. Ce taux était de 30,8% en 2012.

* les ressources transférées au titre de l'Acte I de la décentralisation qui a procédé au transfert au département la gestion de l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) à laquelle ont succédé la prestation spécifique dépendance (PSD) puis l'APA. Ces ressources ont connu un dynamisme important. Elles sont évaluées pour 2015 à 757M€.

- Selon l'ADF, « Les départements se réfèrent usuellement au concours de la CNSA et évaluent donc l'apport de ce concours à 32,3%. Ils estiment que comme la croissance des dépenses d'APA a été supérieure aux ressources transférées, la part incombant aux départements a augmenté. Les Conseils départementaux ont considéré que le « pacte » initial de 2002 était rompu. Comme par ailleurs le poids de l'APA varie sensiblement entre départements, les plus chargés contestent l'architecture actuelle du financement qui les soumet à une pression excessive malgré les mesures de péréquation retenues ».

La loi ASV a fait un pas en leur direction en affectant une fraction fixe de la CASA à la section II afin de garantir un financement durable et évolutif des mesures nouvelles liées à la réforme de l'APA.

Mais selon les départements, cette « garantie » n'épuise pas le contentieux¹¹⁵

¹¹² Bourreau-Dubois C., Gramain A., Lim H. et Xing J., (2014), « Impact du reste à charge sur le volume d'aide à domicile utilisé par les bénéficiaires de l'APA », *Document de travail du Centre d'Economie de la Sorbonne*.

¹¹³ Roquebert Q., Tenand M., (2016), *Pay less, consume more? Estimating the price elasticity of demand for home care services of the disabled elderly*. <https://hal-paris1.archives-ouvertes.fr/hal-01385678/document>

¹¹⁴ Voir en Annexe 6 la réponse apportée à la rapporteure de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale pour le PLF 2017.

¹¹⁵ L'ADF estime en effet que le produit de la CASA risque de ne pas être suffisant dès 2017, eu égard aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, qui vont grandissant. De plus, elle mentionne que les Départements ont dû faire appel à des personnels supplémentaires pour mettre en place les dispositions de la loi ASV, notamment pour mener à bien la révision des plans d'aide des personnes âgées percevant déjà l'APA, ainsi que le nouveau régime unique d'autorisation des services d'accompagnement et d'aide à domicile.

L'ADF regrette en effet que l'appel à des ressources humaines complémentaires se soit déroulé sans compensation de la part de l'Etat.

b) Frais de gestion

Par ailleurs les départements assument des frais de gestion significatifs (équipes d'instruction de l'APA, gestion de l'allocation, gestion des relations avec les services d'aides à domicile...). Il serait intéressant de disposer d'une analyse de ces coûts.

IV) AUTRES AIDES PUBLIQUES

A) Les réductions de prélèvements obligatoires

L'Annexe 8 décrit les principaux dispositifs considérés dans le fascicule Voies et Moyens annexé à la Loi de Finances comme des « dépenses fiscales » d'une part, le régime dérogatoire de la CSG/CRDS d'autre part.

1) Les dépenses fiscales

a) Les allocataires de l'APA bénéficient le cas échéant des dispositifs généraux d'aide fiscale

On entend par là les aides qui sont accordées que le ménage soit allocataire de l'APA ou pas

Les principales portent

- sur l'abattement de 10% sur les retraites
- l'abattement pour les personnes âgées modestes

Ces deux abattements ne sont pas repris dans la définition de l'assiette de l'APA qui est donc supérieure à l'assiette fiscale.

Le premier est pris en compte pour le calcul de l'allocation de logement. La prise en compte de l'abattement fiscal pour les personnes âgées modestes est supprimée pour les allocataires nés après le 31 juillet 1931¹¹⁶ sauf pour les allocataires détenteurs de la carte d'invalidité (automatiquement en GIR 1 et 2) qui en gardent le bénéfice sans condition d'âge.

Le nombre d'allocataires de l'APA bénéficiant de l'abattement pour le calcul de leur aide au logement va donc rapidement diminuer puisque, compte tenu de l'âge d'attribution de l'APA les générations nées après 1931 seront de plus en plus nombreuses.

- la demi-part des invalides¹¹⁷, de droit pour les allocataires en GIR 1 et 2, peut le cas échéant bénéficier aussi à des allocataires de l'APA en GIR 3 et 4 voire à des ménages non allocataires de l'APA¹¹⁸. Quel que soit son niveau de GIR, une personne peut bénéficier de cette demi-part supplémentaire, si elle est titulaire de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité ». « Le président du conseil départemental a la possibilité de confier à l'équipe médico-sociale APA l'évaluation des demandes de cartes mobilité inclusion

¹¹⁶ Ils ont 85 ans en 2016.

¹¹⁷ La demi-part invalidité permet aussi le rehaussement du plafond de la réduction (crédit) d'impôt à 20 000 €.

¹¹⁸ Voir la note de la DGCS en *Annexe 7*.

mentions priorité et stationnement pour l'ensemble des demandeurs et bénéficiaires de l'APA quel que soit leur GIR »¹¹⁹.

- les dispositifs d'exonération et de plafonnement d'impôts locaux

- la réduction, puis le crédit d'impôt à partir de la Loi de Finances pour 2017, pour l'emploi à domicile. Compte tenu de l'importance de la réforme intervenue dans la loi de Finances pour 2017 sur ce statut, on l'examine ci-dessous.

b) De la réduction au crédit d'impôt

b1) Dans le champ de l'APA

- Le reste à charge incombant aux allocataires comprend

* la participation des allocataires chiffrée à 113€ en moyenne par mois avant réduction d'impôt dans le barème antérieur à la loi ASV pour l'année 2011,

* l'écart éventuel entre le tarif de valorisation et le prix réel du service,

* les dépenses au-dessus du plafond pour les plans « saturés ».

- Jusqu'en 2016, la moitié de ce reste à charge pouvait donner lieu à une réduction d'impôt. Les dépenses sont retenues dans la limite d'un plafond de 12 000 €¹²⁰ par an (majoré de 1 500 € par personne de plus de 65 ans). Le plafond est porté à 20 000€ en cas d'invalidité notamment pour les GIR 1 et 2.

Comme en 2016 le seuil d'imposition était de l'ordre de 1 430€ nets par mois de retraite pour un célibataire (1 860€ en cas d'invalidité) et de 2 470€ pour un couple marié (2 900€ en cas d'invalidité), de nombreux allocataires de l'APA n'étaient pas imposables ou acquittaient un impôt faible : la réduction d'impôt ne leur profitait pas ou guère.

La réduction d'impôt augmentait mécaniquement avec le taux d'imposition de l'allocataire et n'était égale au plafond que dans les cas très rares de ménages aisés ayant un fort recours aux emplois familiaux.

- La loi de Finances pour 2017 a prévu le basculement de la réduction d'impôt vers un crédit d'impôt qui couvrira pour tous la moitié du reste à charge dans la limite des plafonds indiqués ci-dessus.

L'incidence de ce basculement varie avec le revenu.

Le gain pour les ménages les plus modestes est faible (leur reste à charge est limité compte tenu du faible niveau de leur participation à l'APA sauf si leur plan était saturé) (tableau

¹¹⁹ Dans le guide d'utilisation du référentiel d'évaluation multidimensionnelle APA :

« Les personnes en GIR 1 et 2 en ayant fait la demande sur le formulaire APA bénéficieront automatiquement de la carte mobilité inclusion mention stationnement et invalidité.

Si la personne faisant l'objet de l'évaluation a demandé la CMI invalidité et qu'elle n'est pas GIR 1 ou 2, ou si vous constatez que son taux d'incapacité est susceptible d'être reconnu comme étant supérieur à 80 % en application des données de l'annexe 2-4 du Code de l'action sociale et des familles, vous devez transmettre la demande de CMI à la MDPH pour évaluation.

Le président du conseil départemental a la possibilité de confier à l'équipe médico-sociale APA l'évaluation des demandes de cartes mobilité inclusion mentions priorité et stationnement pour l'ensemble des demandeurs et bénéficiaires de l'APA quel que soit leur GIR. »

¹²⁰ Pour la 1ère année d'emploi direct d'un salarié à domicile, les dépenses sont retenues dans la limite de 15 000 €.

2.13). L'incidence est nulle pour les ménages aisés qui bénéficiaient à plein de la réduction d'impôt. Elle est forte pour les ménages de revenu intermédiaire qui bénéficient désormais d'un crédit d'impôt permettant de « récupérer » 50% de leur reste à charge qui peut être conséquent (si leur taux de participation à l'APA est significatif et s'ils exposent des dépenses au-dessus du plafond).

Tableau 2.13 - Gain mensuel au passage de la réduction au crédit d'impôt pour l'emploi à domicile pour une personne célibataire en GIR 3

GIR 3 avec des dépenses à 100% du plan d'aide APA soit 994€ par mois

Pension de retraite nette (€ par mois)	800	1500	2200	2900	3600	4300	5000	5500
- APA versée après réforme	994 €	796 €	507 €	127 €	99 €	99 €	99 €	99 €
- réduction d'impôt	- €	22 €	173 €	337 €	447 €	447 €	447 €	447 €
- crédit d'impôt	0 €	99 €	243 €	433 €	447 €	447 €	447 €	447 €
Gain passage Crédit d'impôt	0 €	77 €	71 €	96 €	- €	- €	- €	- €

GIR 3 avec des dépenses à 120% du plan d'aide APA soit 1 193€ par mois

Pension de retraite nette (€ par mois)	800	1500	2200	2900	3600	4300	5000	5500
- APA versée après réforme	994 €	796 €	507 €	127 €	99 €	99 €	99 €	99 €
- réduction d'impôt	- €	22 €	173 €	337 €	547 €	547 €	547 €	547 €
- crédit d'impôt	99 €	198 €	343 €	533 €	547 €	547 €	547 €	547 €
Gain passage Crédit d'impôt	99 €	176 €	170 €	195 €	- €	- €	- €	- €

Cas type SG HCFEA, Législation 2016

b2) Pour les personnes âgées qui sont bénéficiaires d'un soutien financier pour l'aide-ménagère

Le crédit d'impôt (de l'ordre de 10€/heure s'ils ont recours à un service d'aide à domicile en mode prestataire) va s'ajouter à l'aide apportée par les caisses de retraite ou les communes au titre de leur action sociale. C'est un gain net puisque, modestes, ils ne bénéficiaient pas de la réduction d'impôt.

Si on se réfère au barème de la CNAV la réforme fiscale conduit, à réglementation inchangée, au cumul suivant pour les retraités (personne seule avec une part de quotient familial) aux deux bornes du barème et pour un prix horaire de 20,5€/heure (tableau 2.14) :

Tableau 2.14 -

Par heure	Revenu <836€	Revenu = 2 136€
Participation du bénéficiaire	2,05€	13,32€
<u>Régime antérieur à la réforme</u>		
Réduction d'impôt	0	1,86€
RAC	2,05€	11,46
<u>Nouveau régime</u>		
Crédit d'impôt	1,025€	6,66€
RAC	1,025€	6,66€
Gain par rapport à la situation antérieure	+1,025€	+4,8€

b3) un problème de trésorerie

Si la technique du crédit d'impôt a des aspects positifs (sa simplicité), elle a un inconvénient de trésorerie lié à l'écart entre la date des dépenses et le versement du crédit d'impôt (pour des dépenses en 2017, le crédit d'impôt est crédité en 2018). Certes pour des allocataires dont le profil de dépense varie peu au fil des années, le décalage initial ne pèse qu'en début de période ; mais il peut être sensible pour certains allocataires dont les dépenses sont élevées d'une part, dont la participation à l'APA est élevée d'autre part.

Des travaux avaient été menés lors de la préparation du prélèvement à la source. Plus récemment le MEDEF a proposé une technique de mobilisation anticipée du crédit d'impôt.

Si tel ou tel de ces projets voyait le jour, ce serait un progrès.

2) Le régime dérogatoire de la CSG/CRDS

Il est décrit dans l'*Annexe 8*

Il rehausse le revenu disponible de 5,8M de retraités dans le régime général et de de façon très significative pour les ménages les plus modestes (gain de 8%).

Le Gouvernement a annoncé une augmentation de la CSG pour les seuls ménages qui payent la CSG au taux de 6,6 %. On s'attend à une réduction de l'assiette APA du fait de cette hausse et mécaniquement, à une petite hausse des montants d'APA, sans que l'on ait à ce stade investigué l'ampleur de cette hausse.

B) Autres aides publiques

Rappelons enfin qu'existent à côté des aides précitées de puissants soutiens indirects aux ménages qui abaissent le coût des prestations. C'est le cas notamment des exonérations de cotisations sociales et des taux réduits de TVA.

On a dit *supra* que le développement de ces aides avait très largement compensé l'effritement de la valeur (en heures de service) des plafonds de l'APA.

V) LE RESTE A CHARGE (RAC) ET LES TAUX D'EFFORT DES ALLOCATAIRES

A) Deux conceptions du reste à charge

Dans l'approche usuelle, le reste à charge est égal aux dépenses nettes des aides publiques et le taux d'effort rapporte le RAC au revenu disponible

Une approche différente consisterait à ajouter aux dépenses effectives la valeur de l'aide apportée « en nature » à l'allocataire par les aidants familiaux. C'est ce « RAC élargi » qu'on rapporterait au revenu disponible pour calculer le taux d'effort.

On comprend alors que les RAC et taux d'effort diffèrent fortement dans les situations de perte d'autonomie qui donnent souvent lieu à des aides importantes des aidants familiaux.

C'est l'approche usuelle qu'on retient ici. On étudiera la prise en compte de l'apport des aidants dans le chapitre 3.

B) Analyse sur cas-types

On étudie l'impact conjugué de la réforme de l'APA à partir du 1^{er} mars 2016 et de l'avantage du crédit d'impôt pour l'emploi à domicile qui a été étendu aux ménages inactifs à partir de 2017¹²¹.

1) Les situations conventionnelles étudiées

Les cas types permettent d'analyser finement le profil et l'effet des dispositifs dans les différentes situations étudiées mais ne sont pas représentatifs de la distribution de la population selon les revenus et les niveaux de dépenses effectives par GIR.

Les situations étudiées sont celles de la perte d'autonomie pour un célibataire de plus de 65 ans propriétaire non accédant dont les revenus ne comprennent que des retraites.

Le tarif facturé à la personne en perte d'autonomie pour l'aide à domicile est égal au tarif de valorisation du plan retenu par le Département (il n'y a donc pas de reste à charge à ce niveau).

Les aides publiques recensées sont l'APA, la demi-part fiscale pour invalidité pour les GIR 1 et 2¹²², la réduction (ou crédit d'impôt¹²³ à partir de 2017) pour l'emploi d'un salarié à domicile.

Dans ces cas types, on fait varier le niveau de revenu de la personne et son niveau de dépenses pour l'aide à domicile. La dépense effective est égale successivement à 60%, 80%, 100% et 120% des plafonds actuels en fonction du GIR (voir les tableaux ci-dessous pour les montants de dépenses effectives et leur niveau par rapport aux anciens plafonds).

Plafonds mensuels de l'APA avant et après réforme du 1^{er} mars 2016

Gir	Montant mensuel (€) maximum avant réforme	Montant mensuel (€) maximum après réforme	Ecart de plafond (€)
Gir 1	1 313	1 713	+ 400
Gir 2	1 125	1 376	+ 250
Gir 3	844	994	+ 150
Gir 4	563	663	+ 100

¹²¹ projet de loi de finances 2017

¹²² Cette demi-part invalidité est de droit pour les bénéficiaires de l'APA en GIR 1 et 2.

L'effet de la demi-part invalidité (plafonnée à 3 016€ par an) est appréhendé en tenant compte de la décote dans l'IRPP. L'effet est calculé comme la différence entre l'imposition avec demi-part invalidité après décote et celle sans demi-part après décote.

¹²³ Les dépenses sont retenues dans la limite d'un plafond de 12 000 € par an majoré de 1 500 € par personne de plus de 65 ans (sans pouvoir dépasser au total 15 000 €). Pour la 1^{ère} année d'emploi direct d'un salarié à domicile, les dépenses sont retenues dans la limite de 15 000 €. Le plafond est porté à 20 000€ en cas d'invalidité notamment pour les GIR 1 et 2.

Montant mensuel de dépenses en fonction du pourcentage des plafonds GIR

Gir	60% du plafond	80% du plafond	100% du plafond	120% du plafond
Gir 1	1 028 €	1 370 €	1 713 €	2 056 €
Gir 2	825 €	1 100 €	1 375 €	1 650 €
Gir 3	596 €	795 €	994 €	1 193 €
Gir 4	398 €	530 €	663 €	796 €
<i>En % des anciens plafonds GIR (avant 1^{er} mars 2016)</i>				
<i>Gir 1</i>	<i>78%</i>	<i>104%</i>	<i>130%</i>	<i>157%</i>
<i>Gir 2</i>	<i>73%</i>	<i>98%</i>	<i>122%</i>	<i>147%</i>
<i>Gir 3</i>	<i>71%</i>	<i>94%</i>	<i>118%</i>	<i>141%</i>
<i>Gir 4</i>	<i>71%</i>	<i>94%</i>	<i>118%</i>	<i>141%</i>

Pour analyser l'effet du nouveau barème APA et le passage de la réduction d'impôt au crédit d'impôt, la législation 2016 est appliquée notamment pour le barème de l'impôt. Dans cette approche, on ne tient pas compte de l'avance de trésorerie¹²⁴ liée à la réduction/crédit d'impôt et on considère que les revenus sont stables.

Le reste à charge (RAC) est égal à la dépense effective diminuée des aides publiques (APA, réduction ou crédit d'impôt pour l'emploi à domicile et la demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2).

Le taux d'effort est le rapport entre le reste à charge et le revenu net perçu après impôt sur le revenu (hors prise en compte de la réduction ou crédit d'impôt et de la demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2).

Du fait des conventions de calcul retenues (notamment l'absence d'écart entre tarifs de valorisation du plan et facturé et la non prise en compte de dépenses au-delà du plafond APA), les cas-types présentés donnent une image plutôt « flatteuse » des situations avant et après réformes. Les deux facteurs de reste à charge non intégrés peuvent conduire à des surcoûts significatifs, certes désormais couverts à 50% pour tous¹²⁵ grâce au crédit d'impôt.

2) Le principaux résultats de l'effet des réformes de l'APA et du passage au crédit d'impôt

a) Résultats généraux

¹²⁴ L'avance peut être importante la première année de perte d'autonomie (entrée dans le dispositif). Par la suite, le décalage n'a pas plus guère d'effet du fait de la relative stabilité des bénéficiaires dans le dispositif. Les dépenses de l'année courante sont couvertes par le crédit d'impôt de l'année précédente.

¹²⁵ Dans la plupart des cas compte tenu du plafond du crédit d'impôt.

La DREES a évalué à 567M€ l'augmentation des aides publiques suite à la revalorisation de l'APA et au basculement sur le crédit d'impôt¹²⁶.

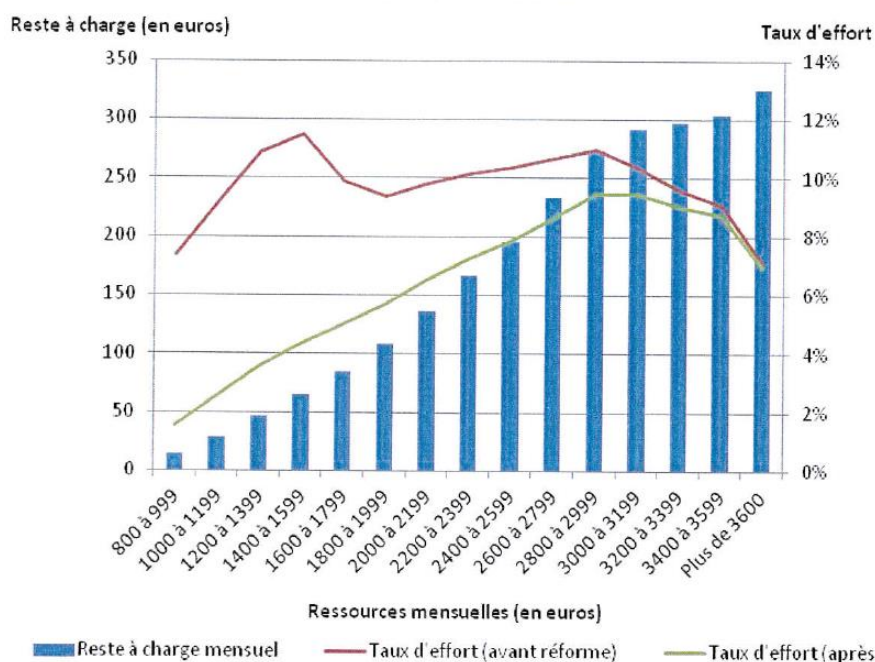
Cette estimation est faite à comportements constants des ménages et des services des départements. La revalorisation de l'APA mobilise 60% de cette enveloppe et le basculement sur le crédit d'impôt 40%. Sur le champ de l'étude DREES, la prise en charge de la dépense par les aides publiques passe de 78% avant les deux réformes à 90% après.

La diminution du reste à charge serait en moyenne de 68€ par mois et par bénéficiaire, avec une forte variation en fonction du GIR : 225€ en GIR 1, 143€ en GIR 2, 82€ en GIR 3 et 33€ en GIR 4.

Le reste à charge des allocataires aurait diminué de plus de la moitié, passant de 1Md€ à 460 millions d'euros. Le RAC moyen par bénéficiaire de l'APA serait de 55€ par mois.

b) Les graphiques 2.11a et 2.11b situent l'évolution du reste à charge mensuel et du taux d'effort en fonction du revenu des bénéficiaire et de leur GIR.

Figure 2.11a – Reste à charge mensuel et taux d'effort de la prise en charge de la dépendance selon le revenu du bénéficiaire



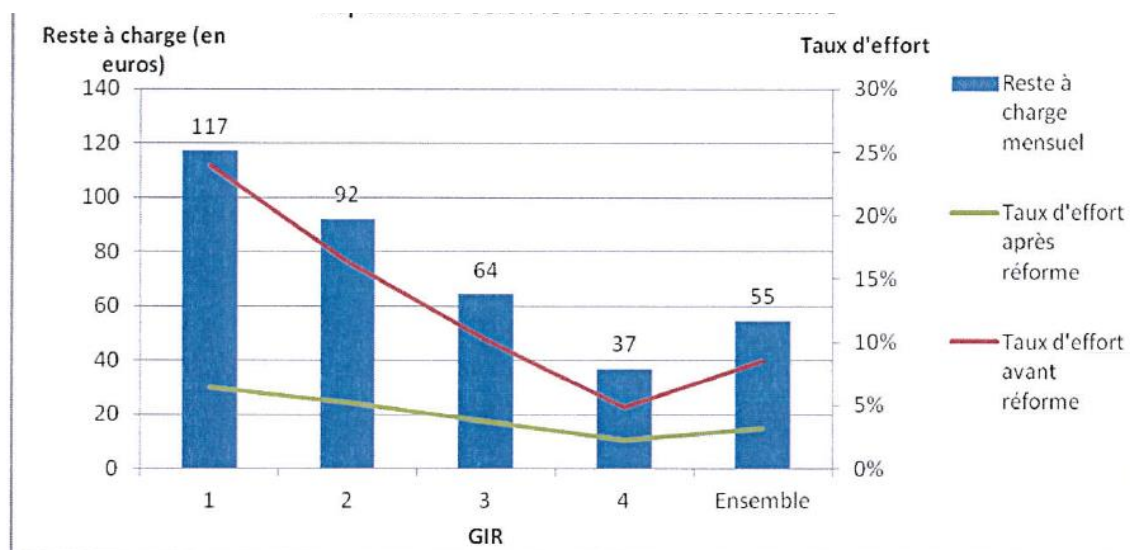
Note : le reste à charge est défini ici comme la somme du ticket modérateur après crédit d'impôt et de la part du plan APA au-delà des plafonds réglementaires. Le taux d'effort est calculé comme le reste à charge rapporté aux ressources de l'individu.

Champ : France métropolitaine - Bénéficiaires de l'APA à domicile fin 2011 – ressources redressées pour tenir compte de l'évolution entre 2011 et 2016.

Source : DREES, modèle Autonomix.

¹²⁶ La Drees indique que ces premiers chiffres sont à considérer avec prudence en raison des nombreuses hypothèses simplificatrices retenues (en particulier l'actualisation des simulations en valeurs de 2016, le modèle Autonomix utilisé pour le chiffrage étant basé sur les données de 2011).

Figure 2.11b – Reste à charge mensuel et taux d'effort de la prise en charge de la dépendance selon le niveau de GIR



Note : le reste à charge est défini ici comme la somme du ticket modérateur après crédit d'impôt et de la part du plan APA au-delà des plafonds réglementaires. Le taux d'effort est calculé comme le reste à charge rapporté aux ressources de l'individu. Ces dernières correspondent aux ressources « au sens de l'APA », telles que prises en compte par les conseils départementaux, mais redressées de manière à ne pouvoir être inférieures au niveau du minimum vieillesse (801 € par mois pour une personne seule et 1 243 € par mois pour un couple).
 Champ : France métropolitaine - Bénéficiaires de l'APA à domicile fin 2011 – ressources redressées pour tenir compte de l'évolution entre 2011 et 2016.
 Source : DREES, modèle Autonomix.

Si on fait une hypothèse – grossière – pour intégrer les écarts entre tarifs de référence pour l'APA et tarifs facturés¹²⁷, la prise en charge publique passe d'environ 75% de la dépense avant réformes à environ 90% après.

c) Aucun des allocataires n'est perdant

Les réformes conjuguées ne font aucun perdant.

d) Quelques situations inchangées

Seule une partie des allocataires voient leur situation inchangée. Il s'agit :

- des allocataires aisés acquittant 90% d'un plan notifié qui étaient en dessous des anciens plafonds et qui bénéficiaient déjà à plein de la réduction d'impôt. Pour eux la participation à l'APA ne bouge pas et le crédit d'impôt n'est pas plus favorable que la réduction d'impôt.
- des allocataires les plus modestes exonérés de participation qui avaient des plans inférieurs ou égaux aux anciens plafonds. Pour eux le reste à charge est nul avant et après la réforme.
- des allocataires ayant des petits volumes de plan d'aide (au-dessous de 350€/mois) et qui bénéficiaient de la réduction d'impôt.

¹²⁷ On évalue alors la dépense totale à 4,9Mds€ au lieu de 4,65Mds€.

e) Les gagnants voient leur RAC et leur taux d'effort sensiblement diminuer

Pour tous les autres allocataires, l'effet conjugué de la réforme APA et du passage au crédit d'impôt engendrent des gains importants qui augmentent avec le niveau de perte d'autonomie (tableau 2.15) mais aussi avec la saturation de leur plan d'aide – du moins avec nos conventions « flatteuses » qui ne tiennent pas compte de tous les facteurs de reste à charge.

Tableau 2.15 - Augmentation de la prise en charge publique du fait de la réforme APA et du passage au crédit d'impôt pour des dépenses au plafond des Gir (en € par mois)

Pension de retraite nette (€ par mois)	800	1500	2200	2900	3600	4300	5000	5500
GIR 1 au plafond GIR 1 (1 713€)	400 €	638 €	669 €	605 €	495 €	278 €	62 €	20 €
GIR 2 au plafond GIR 2 (1 376€)	250 €	456 €	480 €	436 €	328 €	111 €	13 €	13 €
GIR 3 au plafond GIR 1 (994€)	150 €	277 €	229 €	123 €	8 €	8 €	8 €	8 €
GIR 4 au plafond GIR 1 (663€)	100 €	167 €	85 €	8 €	5 €	5 €	5 €	5 €

Cas type SG HCFEA, Législation 2016

Note de lecture : A 2 200€ de pensions de retraites nettes, l'écart entre l'ancien barème de l'APA associé à la réduction d'impôt et le nouveau barème APA associé au crédit d'impôt augmente les aides publiques de 669€ pour des dépenses au plafond du GIR 1 et à 85€ pour des dépenses au plafond du GIR 4.

Les RAC baisse de manière plus sensible avec l'augmentation de la perte d'autonomie (baisse du RAC de 638€ pour un GIR 1 à 167€ pour un GIR 4, à 1500€ de retraite nette).

La baisse des taux d'effort diminue avec les revenus et elle est plus concentrée sur les revenus modestes (le taux d'effort baisse de 50 points de pourcentage en GIR 1 à 13 points en GIR 4 pour les plus modestes).

Baisse du reste à charge (RAC) en € par mois								
Pension de retraite nette (€ par mois)	800	1500	2200	2900	3600	4300	5000	5500
GIR 1 au plafond GIR 1 (1 713€)	-400	-638	-669	-605	-495	-278	-62	-20
GIR 2 au plafond GIR 2 (1 376€)	-250	-456	-480	-436	-328	-111	-12	-12
GIR 3 au plafond GIR 1 (994€)	-150	-277	-229	-123	-8	-8	-8	-8
GIR 4 au plafond GIR 1 (663€)	-100	-167	-85	-8	-5	-5	-5	-5

Réduction des taux d'effort (en point de %)								
Pension de retraite nette (€ par mois)	800	1500	2200	2900	3600	4300	5000	5500
GIR 1 au plafond GIR 1 (1 713€)	50	43	33	24	16	8	2	0
GIR 2 au plafond GIR 2 (1 376€)	31	31	24	17	11	3	0	0
GIR 3 au plafond GIR 1 (994€)	19	19	11	5	0	0	0	0
GIR 4 au plafond GIR 1 (663€)	13	11	4	0	0	0	0	0

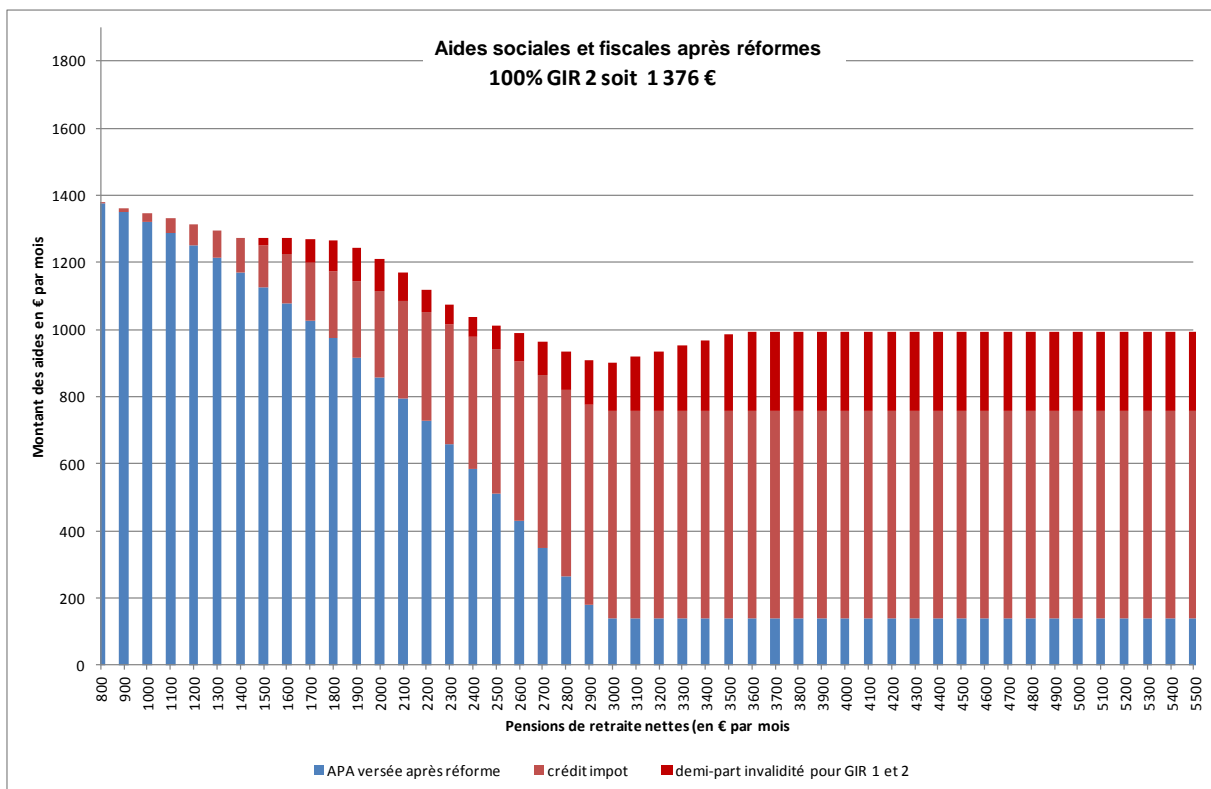
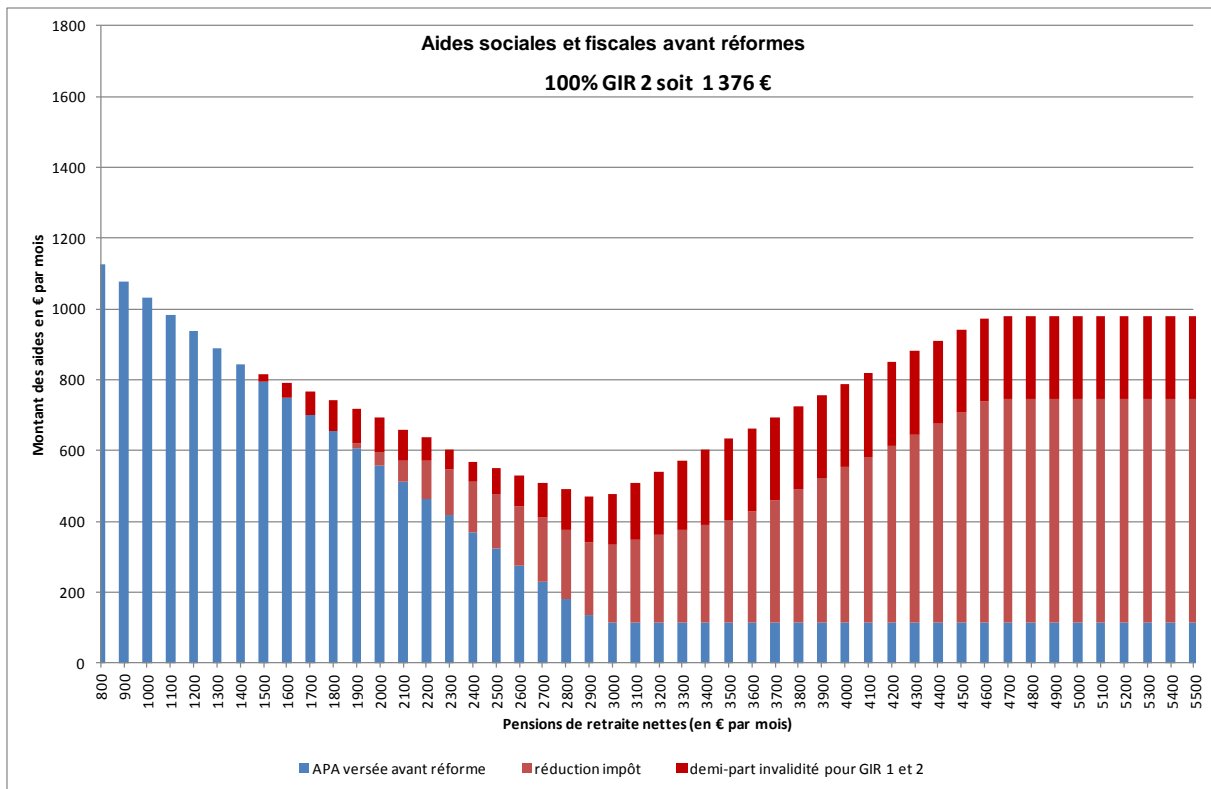
Cas type SG HCFEA, Législation 2016

f) Le profil des aides a changé

Toujours dans notre cadre conventionnel, le profil des aides a changé avec le (quasi) effacement du profil en U des aides publiques, en grande partie du fait du passage au crédit d'impôt.

Les aides sont désormais faiblement décroissantes avec le revenu pour se stabiliser aux environs de 3 000€/mois de revenu (figure 2.12). Cet effacement augmente avec la perte d'autonomie (niveau du GIR) et la saturation du plan (plus le plan est saturé plus l'effet du crédit d'impôt permet de lisser le montant des aides selon le revenu du bénéficiaire, voir l'ensemble des cas-types en *Annexe 9*).

Figure 2.12 – Aides sociales et fiscales, avant et après réformes



Cas type SG HCFEA, Législation 2016

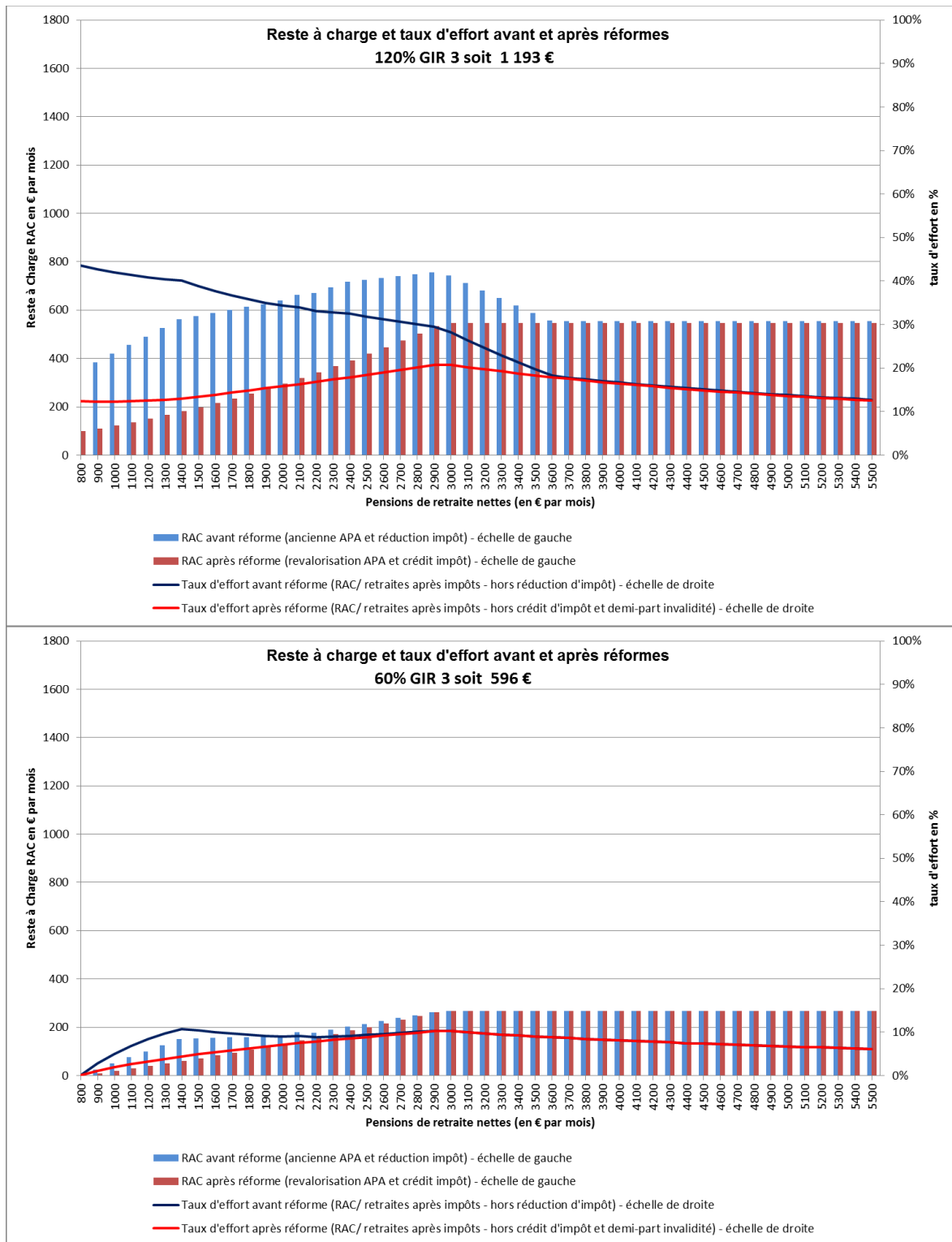
g) La réforme bénéficie le plus à ceux dont les plans d'aide sont saturés ou très élevés

L'augmentation des aides publiques est plus élevée pour les allocataires qui ont les dépenses d'aide à domicile les plus importantes. Cela résulte du fait que :

- * la baisse de la participation de l'allocataire à l'APA est d'autant plus prononcée que le plan notifié est élevé ;
- * les recours au-dessus des nouveaux plafonds sont désormais pris en charge à 50% pour tous grâce au crédit d'impôt.

Ainsi le RAC et le taux d'effort d'une personne en GIR 3 par exemple a été réduit de manière beaucoup plus marquée pour ceux qui ont des dépenses au-dessus du plafond que pour ceux qui se situaient en dessous des plafonds. A 120% du plafond en GIR 3, le RAC peut baisser de 380€ pour des retraites autour de 1 500€ alors qu'il ne baisse au maximum que de 80€ si l'allocataire avait des dépenses à 60% du plafond GIR 3 (figure 2.13).

Figure 2.13 – reste à charge et taux d'effort avant et après réformes

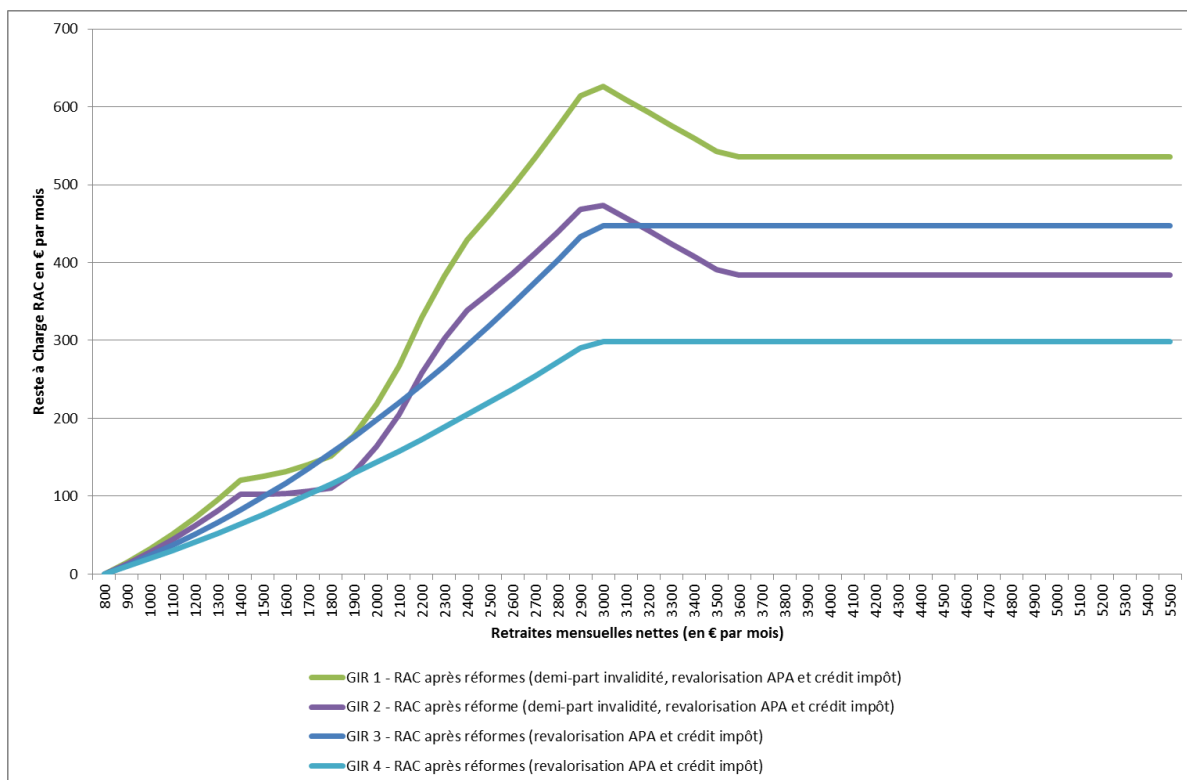


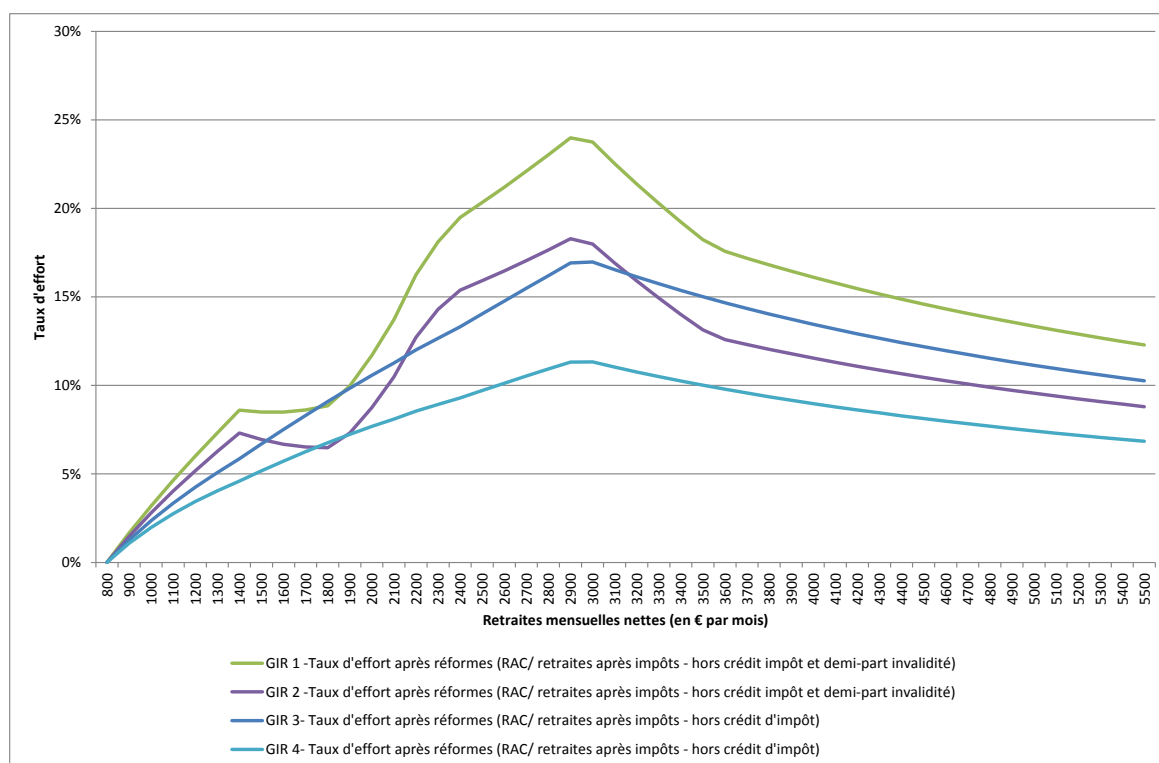
Cas type SG HCFEA, Législation 2016

h) Après réforme le RAC et le taux d'effort varient encore de façon sensible selon les GIR

Le RAC et le taux d'effort augmentent avec le niveau de perte d'autonomie (niveau du GIR). Cependant l'effet de la demi-part fiscale pour invalidité (de droit pour les GIR 1 et 2) induit un rapprochement des taux d'effort du GIR 1 et 3 d'une part et du GIR 2 et 4 d'autre part aux alentours de 1800€ de pensions de retraite nettes (figure 2.14).

Figure 2.14 – Reste à charge et taux d'effort pour des dépenses à 100% du plafond de chaque GIR





Cas type SG HCFEA, Législation 2016

C) La couverture du RAC

Elle est assurée :

1) Pour l'essentiel par les revenus courants de l'allocataire

2) Eventuellement par une aide monétaire spontanée¹²⁸ de ses descendants

- elle n'est pas intégrée dans l'assiette de l'APA et n'en fait donc pas baisser le montant.
- elle est le cas échéant déductible du revenu imposable de ce débiteur

3) Par une pression sur son patrimoine financier

4) De façon marginale par les assurances dépendance (dont on rappelle qu'elles ne sont pas intégrées dans l'assiette de l'APA et ne font donc pas baisser son montant)

Ces assurances ont un faible poids, notamment en GIR 4 et 3 qui représentent 81% des allocataires à domicile.

Par commodité, on étudiera la place des assurances dans le chapitre 5, consacré aux orientations.

¹²⁸ Et non obligée au titre de l'obligation alimentaire.

ANNEXES

ANNEXE 1 – TABLEAUX DE LA DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE (DSS) SUR L'ÉVOLUTION DU PRIX FACTURE PAR UNE ENTREPRISE PRESTATAIRE PAR RAPPORT AU PLAFOND APA (SUR LA BASE D'UNE REMUNERATION DU SALARIE AU SMIC ET A 1,3 SMIC)

Evolution depuis 2002 du nombre d'heures de prestation à domicile couvert par le plafond de l'APA selon le type de prestataire et le GIR pour une rémunération d'un SMIC et sans prise en compte du taux de marge (en euros constants)

	Pour un prestataire de type entreprise				Pour un prestataire de type association			
	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
2002	118,5	101,6	76,2	50,8	122,1	104,7	78,5	52,3
2003	116,8	100,1	75,1	50,1	120,2	103,1	77,3	51,5
2004	114,4	98,0	73,5	49,0	117,7	100,8	75,6	50,4
2005	113,3	97,1	72,8	48,6	116,6	99,9	74,9	50,0
2006	111,8	95,8	71,9	47,9	115,0	98,6	73,9	49,3
2007	111,4	95,5	71,6	47,7	114,5	98,2	73,6	49,1
2008	109,8	94,2	70,6	47,1	112,8	96,7	72,5	48,4
2009	110,9	95,0	71,3	47,5	113,9	97,7	73,2	48,8
2010	111,4	95,5	71,6	47,7	114,4	98,1	73,6	49,0
2011	111,9	95,9	72,0	48,0	115,0	98,6	73,9	49,3
2012	111,6	95,6	71,7	47,8	114,4	98,1	73,6	49,0
2013	114,3	98,0	73,5	49,0	113,1	96,9	72,7	48,5
2014	115,7	99,2	74,4	49,6	116,4	99,7	74,8	49,9
2015	115,1	98,6	74,0	49,3	115,6	99,1	74,3	49,6
2016	149,3	119,9	86,6	57,8	149,9	120,4	87,0	58,0

Calculs DSS/SDEPF/6C

Evolution depuis 2002 du nombre d'heures de prestation à domicile couvert par le plafond de l'APA selon le type de prestataire et le GIR pour une rémunération d'1,3 SMIC et sans prise en compte du taux de marge (en euros constants)

	Pour un prestataire de type entreprise				Pour un prestataire de type association			
	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
2002	91,2	78,2	58,6	39,1	90,9	77,9	58,4	39,0
2003	89,8	77,0	57,8	38,5	89,5	76,7	57,5	38,4
2004	88,0	75,4	56,6	37,7	87,6	75,1	56,3	37,5
2005	87,2	74,7	56,0	37,4	86,8	74,4	55,8	37,2
2006	86,0	73,7	55,3	36,9	85,6	73,4	55,0	36,7
2007	85,7	73,4	55,1	36,7	85,3	73,1	54,8	36,5
2008	84,5	72,4	54,3	36,2	84,0	72,0	54,0	36,0
2009	85,3	73,1	54,8	36,6	84,8	72,7	54,5	36,3
2010	85,7	73,4	55,1	36,7	85,2	73,0	54,8	36,5
2011	86,1	73,8	55,4	36,9	85,6	73,4	55,0	36,7
2012	85,8	73,6	55,2	36,8	85,2	73,0	54,8	36,5
2013	87,9	75,4	56,5	37,7	84,2	72,2	54,1	36,1
2014	89,0	76,3	57,2	38,2	86,5	74,2	55,6	37,1
2015	88,5	75,9	56,9	37,9	86,0	73,7	55,3	36,8
2016	114,8	92,2	66,6	44,4	111,5	89,5	64,7	43,1

Calculs DSS/SDEPF/6C

ANNEXE 2 – EVOLUTION DU TARIF HORAIRE CNAV DE L'AIDE HUMAINE A DOMICILE

Tableau - EVOLUTION DU TARIF HORAIRE CNAV DE L'AIDE HUMAINE A DOMICILE

Date	01/01/2003	01/07/2003	01/07/2004	01/07/2005	01/01/2006	01/01/2007	01/01/2007
Montant de participation horaire	13,91 €	15,41 €	15,99 €	16,68 €	16,95 €	17,16 €	17,46 €
Revalorisations		+ 1,5 €	+ 0,58 €	+0,69 €	+0,27 €	+ 0,21 €	+ 0,30 €
Motifs		Accord du 29 mars 2002 (mise en place de nouvelles grilles de salaires)			Valeur du point	Indemnités kilométriques + modulation du temps de travail	Avenant n°9 du 7 mars 2007 (valeur du point)

Date	01/03/2008	01/04/2008	01/04/2008	01/07/2008	01/04/09	01/01/11	01/01/12
Montant de participation horaire	17,53 €	17,85 €	18,15 €	18,20 €	18,46 €	18,80 €	19,20 €
Revalorisations	+ 0,07 €	+ 0,32 €	+ 0,30 €	+ 0,05 €	+ 0,26 €	+ 0,34 €	+ 0,40 €
Motifs	Indemnités kilométriques	Valeur du point (Avenant n°12)	Suppression de l'exonération AT-MP	Revalorisation des 1 ^{er} coeff. Salariaux (Avenant n°12)	Valeur du point (Avenant n°13)	Inflation hors tabac / PLF (1,5%)	Inflation hors tabac / PLF (1,7%)

Date	01/01/2013	01/01/2015	01/01/2016	01/01/2017			
Montant de participation horaire	19,40 €	20,10 €	20,30 €	20,50 €			
Revalorisations	+ 0,20 €	+ 0,70 €	+ 0,20 €	+ 0,20€			
Motifs	Inflation hors tabac / PLF (1,75%)	Inflation hors tabac 2014-2015 / PLF (1,3% et 0,9%) + coup de pouce prévention	Inflation hors tabac / PLF (1%)	Inflation hors tabac / PLF (0,8%)			

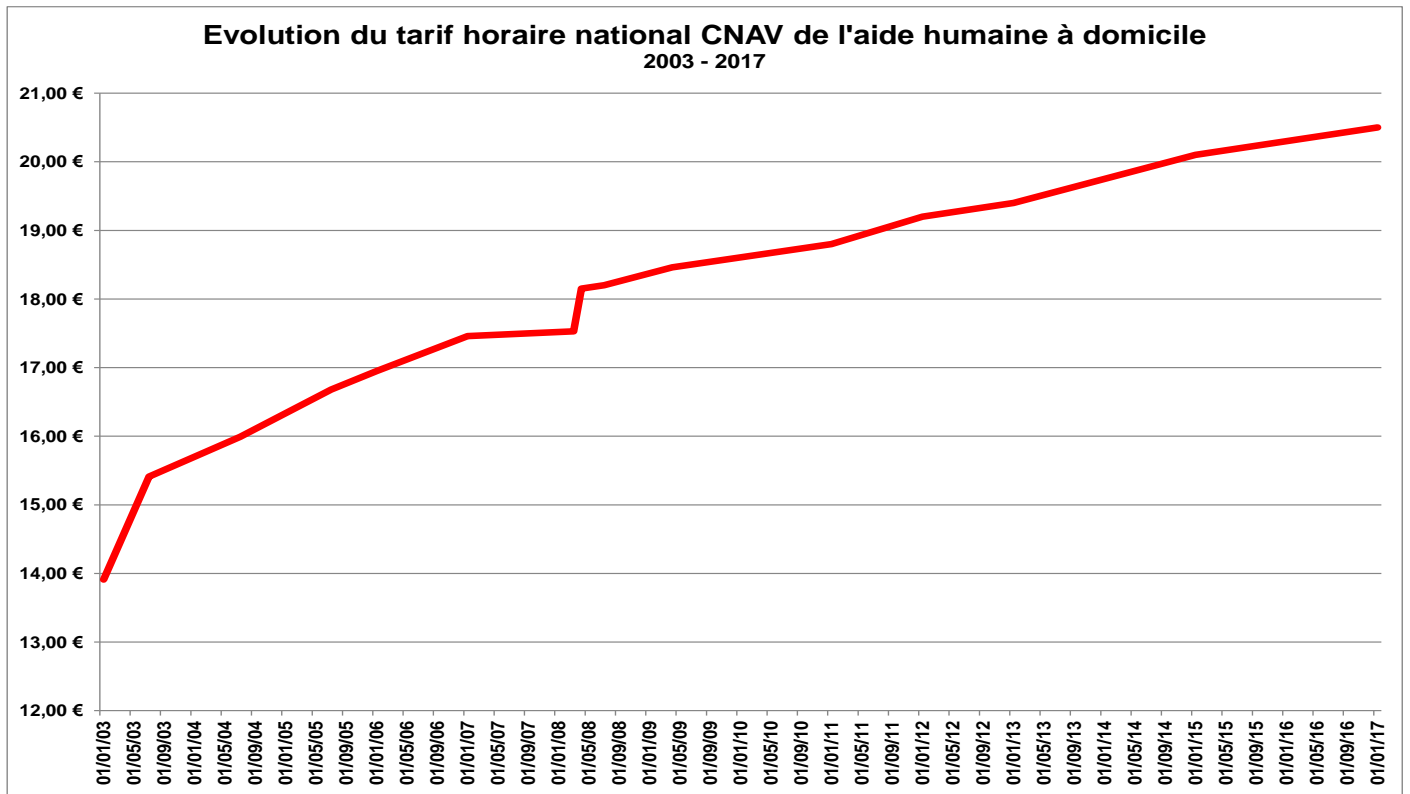
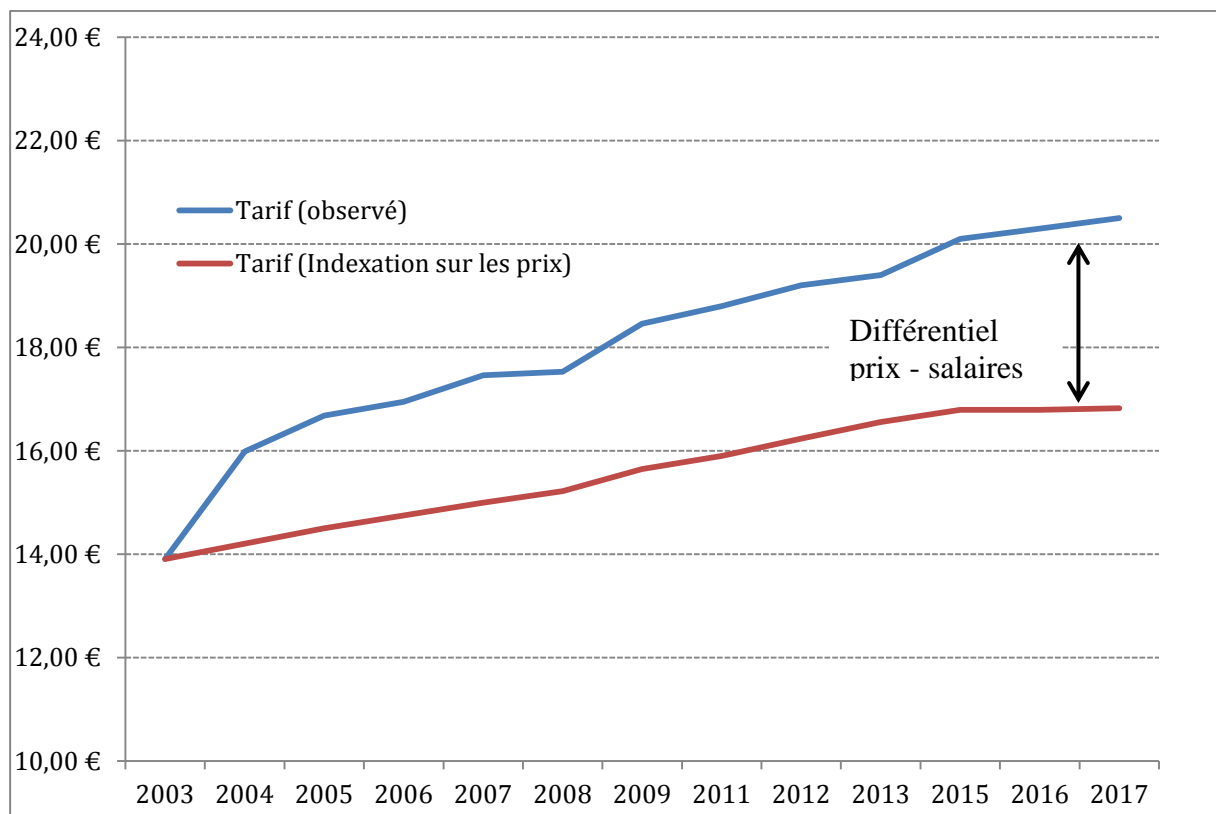


Figure – Comparaison de l'évolution du tarif horaire CNAV de l'aide humaine à domicile observé et du tarif simulé avec une indexation sur les prix à partir de 2003



Source : CNAV pour tarif observé et calculs SG HCFEA pour tarif simulé

ANNEXE 3 – APA : MODES D'INTERVENTION A DOMICILE (FICHE DE LA DGCS)

I – Trois modes d'intervention d'importance inégale

1) Les trois modes d'intervention

Le bénéficiaire de l'APA peut choisir de recourir à trois modes d'intervention différents :

Le mode prestataire : dans ce type de prise en charge, le service prestataire est l'employeur de l'intervenant à domicile et gère l'ensemble des formalités administratives. Le bénéficiaire est facturé directement par la structure pour les services rendus. Le bénéficiaire n'assume dans ce cadre aucune responsabilité d'employeur et dispose d'intervenants formés et qualifiés.

Dans ce cas, le conseil départemental avant la loi ASV pouvait verser l'APA directement au SAAD avec l'accord du bénéficiaire. Depuis la loi ASV, le bénéficiaire n'a plus à donner son accord préalable.

Le mode mandataire : l'intervenant à domicile est employé et payé par le particulier dans le cadre d'un contrat de travail mais les formalités administratives sont gérées par le service. Dans ce cadre, le particulier est conseillé et soutenu par le service (recherche du personnel et recrutement, établissement du contrat de travail...) et peut choisir le salarié intervenant à son domicile. En revanche, il doit assumer les responsabilités d'employeur.

L'emploi direct (gré à gré) : l'intervenant à domicile est employé et rémunéré par le particulier qui assume l'ensemble des responsabilités d'employeur ainsi que les démarches administratives.

2) La prépondérance du mode prestataire

Plusieurs enquêtes ou études permettent d'appréhender le poids relatif des modes d'intervention et son évolution par rapport aux dépenses ou aux bénéficiaires de l'APA à domicile.

a) Répartition par mode d'intervention des dépenses d'APA utilisées par la rémunération d'intervenants à domicile

L'enquête conduite par la DREES chaque année sur les bénéficiaires et les dépenses d'aide sociale départementale indique la répartition par mode d'intervention des dépenses d'APA utilisées pour la rémunération des intervenants à domicile. De 2010 à 2014, le poids de chacun des modes d'intervention apparaît relativement stable, avec une prépondérance du recours aux services prestataires par rapport aux services mandataires et à l'emploi direct :

	2010	2011	2012	2013	2014
Prestataire	76%	77%	78%	77%	77%
Mandataire	8%	9%	8%	8%	6%
Emploi direct	16%	14%	14%	15%	14%

Lecture : en 2010, en moyenne, 76% des dépenses couvertes par l'APA pour rémunérer des intervenants à domicile concernent des services prestataires, 8% des services mandataires et 16% des recrutements directs par les bénéficiaires

Source : DREES, enquête annuelle sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale (années 2010 à 2014) <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt200.pdf> (page 15)

b) Evolution de la part des particuliers employeurs bénéficiaires de l'APA (emploi direct ou mandataire) par rapport à l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile

Il est possible d'appréhender la proportion de bénéficiaires de l'APA recourant à l'emploi direct, exclusivement ou combiné au recours à un service prestataire (y compris via à un service mandataire) en rapportant le nombre de particuliers employeurs bénéficiaires de l'exonération prévue par l'article L.241-10 I du CSS au titre de l'APA au nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile. Il est à noter que cette donnée est sous-estimée du fait de l'existence d'une exonération automatiquement attribuée aux personnes âgées de 70 ans et plus dans la limite d'un plafond de rémunération fixé à 65 fois le SMIC horaire par mois. L'attribution automatique de cette exonération a pour conséquence qu'une certaine proportion (non chiffrée) de particuliers employeurs bénéficiaires de l'APA sont enregistrés par l'ACOSS dans cette catégorie et non dans celle des bénéficiaires de l'exonération APA.

Bénéficiaires	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bénéficiaires APA domicile (arrondi au millier)	294 000	423 000	494 000	547 000	603 000	654 000
Particuliers employeurs bénéficiant de l'exonération APA	NC	NC	178 312	185 443	190 418	191 655
Particuliers employeurs/bénéficiaires APA domicile (%)			36,1%	33,9%	31,6%	29,3%

Sources : bénéficiaires APA domicile : DREES, enquêtes aide sociale ; Particuliers employeurs : ACOSS

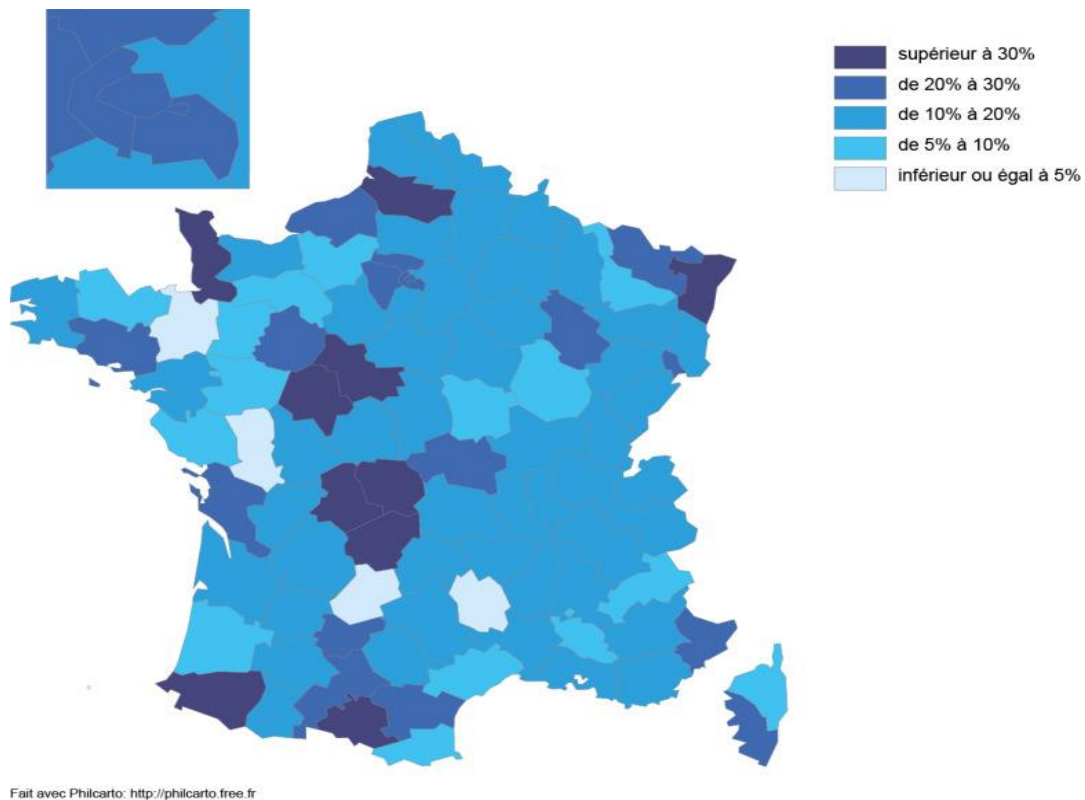
Bénéficiaires	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Bénéficiaires APA domicile (arrondi au millier)	678 000	699 000	713 000	724 000	731 000	738 000
Particuliers employeurs bénéficiant de l'exonération APA	185 512	178 652	173 672	167 352	157 882	149 195
Particuliers employeurs/bénéficiaires APA domicile (%)	27,4%	25,6%	24,4%	23,1%	21,6%	20,2%

Sources : bénéficiaires APA domicile : DREES, enquêtes aide sociale ; Particuliers employeurs : ACOSS

Entre 2004 et 2013, le poids des particuliers employeurs bénéficiaires de l'APA par rapport à l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile a diminué de près de 16 points, passant de 36,1% à 20,2%. Sur la dizaine d'années considérée, la prépondérance du mode prestataire se serait donc nettement accentuée au vu de ces données.

c) Part des particuliers employeurs bénéficiaires de l'APA (emploi direct ou mandataire) par rapport à l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile par département

Dans son baromètre des emplois de la famille de décembre 2015 (ci-joint), la Fédération des particuliers employeurs de France (FEPEM) indique que le poids des particuliers employeurs bénéficiant de l'exonération APA dans l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile varie de 3,1% dans le Lot à 44,8% en Haute-Vienne. Dans 10 départements, le recours à l'emploi direct ou mandataire est supérieur à 30%, tandis qu'il est inférieur à 10% dans 19 départements :



Source : FEPEM, baromètre des emplois de la famille, n° 16, décembre 2015 (sources : DREES, enquête annuelle sur l'aide sociale. Données au 31 décembre 2013, ACOSS, tableau de bord au 4ème trimestre 2014, données brutes. Traitement par l'Observatoire FEPEM des emplois de la famille.

Ces disparités s'expliqueraient, selon la FEPEM, par des politiques départementales plus ou moins favorables au recours à l'emploi direct ou mandataire.

d) Répartition par mode d'intervention des heures d'intervention à domicile réalisées

La prépondérance du mode prestataire se retrouve dans les résultats de l'enquête de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) de 2015 relative au service des allocations APA et PCH, suivant laquelle, sur 220 à 240 millions d'heures d'intervention à domicile salariées assurées en 2012 dans le cadre de l'APA (concernant 53 départements

répondants), **70%** en moyenne l'ont été par un service prestataire, **20%** par un salarié en emploi direct et **10%** par un service mandataire.

II – Les déterminants du choix

1) Les prescriptions de la réglementation et le rôle de l'équipe médico-sociale (EMS) du département

Conformément aux dispositions du 6^{ème} alinéa de l'article L. 232-6 et de l'article R. 232-12 du CASF, l'équipe médico-sociale prévoit, sauf refus exprès du bénéficiaire, le **recours systématique à un service prestataire pour les personnes nécessitant une surveillance régulière du fait de la détérioration de leur état physique ou intellectuel ou en raison de leur insuffisance d'entourage familial ou social ainsi que pour les personnes classées dans les GIR 1 et 2.**

L'équipe médico-sociale du département est chargée, conformément aux dispositions du 3° de l'article L. 232-6 du CASF, de proposer le plan d'aide APA, d'informer le bénéficiaire de l'ensemble des modalités d'intervention existantes et de **recommander celles qui lui paraissent les plus appropriées compte tenu du besoin d'aide et de la perte d'autonomie** du bénéficiaire et des besoins de ses proches aidants, ainsi que des modalités de prise en charge du bénéficiaire en cas d'hospitalisation de ces derniers.

Dans sa synthèse de 2010 sur la gestion de l'APA, l'IGAS note que l'équilibre à observer selon les niveaux de dépendance entre le recours aux services prestataires, mandataires et au gré à gré a fait l'objet **d'orientations plus ou moins formulées selon les Conseils départementaux et que, lorsque ces orientations existent, elles ne sont pas nécessairement mises en œuvre.**

L'IGAS évoque également la **préférence des conseils départementaux pour les services prestataires.** Ce mode de prise en charge peut en effet sembler le plus sécurisant pour la plupart des personnes en perte d'autonomie, du fait de l'emploi de personnels qualifiés et de l'absence de responsabilité d'employeur pour le bénéficiaire. Pour autant, il est aussi plus coûteux que le mode mandataire ou le recours à un salarié en emploi direct.

Actuellement, certains départements, tel le Calvados ou la Somme, font ainsi le choix d'orienter de façon systématique les bénéficiaires les moins dépendants vers le mode mandataire.

D'une façon générale, l'IGAS souligne le **rôle central de l'évaluateur à domicile** pour orienter les personnes âgées vers un service donné, en fonction des besoins (intervention le weekend ou non), de la gravité de la perte d'autonomie (structures prestataires et employant des personnels qualifiés) mais aussi de leur réseau propre (avec le risque qu'entrent en jeu des considérations éloignées de l'intérêt pratique des personnes âgées).

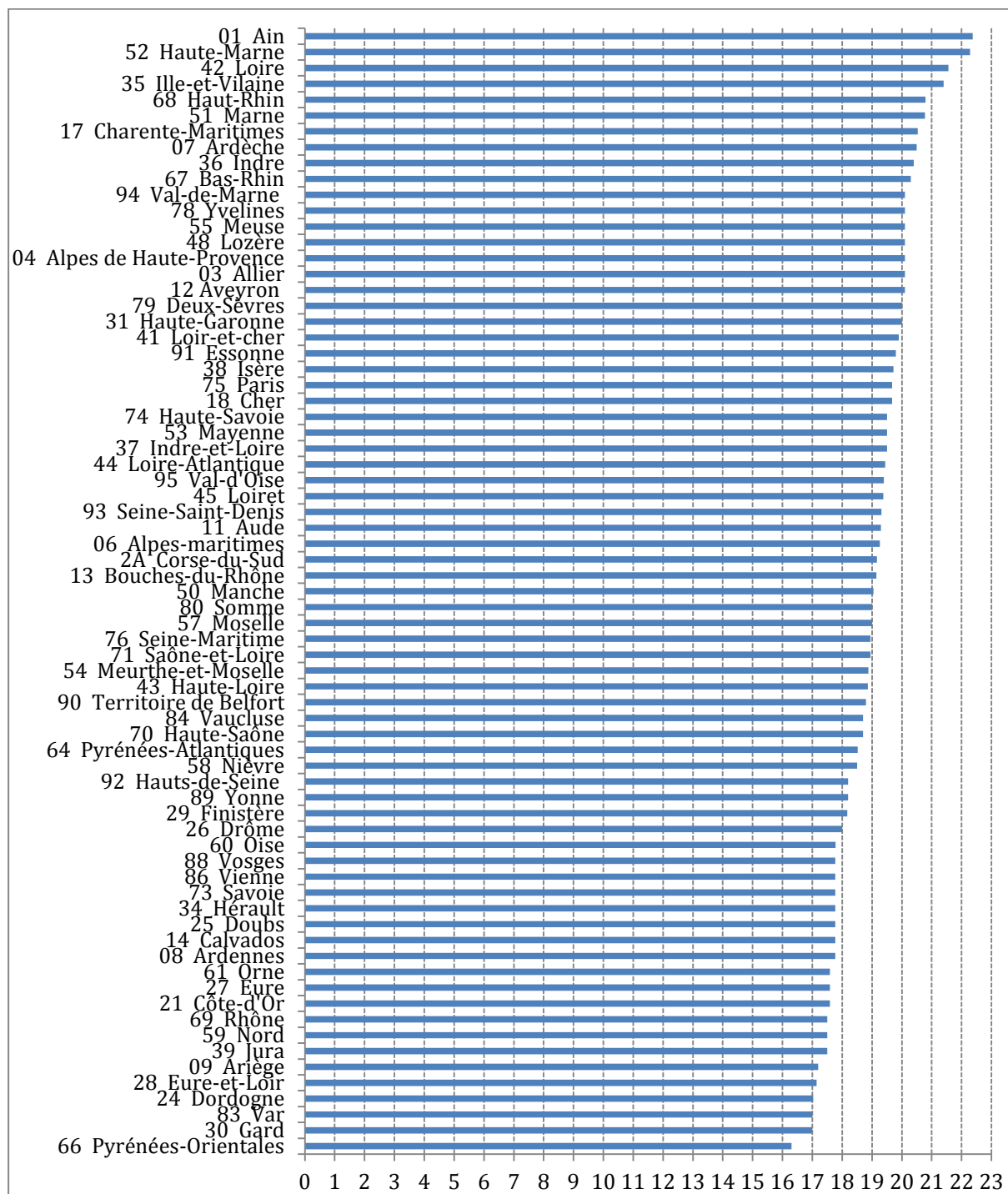
2) Le libre choix par le bénéficiaire de son mode d'intervention

Ce principe a été réaffirmé par la loi ASV, qui prévoit, à travers le 3° de l'article L. 232-6 du CASF, l'obligation pour l'équipe médico-sociale du département d'informer de façon exhaustive le bénéficiaire et ses proches sur l'ensemble des dispositifs d'aide à domicile existant dans le territoire concerné. S'il appartient à l'équipe médico-sociale de recommander au bénéficiaire les modalités de prise en charge qui lui paraissent les plus appropriées (avec, comme vu ci-avant, une orientation systématique vers le mode prestataire des bénéficiaires classés en GIR 1 et 2 ou nécessitant une surveillance régulière – sauf refus exprès de l'utilisateur), **le bénéficiaire a la possibilité de recourir, in fine, à un mode d'intervention autre que celui préconisé par l'équipe médico-sociale.** Ce libre choix implique également pour l'équipe médico-sociale, conformément à la disposition précitée, de présenter au bénéficiaire une liste exhaustive des services d'aide à domicile existants sur le territoire concerné.

Dans son rapport de 2010, l'IGAS indique ainsi qu'en raison du coût plus élevé des services prestataires, les personnes âgées les plus dépendantes préfèrent souvent recourir à l'emploi direct plutôt qu'à des professionnels mieux formés pour leur prise en charge, ce qui leur permet de financer davantage d'heures d'aide à domicile. Les bénéficiaires peuvent également privilégier l'emploi direct d'un membre de leur famille (à l'exception du conjoint, du concubin ou de la personne ayant conclu un pacte civil de solidarité, dont la réglementation exclut le recrutement dans le cadre de l'APA). L'IGAS note que cette pratique est très variable suivant les départements et relève qu'elle est particulièrement développée en Corse du Sud, où elle représente près de la moitié des emplois directs selon l'estimation des services du département.

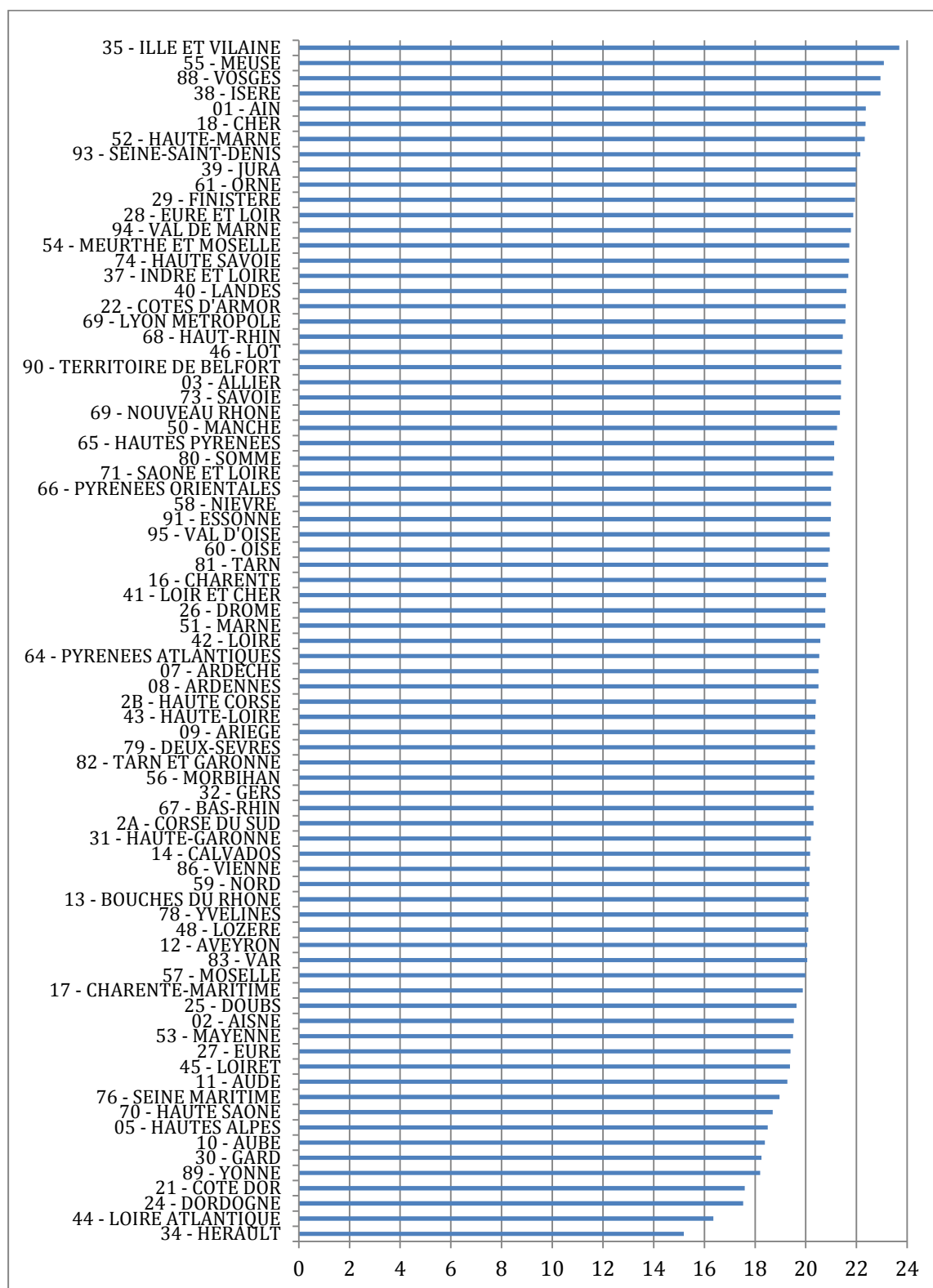
L'emploi direct peut également être préféré par des personnes souhaitant choisir leur intervenant, n'en avoir qu'un seul, et disposer de plus de maîtrise sur le « planning », l'organisation et le contenu des interventions d'aide à domicile..

ANNEXE 4A – MONTANT DU TARIF HORAIRE FIXE PAR LE CONSEIL DEPARTEMENTAL AU TITRE DE L'APA EN 2016 (€/H) (MODE PRESTATAIRE)



Source : les données sont issues d'une enquête réalisée par les caisses régionales auprès des conseils départementaux, données au 2ème semestre 2015.

ANNEXE 4B – TARIFICATION HORAIRE DES PRESTATAIRES INTERVENANT AUPRES DES PERSONNES AGEES



Source : les données sont issues d'une enquête réalisée par les caisses régionales auprès des conseils départementaux, données au 2ème semestre 2015.

Note: le tarif retenu est celui de l'Aide ou de l'Employé à domicile. En retenant le tarif Auxiliaire de vie sociale, généralement plus élevé puisque le personnel est plus qualifié, la tarification moyenne de nombreux départements augmente.

ANNEXE 5 – TYPOLOGIE DES DEPARTEMENTS SELON DES CRITERES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Source : Fizzala A, (2016), « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », Les Dossiers de la DREES, n°1, DREES, mars 2016.

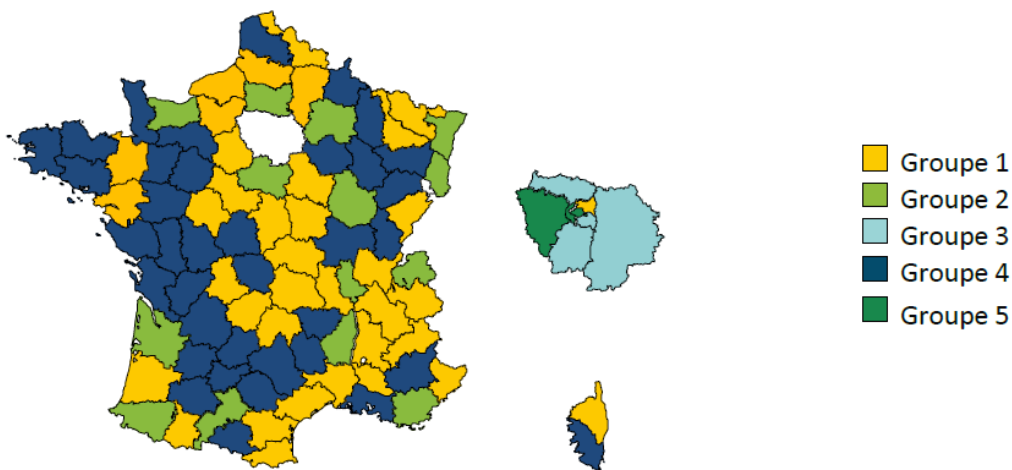
➤ Encadré 2 • Les groupes de départements

Une typologie construite en amont de la collecte des données de 2011 a permis de regrouper les départements ayant des profils proches en termes démographiques et socio-économiques. La méthode utilisée s'appuie sur les travaux de Michèle Mansuy réalisés en 2011 au moyen des indicateurs départementaux proposés par le groupe d'expérimentation ADF-DREES (Mansuy et Guist'hau, 2011).

La typologie départementale a été établie à partir de neuf variables (la date de référence pour chaque variable figure entre parenthèses) :

- Espérance de vie des hommes à 60 ans (2009)
- Part des 75 ans ou plus dans la population totale (2009)
- Part des bénéficiaires de l'APA des 75 ans ou plus dans la population totale (2009)
- Proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules (2008)
- Taux de pauvreté monétaire des personnes âgées de 65 ans ou plus (2008)
- Niveau de vie moyen des ménages dont le référent fiscal a 75 ans ou plus (2004)
- Taux d'équipement en places d'hébergement en établissement pour personnes âgées (2009)
- Part d'anciens employés et ouvriers parmi les retraités (2008)
- Part d'anciens agriculteurs parmi les retraités (2008)

La méthode statistique retenue pour la classification des départements est une classification ascendante hiérarchique avec la méthode de Ward. Cinq groupes de départements ont pu être identifiés et sont présentés sur la carte ci-dessous.



Les indicateurs les plus déterminants dans la construction des groupes sont le niveau de vie, l'espérance de vie à 60 ans et, enfin, le taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées. Les groupes 3 et 5 représentent les départements les plus aisés et plus jeunes que les autres ; le groupe 4 se distingue par une plus grande pauvreté et par l'âge moyen plus élevé de sa population.

Cette typologie, outre qu'elle permet de caractériser les départements en mettant en relation certaines caractéristiques socio-démographiques et le profil des personnes bénéficiaires de l'APA, permet également de corriger le fait que tous les départements n'ont pas répondu à l'enquête de la DREES menée 2011, puisque tous les départements peuvent être affectés à l'un des cinq groupes.

QUESTIONNAIRE PARLEMENTAIRE

PLF 2017

Questionnaire de la commission des Affaires Sociales

ASSEMBLÉE NATIONALE

RAPPORTEUR : Mme Kheira BOUZIANE

Question n°14 :

Rappeler les dépenses globales consacrées au versement de l'APA depuis 2012 : sommes totales et répartition entre les contributeurs. Décrire le financement de l'allocation et préciser ses incidences budgétaires. Quelles sont les prévisions d'évolution pour 2017 ?

Réponse :

I. Evolution de la dépense d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et répartition de la dépense entre CNSA et départements

Tableau 1 : Financement de l'APA : évolution des dépenses, répartition de la dépense entre les départements et la CNSA, évolution de la part compensée aux départements

	2012	2013	2014	2015
Dépense d'APA (1)(M€)	5 369	5 385	5 478	5 529
Concours CNSA (2) (M€)	1 656	1 729	1 776	1 788
Charge nette des départements (3)=(1)-(2) (M€)	3 713	3 656	3702	3741
Part de la CNSA dans le financement de l'APA	30,8 %	32,1 %	32,4 %	32,3 %

Source : Direction financière de la CNSA

En 2015, le concours versé par la CNSA au titre de l'APA s'est établi à 1 762 M€, auxquels s'ajoutent 25,7 M€ au titre des accords BAD¹²⁹, soit 1 788 M€ au total, pour 5 529 M€ de dépenses réalisées par les conseils départementaux, soit un taux de couverture de 32,3 %, stable par rapport à celui observé en 2014.

La compensation des dépenses APA ne se limite pas au concours de la CNSA, mais doit inclure les ressources transférées au titre de l'Acte I de la décentralisation, lequel a procédé au transfert au département de la gestion de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), à laquelle ont succédé la prestation spécifique dépendance (PSD), puis l'APA pour les personnes âgées de plus de 60 ans.

Les ressources affectées aux départements en compensation du transfert des prestations légales d'aide sociale lors de l'Acte I (cf. supra) ont connu un dynamisme important qui a globalement accompagné celui des dépenses liées à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées.

En effet, rapportées à la part correspondante des charges transférées en 1984 au titre de l'ACTP pour les personnes âgées, les ressources des départements issues des droits de mutation à titre onéreux (DMTO) dédiés, complétées par les crédits inscrits au sein de la dotation de compensation de sa dotation globale de fonctionnement (DGF) au titre de la compensation de la suppression des contingents communaux d'aide sociale (CCAS), de la vignette et des exonérations de DMTO, s'élèvent au total, en 2015, à 757 M€.

Le taux de couverture de la dépense d'APA des départements par la solidarité nationale s'élève ainsi à 46% en 2015, taux en progression légère mais continue depuis 2009.

¹²⁹ Compensation par l'Etat, à compter de 2015, des dépenses d'APA supplémentaires des départements liées à la mise en œuvre de l'avenant n°19/2014 à la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD) revalorisant de 1% la valeur du point dans la branche.

Tableau 2 : Ressources réelles affectées aux départements pour les années 2007 à 2015 au titre des allocations versées aux personnes âgées dépendantes et dépenses correspondantes.

Années	Ressources à la disposition des départements (hors collectivités d'outre-mer) pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes (en M€)			Dépenses d'APA**	Taux de couverture
	Produits réel de la part des DMT0 affectée à la compensation de l'ACTP PA*	Compensation de la suppression des CCAS, des exonérations de DMT0 et de vignette dans la DGF et dans la TSCA *	Concours CNSA**		
2007	379	324	1 513	4 555	48,7 %
2008	347	331	1 599	4 855	46,9 %
2009	256	337	1 548	5 029	42,6 %
2010	341	339	1 536	5 183	42,8 %
2011	397	339	1622	5264	44,8%
2012	361	339	1656	5369	43,9%
2013	331	339	1729	5385	44,5%
2014	360	339	1776	5478	45,2%
2015	418	339	1788	5529	46,0%

*Source DGCL

** Source CNSA

II. Les modalités de financement de l'APA

L'APA est une prestation financée par les départements avec le concours de la solidarité nationale. La CNSA contribue au financement de l'APA moyennant un concours versé aux conseils départementaux destiné à couvrir une partie du coût de l'allocation.

Le financement du concours APA provient de l'affectation des ressources citées au paragraphe II de l'article L. 14-10-5 et d'une partie des ressources mentionnées au paragraphe II de l'article L. 14-10-8 du code de l'action sociale et des familles.

En 2015, la répartition était la suivante à savoir :

- 20% du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) versée par les employeurs publics et privés en contrepartie du jour férié travaillé ;
- 95% du produit de la fraction de contribution sociale généralisée (CSG) affectée à la CNSA (0,058%) ;
- une contribution des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, représentative d'une fraction (50 %) des sommes consacrées par chacun de ceux-ci en 2000 aux dépenses d'aide ménagère à domicile au bénéfice des personnes âgées dépendantes appartenant aux GIR 1 à 4 de la grille nationale d'évaluation de la perte d'autonomie ;
- 50% des produits financiers réalisés par le placement de la trésorerie disponible de la Caisse ;
- 20% du produit des droits à tabac¹³⁰ ;
- 3,61% du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), au titre de la compensation des accords BAD.

Tableau 3 : Ressources affectées à la section II du budget de la CNSA (consacrée à l'APA) et concours versés aux départements (en M€)

	2012	2013	2014	2015
CSA	477,8	481,7	485,6	448,8
CSG	1 130,0	736,9	688,9	1 217,8
contribution des régimes d'assurance vieillesse	68,7	70,0	70,9	71,5
CASA		454,6	549,8	26
Contribution droits tabacs				44,8
concours aux départements (1)	1 655,9	1 728,9	1 776	1 788

Source : CNSA (budgets exécutés 2012 à 2015)

(1) Le montant du concours est légèrement inférieur à l'addition des recettes qui lui sont affectées, la section 2 de la CNSA finançant à la marge d'autres opérations

III. Les prévisions pour 2016 et 2017

A compter de 2016, la composition des ressources propres de la CNSA est modifiée, en conformité avec les règles de l'Union européenne. L'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 remplace ainsi la fraction de CSG et des régimes d'assurance vieillesse par un prélèvement social sur les revenus du capital.

¹³⁰ La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a affecté à la CNSA, à compter de 2015, une part correspondant à 1,96% du produit du droit de consommation sur les tabacs. 20% de cette part ont été affectés en 2015 à la section II du budget de la CNSA, ce qui représente un montant de 44,8 M€

Depuis 2016 est également affectée à la section II du budget de la CNSA une fraction de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) fixée à 55,9% du produit de cette contribution pour 2016 et à 70,5% de ce produit à partir de 2017. Cette ressource alimente la 2^{nde} part du concours APA, dédiée au financement de la réforme de l'APA à domicile prévue par la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Cette réforme, dont les modalités sont précisées par le décret n° 2016-210 du 26 février 2016, est entrée en vigueur au 1^{er} mars 2016. Elle se traduira par une augmentation des dépenses d'APA sous l'effet, notamment, de la revalorisation des plafonds d'aide pour l'ensemble des GIR, de la diminution du reste à charge des bénéficiaires dont les plans d'aide sont les plus lourds et des mesures de soutien aux aidants, dont le coût, compensé aux départements à la hauteur des dépenses engagées suivant les modalités précisées supra, est estimé à 280,9 M€ pour 2016 et 428 M€ à compter de 2017.

Le taux de couverture de la dépense d'APA par le concours de la CNSA devrait ainsi être porté à 35% en 2016 et 36% en 2017.

ANNEXE 7 - REDUCTION FISCALE AU TITRE DE L'INVALIDITE POUR LES PERSONNES AGEES CLASSEES EN GIR 3 ET 4 (FICHE DE LA DGCS POUR LE HCFEA)

Le niveau de GIR n'est pas pris en compte dans l'appréciation du droit à majoration du quotient familial.

Quel que soit son niveau de GIR, une personne peut bénéficier d'une demi-part supplémentaire, conformément aux dispositions de l'article 195 du code général des impôts, notamment si elle est titulaire de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité ».

Base juridique de la réduction fiscale applicable aux détenteurs de la carte mobilité inclusion portant la mention invalidité (anciennement « carte d'invalidité »)

Article 195 du code général des impôts : le quotient familial est augmenté d'une demi-part fiscale pour les contribuables titulaires d'une carte d'invalidité devenue « carte mobilité inclusion portant la mention invalidité » à compter du 1^{er} janvier 2017 (la CMI entre en vigueur progressivement entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} juillet 2017).

Public ciblé par la CMI-invalidité

Article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles : la mention « invalidité » est attribuée à toute personne :

- dont le taux d'incapacité est au moins de 80% ;
- ou qui bénéficie d'une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie (3^o de l'article L.341-4 du code de la sécurité sociale) ;
- ou qui est classée en GIR 1 ou 2 de la grille AGGIR.

C'est l'article 44 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 *relative à l'adaptation de la société au vieillissement* qui a introduit une « équivalence » entre le taux d'incapacité de 80% et le classement en GIR 1 ou 2 de la grille AGGIR. Cette disposition a été reprise par l'article 107 de la loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016 *pour une République numérique* qui a créé la carte mobilité inclusion.

Les personnes classées en GIR 3 ou 4 de la grille AGGIR, qui ne bénéficient pas de cette « équivalence », peuvent néanmoins prétendre à la CMI-invalidité (et à la réduction fiscale au titre de l'invalidité) dès lors que leur taux d'incapacité est d'au moins 80%. L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH apprécie ce taux d'incapacité au regard du **guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées** figurant en annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles.

Il n'y a pas de corrélation automatique entre les critères caractérisant les GIR 3 et 4 de la grille AGGIR et ceux du guide barème définissant le taux d'incapacité de 80% (voir ci-dessous les extraits du guide d'utilisation du modèle AGGIR et de l'annexe 2-4 du CASF relative au guide-barème). Plus le niveau de perte d'autonomie de la personne est important, plus la probabilité d'atteindre le taux d'incapacité de 80% est forte. En pratique, il est possible

qu'une part relativement importante des personnes classées en GIR 3 ainsi qu'une part plus restreinte des personnes classées en GIR 4 soient ainsi éligibles à la CMI-invalidité.

Extrait du guide d'utilisation du modèle AGGIR – CNAMTS – 2008 :

« Le GIR 3 regroupe surtout des personnes ayant conservé des fonctions mentales satisfaisantes et des fonctions locomotrices partielles, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour les activités corporelles. Elles n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination tant fécale qu'urinaire.

Le GIR 4 comprend deux sous-groupes essentiels :

- *d'une part, des personnes n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement, et qui doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillage, la plupart s'alimentent seules.*
- *D'autre part, des personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris les repas.*

Dans les deux sous-groupes, il n'existe pas de personnes n'assumant pas leur hygiène de l'élimination, mais des aides partielles et ponctuelles peuvent être nécessaires (au lever, aux repas, au coucher et ponctuellement sur demande de leur part). »

Extrait de l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles relative au guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées :

« Un taux d'au moins 80% correspond à des troubles graves entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle. Cette autonomie individuelle est définie comme l'ensemble des actions que doit mettre en œuvre une personne, vis-à-vis d'elle-même, dans la vie quotidienne. Dès lors qu'elle doit être aidée totalement ou partiellement, ou surveillée dans leur accomplissement, ou ne les assure qu'avec les plus grandes difficultés, le taux de 80% est atteint. C'est également le cas lorsqu'il y a déficience sévère avec abolition d'une fonction. »

ANNEXE 8 – PRELEVEMENTS OBLIGATOIRES GENERAUX SUR LES REVENUS

1) CSG, CRDS et CASA

Depuis la création de la CSG les retraités ont un régime préférentiel : exonération pour les plus modestes (elle entraîne l'exonération de la CRDS et de la CASA), taux réduit à 3,8% (elle entraîne l'exonération de la CASA) pour ceux dont les retraites sont un peu plus consistantes et taux de 6,6% pour les autres retraites (contre 7,5% dans le droit commun).

Pour 2017, les niveaux de Revenu fiscal de référence (RFR) sont les suivants :

Nombre de parts fiscales	RFR inférieur à	RFR compris entre colonne 2 et inférieur à	RFR supérieur à
1	10 996	14 375	14 375
1,5 ¹³¹	13 932	18 213	18 213
2	16 868	22 051	22 051
2,5 ¹³²	19 804	25 889	25 889

Ce régime préférentiel concerne 5,8M de retraités dans le régime général : 29% sont exonérés, 13% bénéficient du taux réduit de 3,8% et 58% du taux réduit de 6,6%.

Le gain mensuel aux bornes du barème est le suivant :

Nombre de parts fiscales	RFR égal au seuil d'exonération	RFR égal à 14375€	RFR supérieur de 1€ au seuil de 6,6%
1	69	44	11
1,5	87	56	14
2	105	68	17
2,5	124	80	19

Les « pertes de recettes » s'élèvent à 2,8Md€, soit près de 3% des retraites dans le régime général.

¹³¹ célibataire ayant une demi-part supplémentaire (carte d'invalidité pour les allocataires de GIR 1 et 2).

¹³² couple dont l'un des conjoints a une demi-part supplémentaire.

L'augmentation des bornes de revenu dans la loi de Finances pour 2017 améliore le revenu de 520 000 personnes (retraités pour l'essentiel, invalides et chômeurs) pour un gain mensuel moyen de 52€. La perte de recettes est évaluée à 320M€.

2) L'impôt sur le revenu

Deux types de mesures sont analysés : des mesures générales d'une part, des mesures spécifiques qui prennent en compte les besoins spécifiques des personnes âgées d'autre part.

a) Les personnes âgées bénéficient de mesures dérogatoires « générales »

a1) L'abattement pour les personnes âgées de plus de ans de revenus modestes

Il est de 2 348€ pour une personne seule dont les ressources imposables sont inférieures à 14 730€ et de 1 174€ pour ceux dont le revenu se situe entre 14 730 et 23 730€. Il est doublé pour les couples.

6,16M de contribuables en bénéficient pour un gain moyen de 63€/an. La « dépense fiscale correspondante » est de 375M€.

a2) Deux systèmes dérogatoires ont été revus

- la demi-part des veufs.

Compte tenu de l'âge au veuvage, ce régime concerne surtout les personnes âgées.

Le régime dérogatoire est en régression puisque la demi-part n'est plus accordée qu'aux personnes isolées qui ont élevé seules un ou plusieurs enfants. On comptait 3,8M bénéficiaires en 2013 pour une dépense fiscale de 620M (163€/bénéficiaire). La dépense fiscale passe à 470M en 2015.

- les majorations de retraite des familles ayant eu au moins trois enfants.

Elles deviennent imposables en 2014 pour une recette fiscale supplémentaire évaluée à 1,2M€ (et un supplément d'impôt de 400€ par contribuable concerné).

La pression fiscale a pesé surtout sur les retraités aisés puisque les majorations réintégrées sont proportionnelles aux retraites.

La réintégration de ces majorations dans l'assiette de calcul des aides au logement et de l'APA a diminué le montant de ces prestations.

b) Les personnes âgées bénéficient de demi-parts, crédits ou réductions d'impôts « spécifiques »

b1) La demi-part des personnes invalides

Elle est plafonnée à 3 016€.

Elle élève le seuil d'imposition et réduit l'IR jusqu'au plafonnement.

1,373M bénéficiaires sont concernés pour une dépense fiscale de 425M (309€/bénéficiaire). La demi-part est de droit pour les 450 000 allocataires de l'APA en GIR 1 et 2. On ignore le nombre d'allocataires de GIR supérieur qui ont droit à cette demi-part.

b2) Le crédit d'impôt pour les dépenses d'installation et de remplacement d'équipements spécialement conçus pour les personnes âgées et handicapées.

Il est de 25% des dépenses dans la limite d'un plafond pluriannuel couvrant 5 années consécutives (5 000€ pour une personne seule ; 10 000€ pour un couple ; montants majorés de 400€ par personne à charge).

b3) Le crédit d'impôt pour les emplois à domicile

Jusqu'à la Loi de Finances pour 2017, les retraités bénéficiaient d'une réduction d'impôt de 50% des rémunérations (nettes des aides publiques) versées en cas d'emploi à domicile dans la limite d'un plafond de 12 000 €¹³³ par an majoré de 1 500 € par personne de plus de 65 ans¹³⁴ (plafond porté à 20 000€ en cas d'invalidité notamment pour les GIR 1 et 2).

Les retraités modestes n'étaient guère concernés, qu'ils soient non imposables ou que l'impôt dû soit trop faible pour « abriter » les dépenses exposées.

A partir de 2017, un crédit d'impôt leur est ouvert dans les conditions de taux et de plafond précitées.

La dépense fiscale nouvelle est évaluée à 1Md€.

Ce crédit d'impôt vient compléter le dispositif d'abaissement du coût de l'emploi à domicile qui comprend

- * dans le cas général, un régime d'exonérations de charges sociales et de taux préférentiel de TVA ;
- * pour les allocataires en perte d'autonomie, le bénéfice de l'APA et, le cas échéant, la demi-part fiscale précitée.

b4) La réduction d'impôt en établissement

¹³³ Pour la 1ère année d'emploi direct d'un salarié à domicile, les dépenses sont retenues dans la limite de 15 000 €.

¹³⁴ Sans pouvoir dépasser au total 15 000 €.

Elle porte sur les frais de dépendance et d'hébergement nets des aides publiques. Le taux est de 25% dans la limite de 10 000€.

Cette réduction qui n'apporte rien aux retraités non imposables ne profite à plein qu'aux ménages aisés

On compte 400 000 bénéficiaires pour un gain moyen de 76€/mois et une dépense fiscale de 365M€.

3) Les impôts locaux

a) L'exonération de la taxe d'habitation

Elle est accordée aux personnes âgées de plus de 60 ans dont le RFR est inférieur aux plafonds ci-dessous

Nombre de parts fiscales	RFR 2015
1	10 697
1,5	13 553
2	16 409
2,5	19 265

L'exonération de la TH entraîne

- * l'exonération de la redevance audiovisuelle
- * l'exonération de la taxe foncière pour les personnes âgées de plus de 75 ans
- * un abattement de 100€ sur la taxe foncière des personnes âgées de 65 à 75 ans et des personnes de plus de 65 ans hébergées dans une maison de retraite ou dans un établissement de soins de longue durée qui conservent la jouissance exclusive de leur ancienne résidence principale.

b) Le plafonnement de la taxe d'habitation (TH) à 3,4% du revenu fiscal de référence (RFR)

L'abattement précité sur le RFR conduit à plafonner la TH des personnes âgées de façon plus fréquente que si on leur appliquait le droit commun.

*

* *

On ne connaît ni les effectifs concernés par ces mesures dérogatoires ni la dépense fiscale en cause.

4) la rétroaction des dépenses fiscales

Les mesures dérogatoires précitées ont des conséquences :

- * sur les dépenses sociales. C'est le cas notamment pour l'allocation de logement qui sont augmentées puisque le RFR qui sert d'assiette est diminuée par le jeu de l'abattement pour les personnes âgées modestes. Ce n'est pas le cas pour les demi-parts.
- * sur les impôts locaux puisque l'abattement diminue le RFR qui sert d'assiette pour l'application du régime d'exonération et de plafonnement.

ANNEXE 9 – ANALYSE SUR CAS TYPES DE LA REFORME APA ET DU CREDIT D'IMPOT POUR UNE PERSONNE EN PERTE D'AUTONOMIE

On cherche à analyser l'impact conjugué de la réforme de l'APA à partir du 1^{er} mars 2016 (revalorisation des plafonds des plans d'aide et modification du calcul du ticket modérateur de l'APA) et de l'avantage du crédit d'impôt pour l'emploi à domicile qui a été étendue aux ménages inactifs à partir de 2017¹³⁵.

1) Les situations conventionnelles étudiées

Les cas types permettent d'analyser finement le profil et l'effet des dispositifs dans les différentes situations étudiées mais ne sont pas représentatifs de la distribution de la population selon les revenus et les niveaux de dépenses effectives par GIR.

Les situations étudiées sont celles de la perte d'autonomie pour un célibataire de plus de 65 ans propriétaire non accédant dont les revenus ne comprennent que des retraites.

Le tarif facturé à la personne en perte d'autonomie pour l'aide à domicile est égal au tarif de valorisation du plan retenu par le Département (il n'y a donc pas de reste à charge à ce niveau).

Les aides publiques recensées sont l'APA, la demi-part fiscale pour invalidité pour les GIR 1 et 2¹³⁶, la réduction (ou crédit d'impôt¹³⁷ à partir de 2017) pour l'emploi d'un salarié à domicile.

Dans ces cas types, on fait varier le niveau de revenu de la personne et son niveau de dépenses pour l'aide à domicile. La dépense effective est égale successivement à 60%, 80%, 100% et 120% des plafonds actuels en fonction du GIR (voir les tableaux ci-dessous pour les montants de dépenses effectives et leur niveau par rapport aux anciens plafonds).

Plafonds mensuels de l'APA avant et après réforme du 1^{er} mars 2016

Gir	Montant mensuel (€) maximum avant réforme	Montant mensuel (€) maximum après réforme	Ecart de plafond (€)
Gir 1	1 313	1 713	+ 400
Gir 2	1 125	1 376	+ 250
Gir 3	844	994	+ 150
Gir 4	563	663	+ 100

¹³⁵ projet de loi de finances 2017

¹³⁶ Cette demi-part invalidité est de droit pour les bénéficiaires de l'APA en GIR 1 et 2.

L'effet de la demi-part invalidité (plafonnée à 3 016€ par an) est appréhendé en tenant compte de la décote dans l'IRPP. L'effet est calculé comme la différence entre l'imposition avec demi-part invalidité après décote et celle sans demi-part après décote.

¹³⁷ Les dépenses sont retenues dans la limite d'un plafond de 12 000 € par an majoré de 1 500 € par personne de plus de 65 ans (sans pouvoir dépasser au total 15 000 €). Pour la 1^{ère} année d'emploi direct d'un salarié à domicile, les dépenses sont retenues dans la limite de 15 000 €. Le plafond est porté à 20 000€ en cas d'invalidité notamment pour les GIR 1 et 2.

Montant mensuel de dépenses en fonction du pourcentage des plafonds GIR

Gir	60% du plafond	80% du plafond	100% du plafond	120% du plafond
Gir 1	1 028 €	1 370 €	1 713 €	2 056 €
Gir 2	825 €	1 100 €	1 376 €	1 650 €
Gir 3	596 €	795 €	994 €	1 193 €
Gir 4	398 €	530 €	663 €	796 €
<i>En % des anciens plafonds GIR (avant 1^{er} mars 2016)</i>				
<i>Gir 1</i>	<i>78%</i>	<i>104%</i>	<i>130%</i>	<i>157%</i>
<i>Gir 2</i>	<i>73%</i>	<i>98%</i>	<i>122%</i>	<i>147%</i>
<i>Gir 3</i>	<i>71%</i>	<i>94%</i>	<i>118%</i>	<i>141%</i>
<i>Gir 4</i>	<i>71%</i>	<i>94%</i>	<i>118%</i>	<i>141%</i>

Pour analyser l'effet du nouveau barème APA et le passage de la réduction d'impôt au crédit d'impôt, la législation 2016 est appliquée notamment pour le barème de l'impôt. Dans cette approche, on ne tient pas compte de l'avance de trésorerie¹³⁸ liée à la réduction/crédit d'impôt et on considère que les revenus sont stables.

Le reste à charge (RAC) est égal à la dépense effective moins les aides publiques (APA, réduction ou crédit d'impôt pour l'emploi à domicile et la demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2).

Le taux d'effort est le rapport entre le reste à charge et le revenu net perçu après impôt sur le revenu (hors prise en compte de la réduction ou crédit d'impôt et de la demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2).

2) Le principaux résultats de l'effet des réformes de l'APA et du passage au crédit d'impôt

a) Aucun des allocataires n'est perdant

Les réformes conjuguées ne font aucun perdant.

b) Quelques situations inchangées

Seule une partie des allocataires voient leur situation inchangée. Il s'agit :

- des allocataires aisés acquittant 90% d'un plan notifié qui étaient en dessous des anciens plafonds et qui bénéficiaient déjà à plein de la réduction d'impôt. Pour eux la participation à l'APA ne bouge pas et le crédit d'impôt n'est pas plus favorable que la réduction d'impôt.

¹³⁸ L'avance peut être importante la 1^{ère} année de perte d'autonomie (entrée dans le dispositif). Par la suite, le décalage n'a pas plus guère d'effet du fait de la relative stabilité des bénéficiaires dans le dispositif. Les dépenses de l'année courante sont couvertes par le crédit d'impôt de l'année précédente.

- des allocataires les plus modestes exonérés de participation qui avaient des plans inférieurs ou égaux aux anciens plafonds. Pour eux le reste à charge est nul avant et après la réforme.
- des allocataires ayant des petits volumes de plan d'aide (au-dessous de 350€/mois) et qui bénéficiaient de la réduction d'impôt.

c) *Les gagnants voient leur RAC et leur taux d'effort sensiblement diminuer*

Pour tous les autres allocataires, l'effet conjugué de la réforme APA et du passage au crédit d'impôt engendrent des gains importants qui augmentent avec le niveau de perte d'autonomie (cf. tableau ci-dessous) mais aussi avec la saturation de leur plan d'aide.

Augmentation de la prise en charge publique du fait de la réforme APA et du passage au crédit d'impôt pour des dépenses au plafond des Gir (en € par mois)

Pension de retraite nette (€ par mois)	800	1500	2200	2900	3600	4300	5000	5500
GIR 1 au plafond GIR 1 (1 713€)	400 €	638 €	669 €	605 €	495 €	278 €	62 €	20 €
GIR 2 au plafond GIR 2 (1 376€)	250 €	456 €	480 €	436 €	328 €	111 €	13 €	13 €
GIR 3 au plafond GIR 1 (994€)	150 €	277 €	229 €	123 €	8 €	8 €	8 €	8 €
GIR 4 au plafond GIR 1 (663€)	100 €	167 €	85 €	8 €	5 €	5 €	5 €	5 €

Cas type SG HCFEA, Législation 2016

Note de lecture : A 2 200€ de pensions de retraites nettes, l'écart entre l'ancien barème de l'APA associé à la réduction d'impôt et le nouveau barème APA associé au crédit d'impôt augmente les aides publiques de 669€ pour des dépenses au plafond du GIR 1 et à 85€ pour des dépenses au plafond du GIR 4.

Les RAC baisse de manière plus sensible avec l'augmentation de la perte d'autonomie (baisse du RAC de 638€ pour un GIR 1 à 167€ pour un GIR 4, à 1500€ de retraite nette).

La baisse des taux d'effort diminue avec les revenus et elle est plus concentrée sur les revenus modestes (le taux d'effort baisse de 50 points de pourcentage en GIR 1 à 13 points en GIR 4 pour les plus modestes).

Baisse du reste à charge (RAC) en € par mois								
Pension de retraite nette (€ par mois)	800	1500	2200	2900	3600	4300	5000	5500
GIR 1 au plafond GIR 1 (1 713€)	-400	-638	-669	-605	-495	-278	-62	-20
GIR 2 au plafond GIR 2 (1 376€)	-250	-456	-480	-436	-328	-111	-12	-12
GIR 3 au plafond GIR 1 (994€)	-150	-277	-229	-123	-8	-8	-8	-8
GIR 4 au plafond GIR 1 (663€)	-100	-167	-85	-8	-5	-5	-5	-5

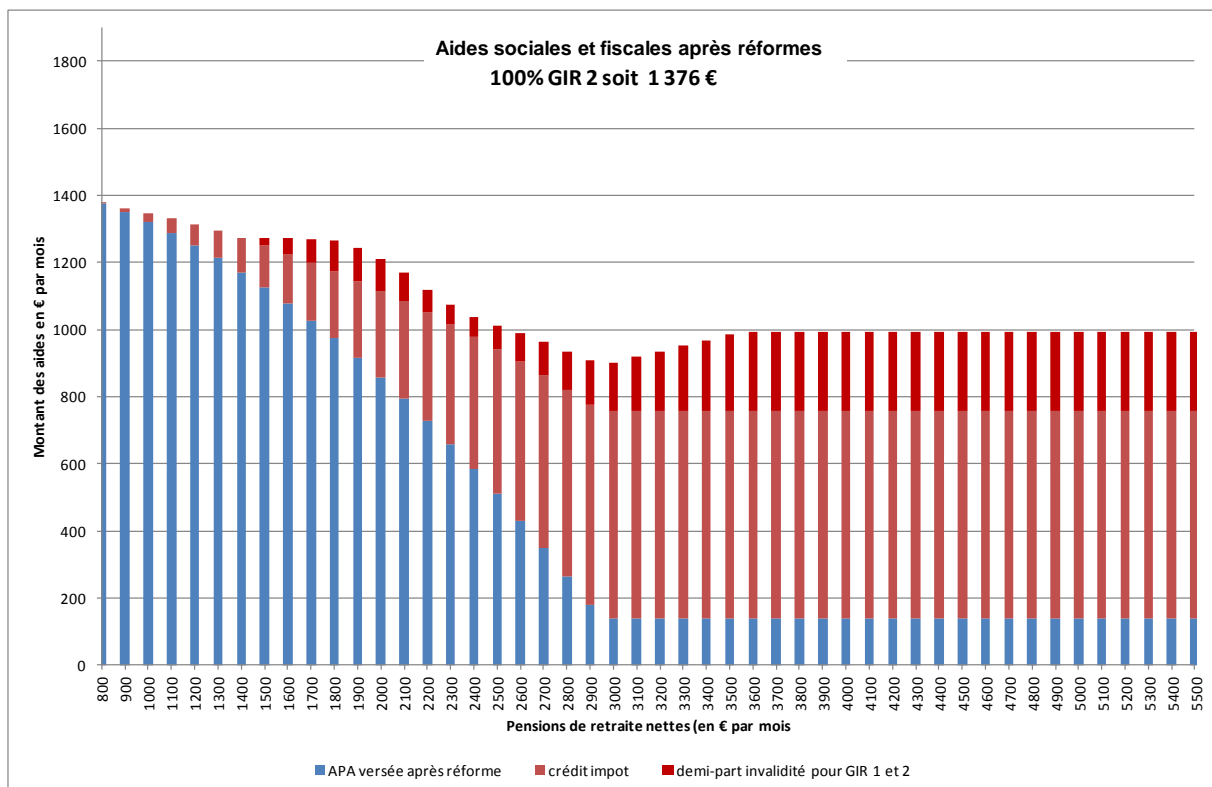
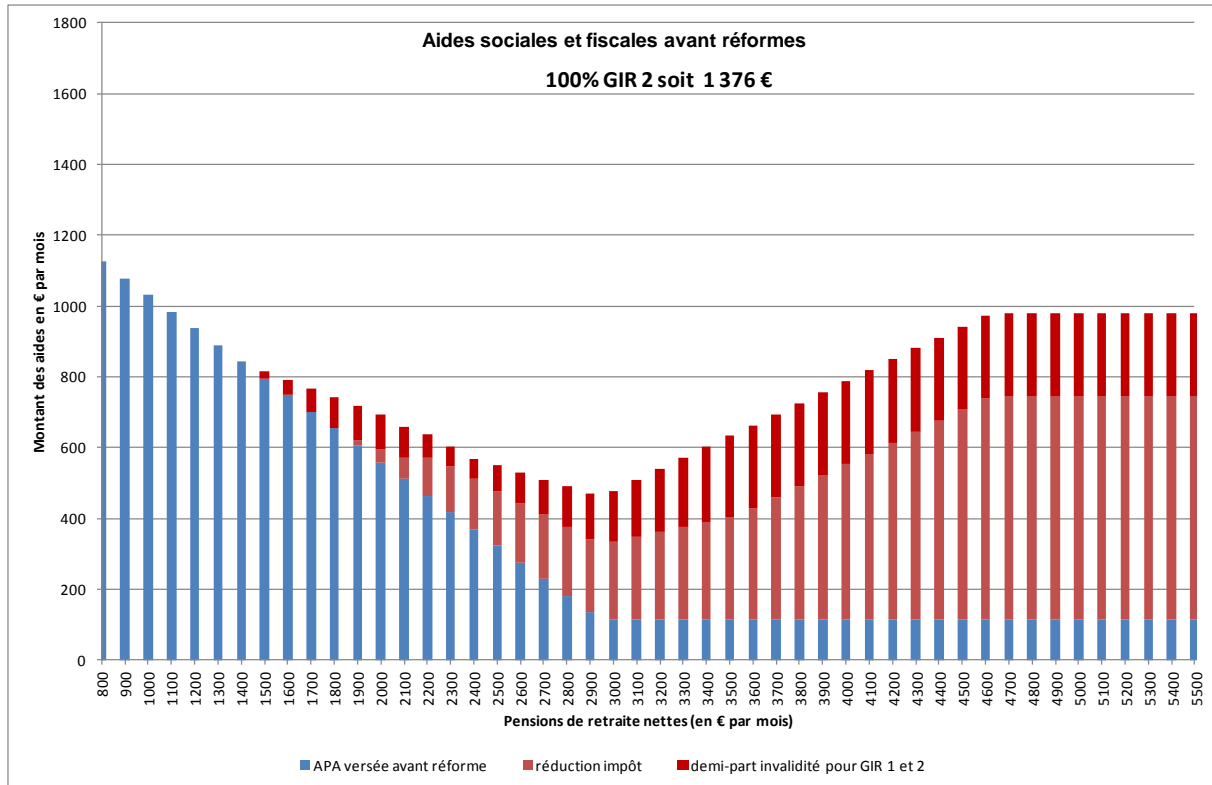
Réduction des taux d'effort (en point de %)								
Pension de retraite nette (€ par mois)	800	1500	2200	2900	3600	4300	5000	5500
GIR 1 au plafond GIR 1 (1 713€)	50	43	33	24	16	8	2	0
GIR 2 au plafond GIR 2 (1 376€)	31	31	24	17	11	3	0	0
GIR 3 au plafond GIR 1 (994€)	19	19	11	5	0	0	0	0
GIR 4 au plafond GIR 1 (663€)	13	11	4	0	0	0	0	0

d) *Le profil des aides a changé*

- le profil des aides a changé avec le (quasi) effacement du profil en U des aides publiques, en grande partie du fait du passage au crédit d'impôt. Les aides sont désormais faiblement décroissantes avec le revenu pour se stabiliser aux environs de 3 000€/mois de revenu. Cette effacement augmente avec la perte d'autonomie (niveau du GIR) et la saturation du plan (plus le plan est saturé plus l'effet du crédit d'impôt permet de lisser le montant des aides selon le revenu du bénéficiaire, voir l'ensemble des cas-types ci-dessous au 3).

Dans le cas d'un GIR 2 au plafond, le niveau des aides publiques baissait de 1 125€ par mois pour 800€ de retraite nette (APA sans participation financière) à 471€ pour 3 000€ de retraite (hausse de la participation financière APA et celle progressive de la réduction d'impôt) puis augmentait pour plafonner à 979€ à partir de 4700€ de retraite (du fait de l'augmentation de la réduction d'impôt avec la participation financière APA portée à 90% des dépenses).

Après réformes, les aides varient beaucoup moins sensiblement. Elles passent de 1376€ par mois pour 800€ de retraite nette à 900€ pour 3000€ (effet du crédit d'impôt qui ne dépend plus du niveau d'imposition et compense donc 50% de la participation financière APA) puis augmente légèrement pour atteindre 992€ à partir de 3600€ (où la demi-part invalidité et le crédit d'impôt deviennent constants).



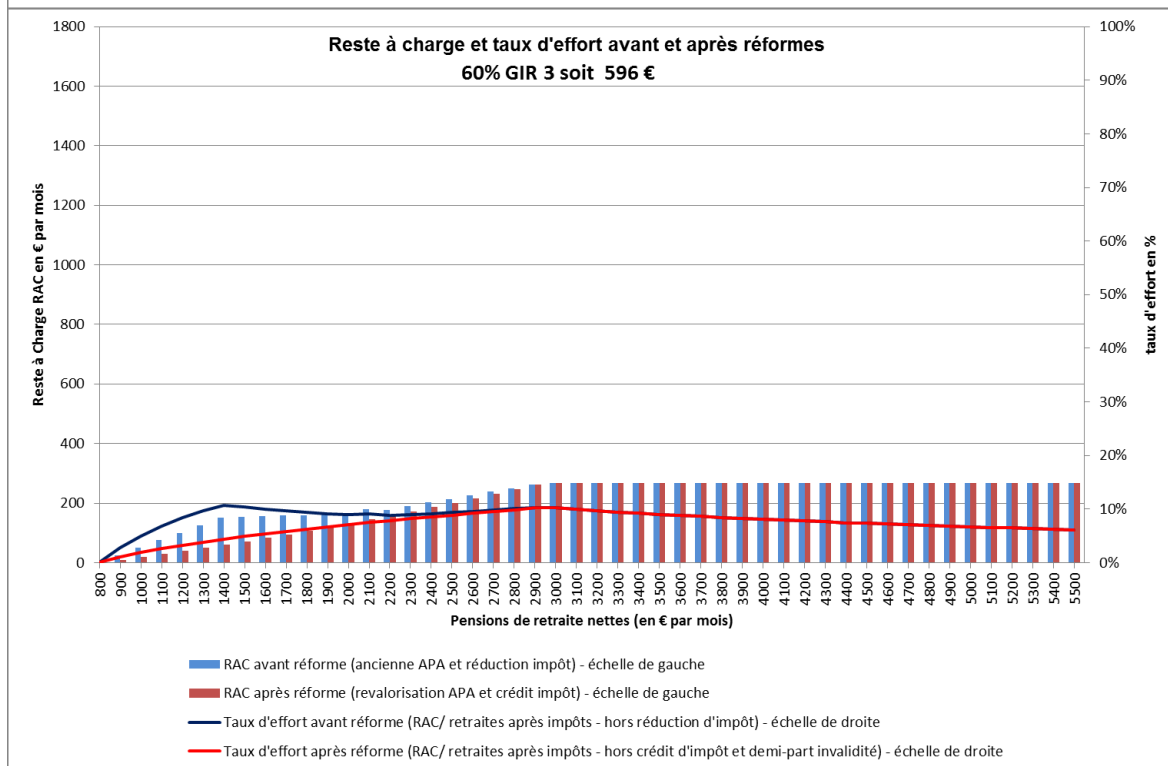
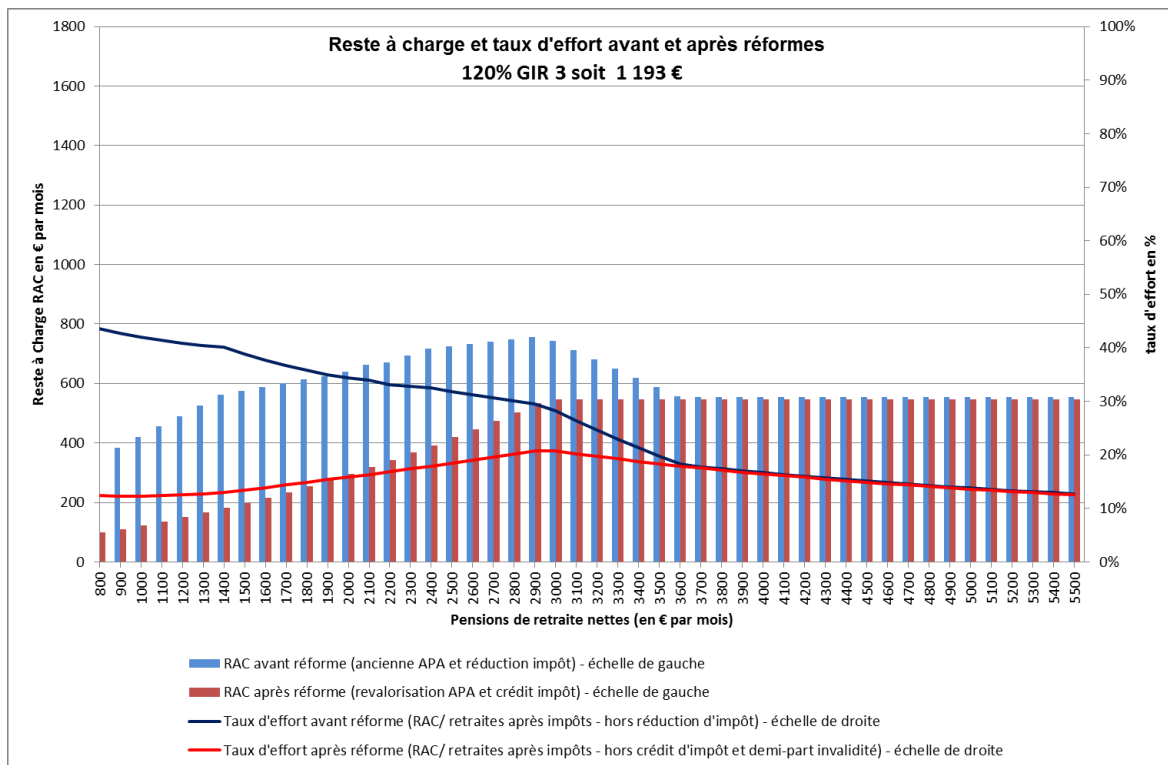
Cas type SG HCFEA, Législation 2016

d) Plus les plans d'aides sont élevés et saturés, plus la réforme fait de gagnants

L'augmentation des aides publiques est plus élevée pour les allocataires qui ont les dépenses d'aide à domicile les plus importantes. Cela résulte du fait que :

- * la baisse de la participation de l'allocataire à l'APA est d'autant plus prononcée que le plan notifié est élevé ;
- * les recours au-dessus des nouveaux plafonds sont désormais pris en charge à 50% pour tous grâce au crédit d'impôt.

Ainsi le RAC et le taux d'effort d'une personne en GIR 3 par exemple a été réduit de manière beaucoup plus marquée pour ceux qui ont des dépenses au-dessus du plafond que pour ceux qui se situaient en dessous des plafonds. A 120% du plafond en GIR 3, le RAC peut baisser de 380€ pour des retraites autour de 1 500€ alors qu'il ne baisse au maximum que de 80€ si l'allocataire avait des dépenses à 60% du plafond GIR 3 (graphique ci-dessous)

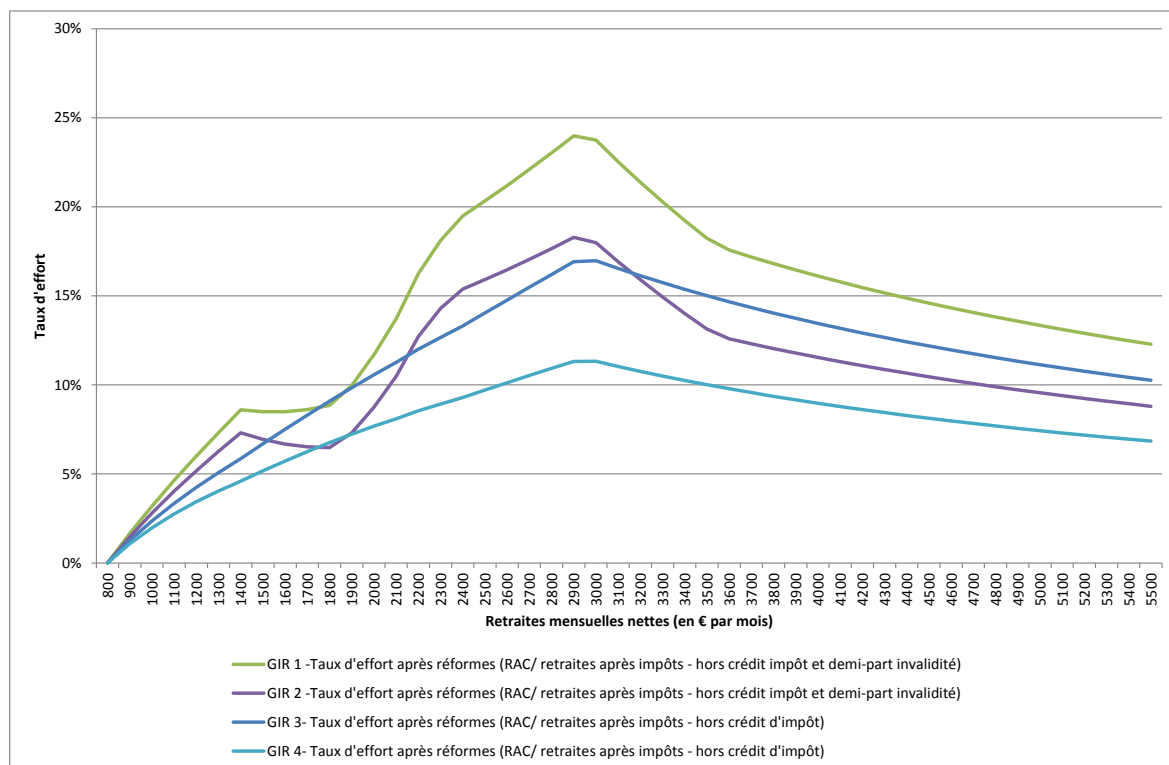
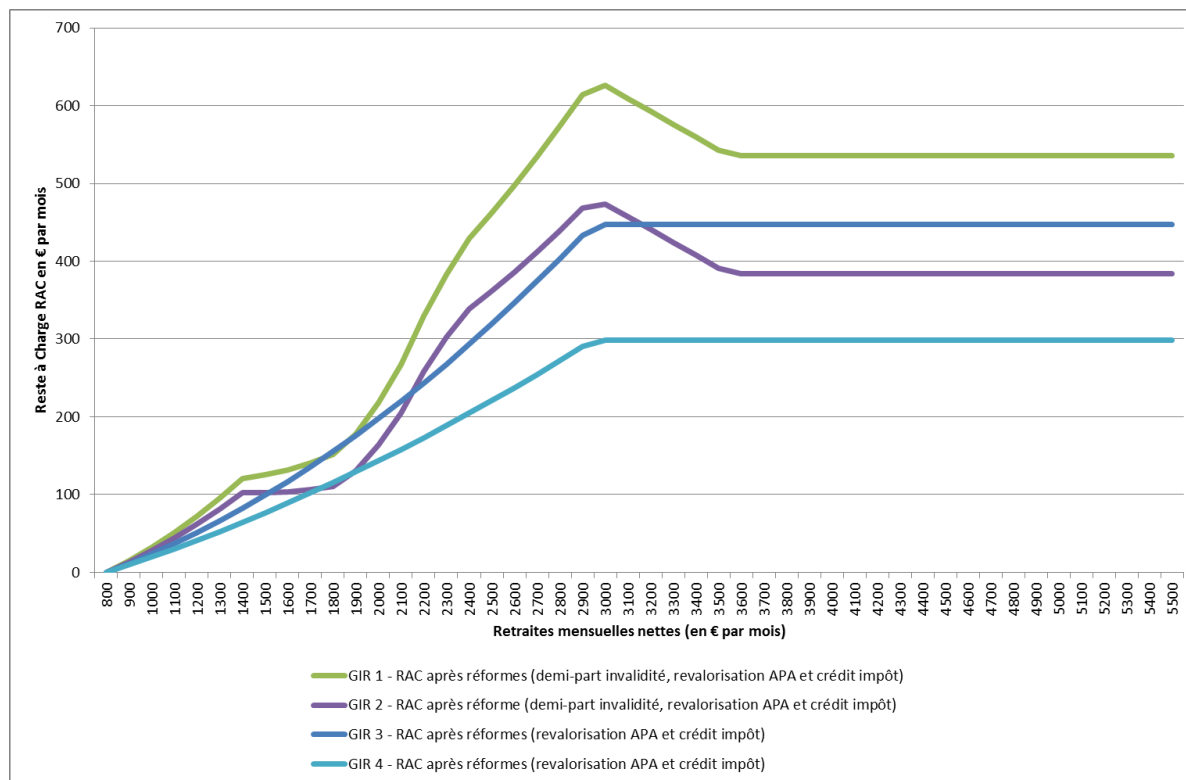


Cas type SG HCFEA, Législation 2016

g) Après réforme le RAC et le taux d'effort varient encore de façon sensible selon les GIR

Le RAC et taux d'effort augmente avec le niveau de perte d'autonomie (niveau du GIR). Cependant l'effet de la demi-part fiscale pour invalidité (de droit pour les GIR 1 et 2) induit un rapprochement des taux d'effort du GIR 1 et 3 d'une part et du GIR 2 et 4 d'autre part aux alentours de 1800€ de pensions de retraite nettes.

Reste à charge et taux d'effort pour des dépenses à 100% du plafond de chaque GIR



Cas type SG HCFEA, Législation 2016

3) Détail des résultats selon les GIR, niveau de dépenses et les revenus

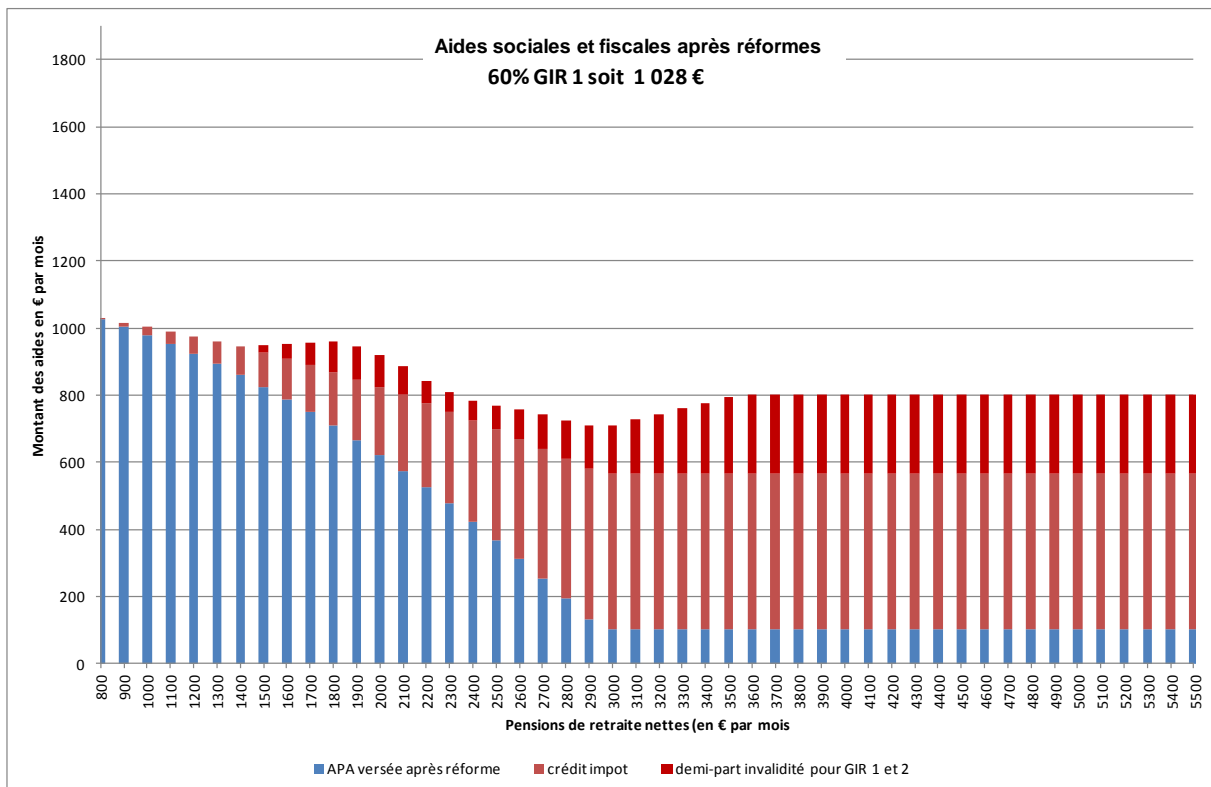
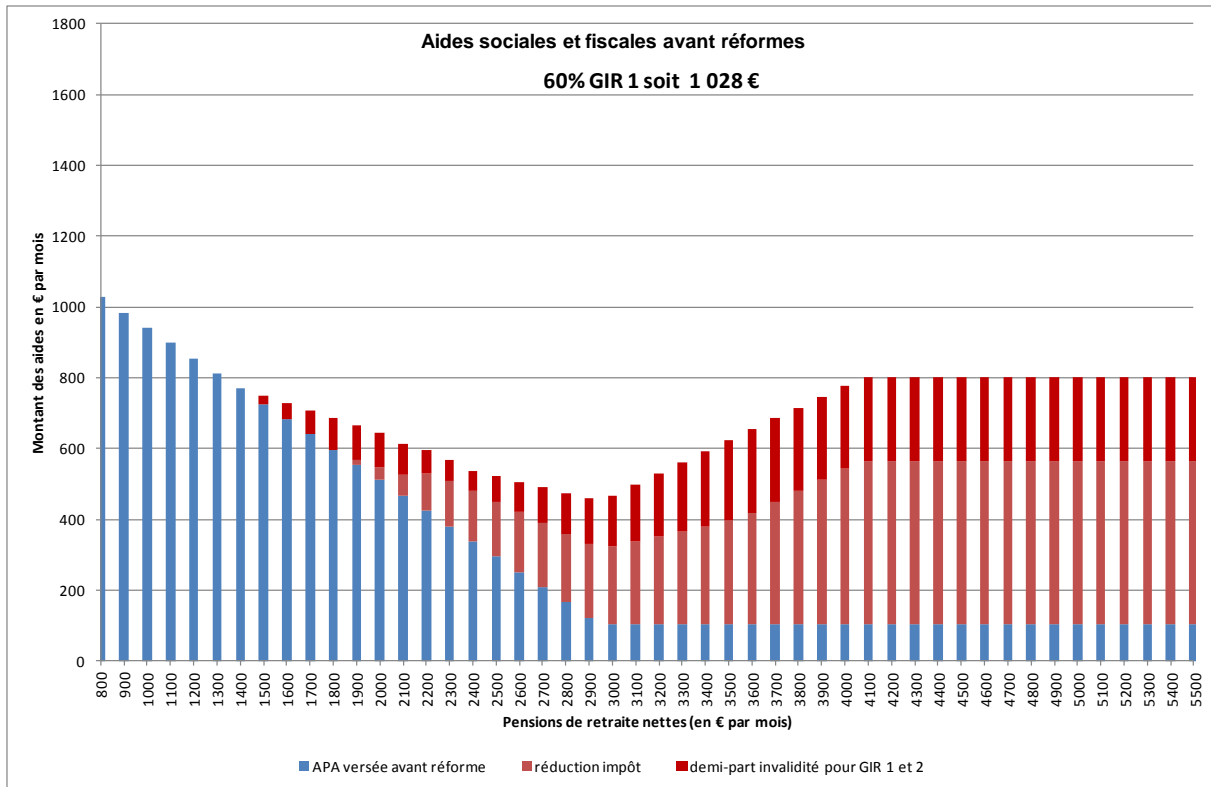
a) Personne âgées célibataire en GIR 1

Situation maritale	isolé							
GIR	1							
Dépenses plan d'aide APA (% du plafond)	60%							
Dépenses effectives dépendance	1 028							
Pension de retraite nette (€ par mois)	800	1 500	2 200	2 900	3 600	4 300	5 000	5 500
Aides publiques avant réforme (en € par mois)								
- APA versée	1 028	726	424	122	103	103	103	103
- réduction d'impôt	-	-	106	207	316	463	463	463
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	22	66	130	235	235	235	235
Aides publiques après réforme (en € par mois)								
- APA versée	1 028	825	527	132	103	103	103	103
- crédit d'impôt	0	101	251	448	463	463	463	463
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	22	66	130	235	235	235	235
<i>Gain réforme APA</i>	0 €	99 €	103 €	9 €	- €	- €	- €	- €
<i>Gain passage crédit d'impôt</i>	0 €	101 €	144 €	241 €	147 €	- €	- €	- €
Gain total	0 €	201 €	247 €	250 €	147 €	- €	- €	- €

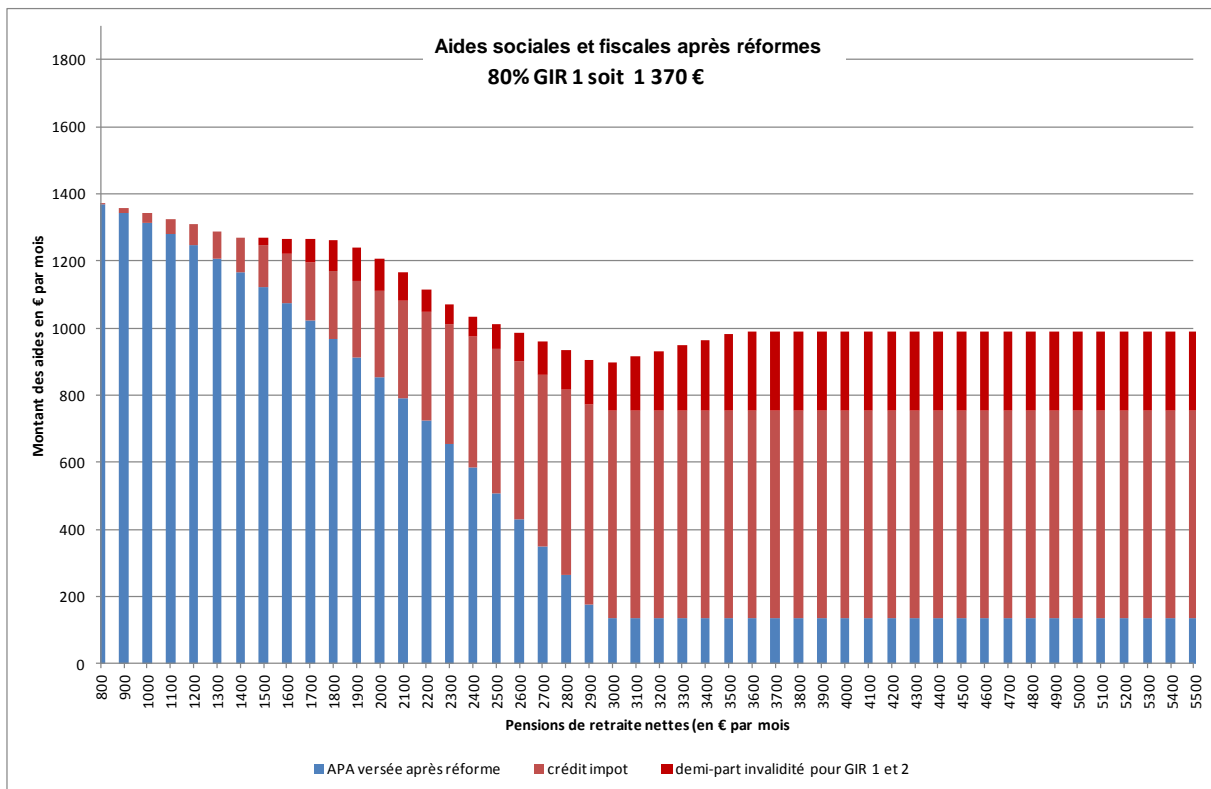
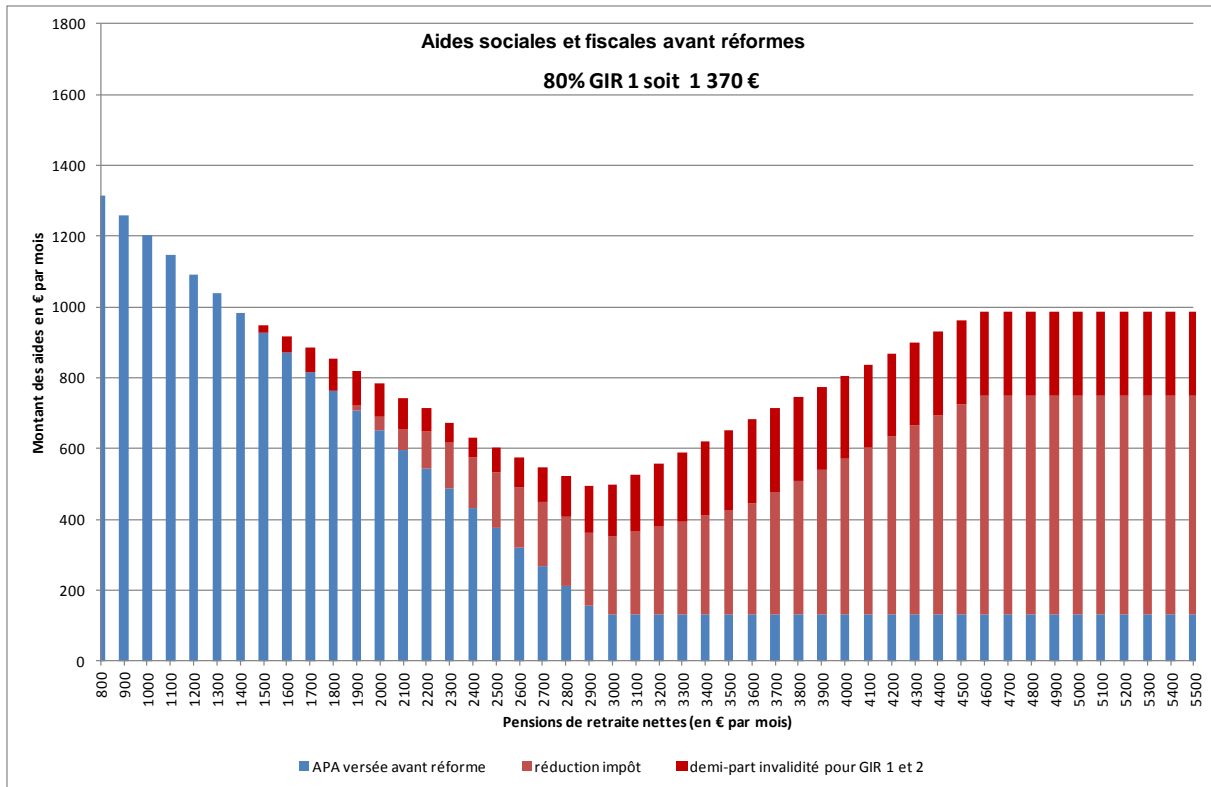
Situation maritale	isolé							
GIR	1							
Dépenses plan d'aide APA (% du plafond)	80%							
Dépenses effectives dépendance	1 370							
Pension de retraite nette (€ par mois)	800	1 500	2 200	2 900	3 600	4 300	5 000	5 500
Aides publiques avant réforme (en € par mois)								
- APA versée	1 313	927	542	156	131	131	131	131
- réduction d'impôt	-	-	106	207	316	533	620	620
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	22	66	130	235	235	235	235
Aides publiques après réforme (en € par mois)								
- APA versée	1 370	1 122	724	177	137	137	137	137
- crédit d'impôt	0	124	323	596	617	617	617	617
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	22	66	130	235	235	235	235
<i>Gain réforme APA</i>	57 €	194 €	182 €	21 €	6 €	6 €	6 €	6 €
<i>Gain passage crédit d'impôt</i>	0 €	124 €	217 €	389 €	301 €	84 €	3 €	3 €
Gain total	57 €	319 €	399 €	411 €	307 €	90 €	3 €	3 €

Situation maritale	isolé							
GIR	1							
Dépenses plan d'aide APA (% du plafond)	100%							
Dépenses effectives dépendance	1 713							
Pension de retraite nette (€ par mois)	800	1 500	2 200	2 900	3 600	4 300	5 000	5 500
Aides publiques avant réforme (en € par mois)								
- APA versée	1 313	927	542	156	131	131	131	131
- réduction d'impôt	-	-	106	207	316	533	749	791
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	22	66	130	235	235	235	235
Aides publiques après réforme (en € par mois)								
- APA versée	1 713	1 418	921	223	171	171	171	171
- crédit d'impôt	0	148	396	745	771	771	771	771
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	22	66	130	235	235	235	235
<i>Gain réforme APA</i>	400 €	490 €	379 €	67 €	40 €	40 €	40 €	40 €
<i>Gain passage crédit d'impôt</i>	0 €	148 €	290 €	538 €	455 €	238 €	22 €	20 €
Gain total	400 €	638 €	669 €	605 €	495 €	278 €	62 €	20 €

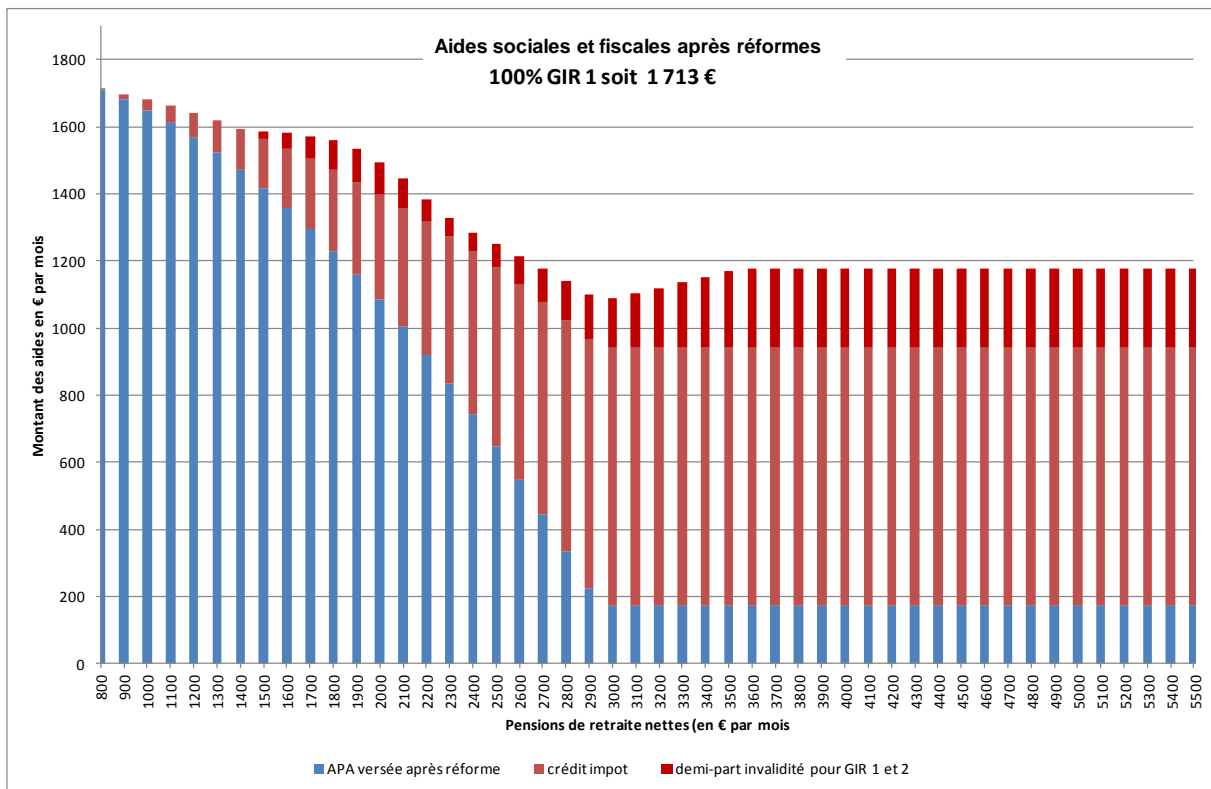
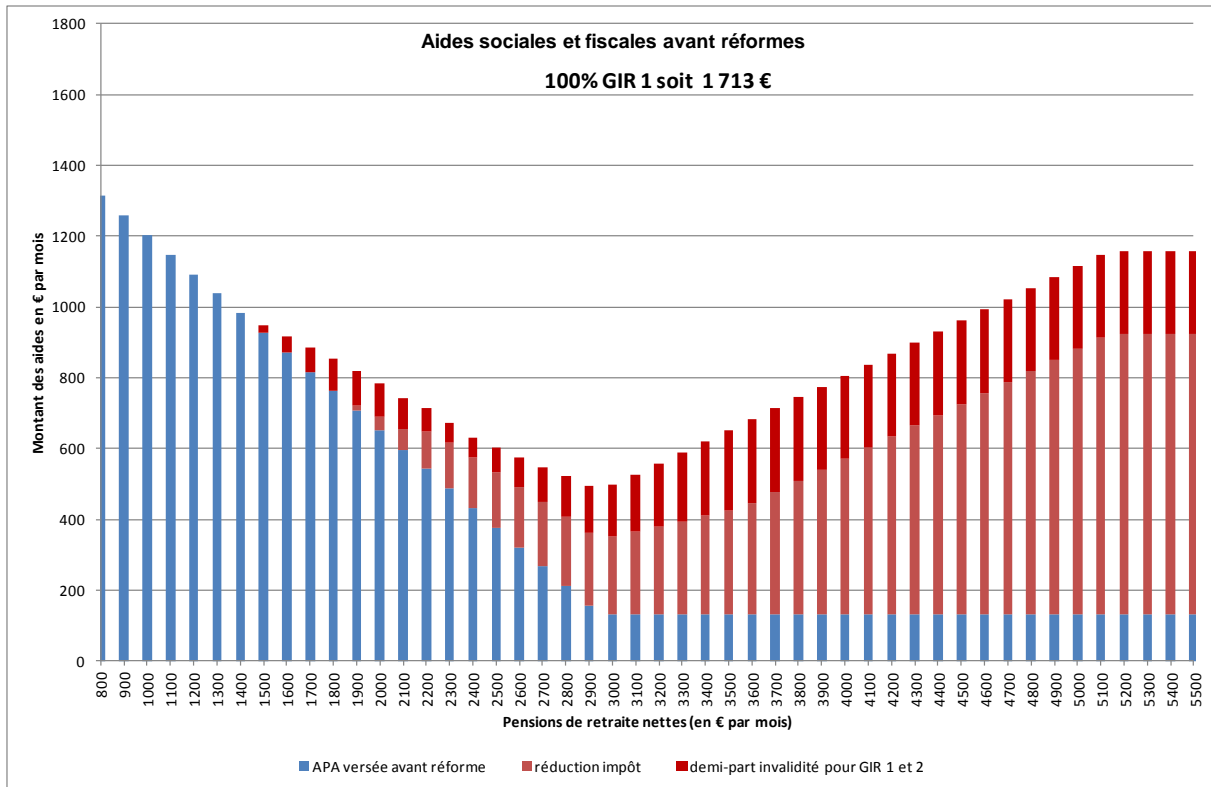
Situation maritale	isolé							
GIR	1							
Dépenses plan d'aide APA (% du plafond)	120%							
Dépenses effectives dépendance	2 056							
Pension de retraite nette (€ par mois)	800	1 500	2 200	2 900	3 600	4 300	5 000	5 500
Aides publiques avant réforme (en € par mois)								
- APA versée	1 313	927	542	156	131	131	131	131
- réduction d'impôt	-	-	106	207	316	533	749	833
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	22	66	130	235	235	235	235
Aides publiques après réforme (en € par mois)								
- APA versée	1 713	1 418	921	223	171	171	171	171
- crédit d'impôt	171	319	567	833	833	833	833	833
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	22	66	130	235	235	235	235
<i>Gain réforme APA</i>	400 €	490 €	379 €	67 €	40 €	40 €	40 €	40 €
<i>Gain passage crédit d'impôt</i>	171 €	319 €	461 €	626 €	517 €	301 €	84 €	- €
Gain total	571 €	809 €	840 €	693 €	557 €	341 €	124 €	40 €



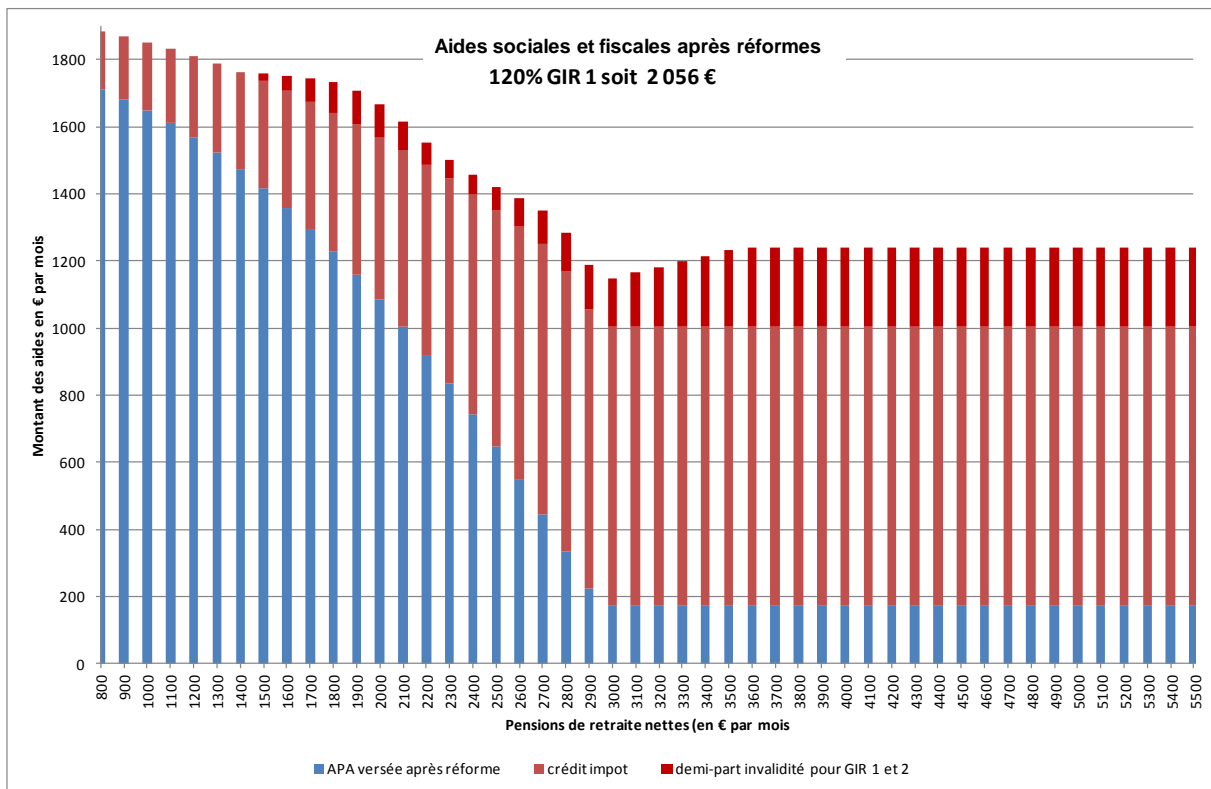
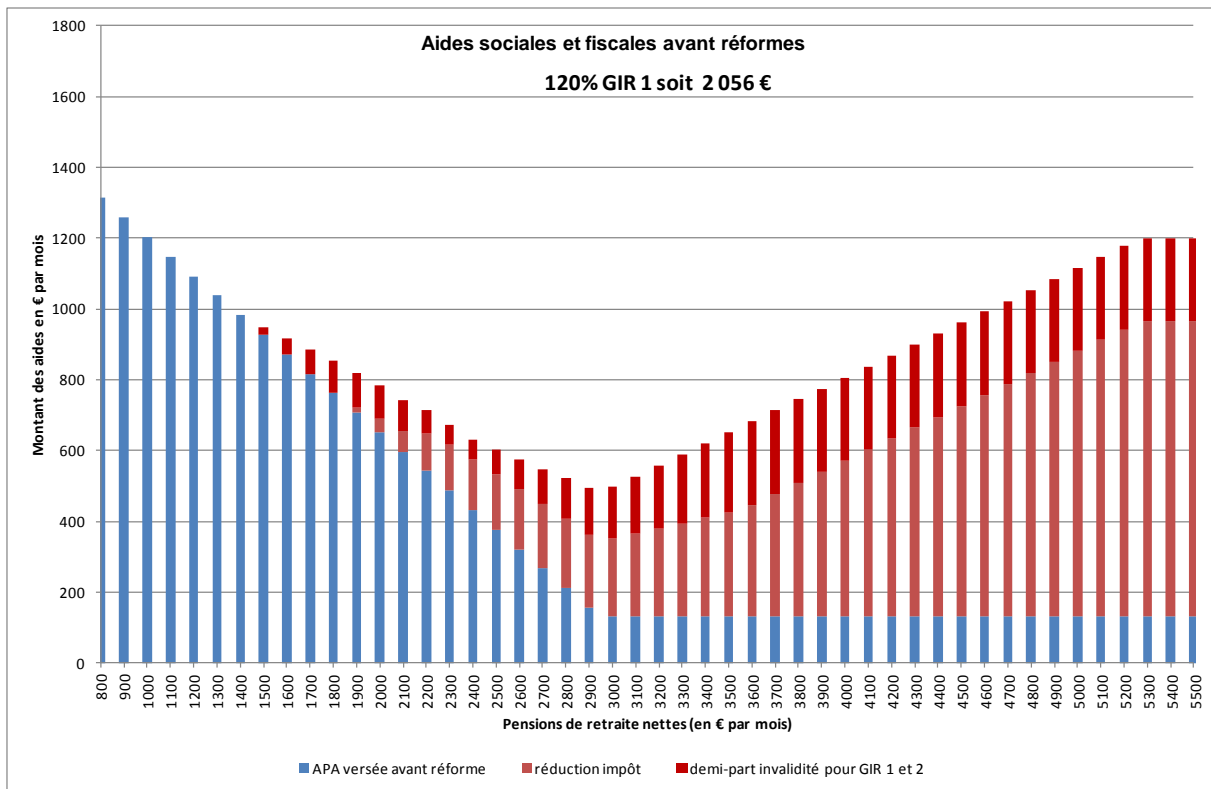
Cas type SG HCFEA, Législation 2016



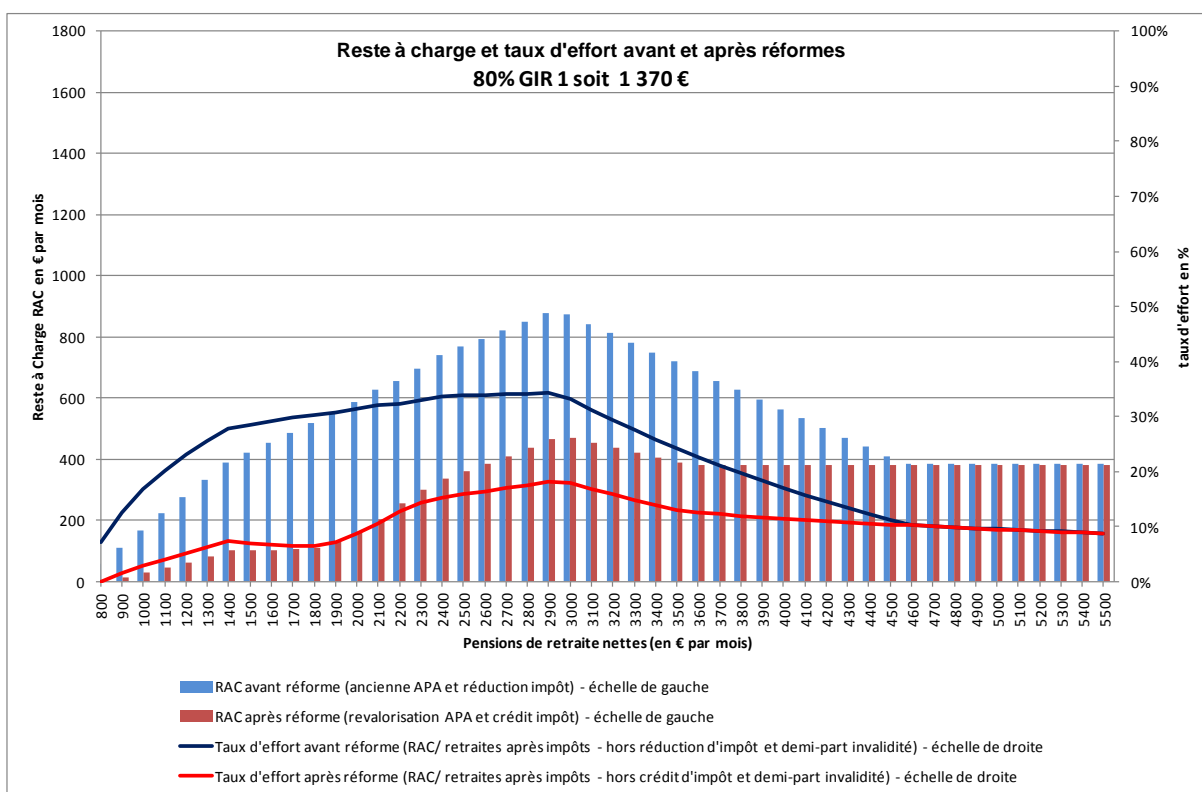
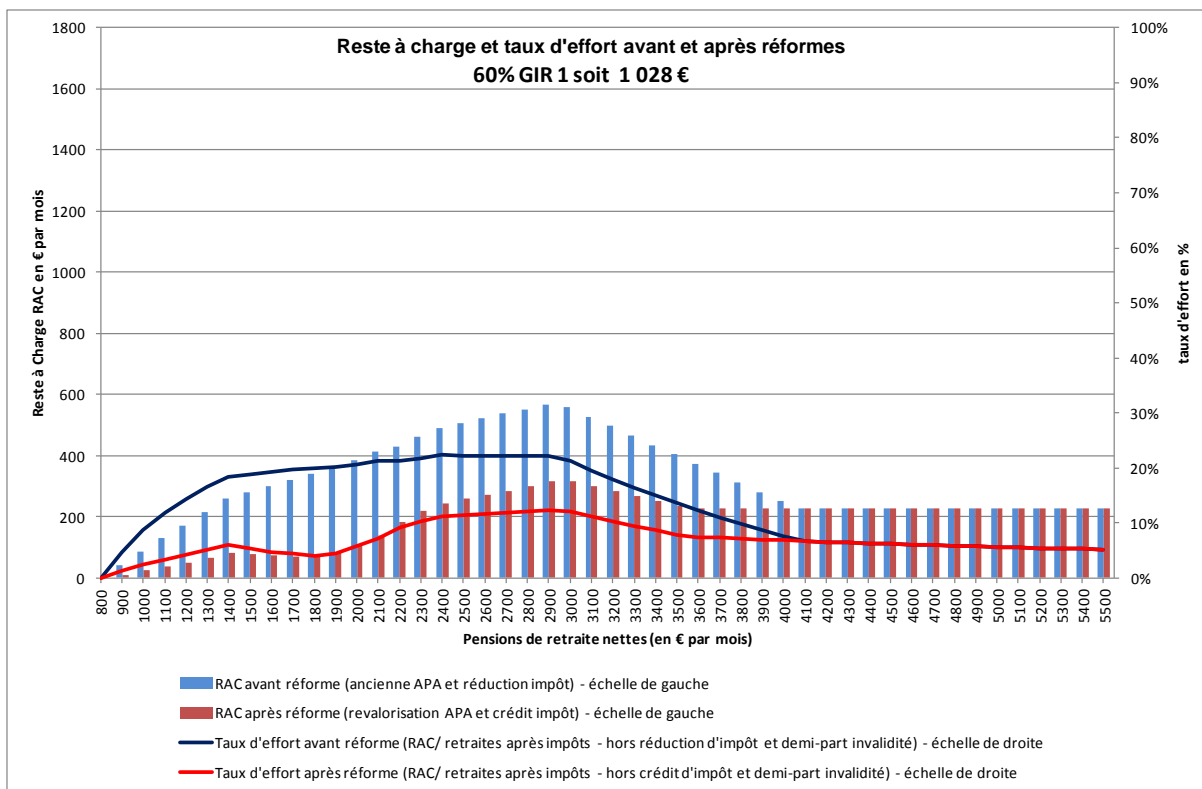
Cas type SG HCFEA, Législation 2016



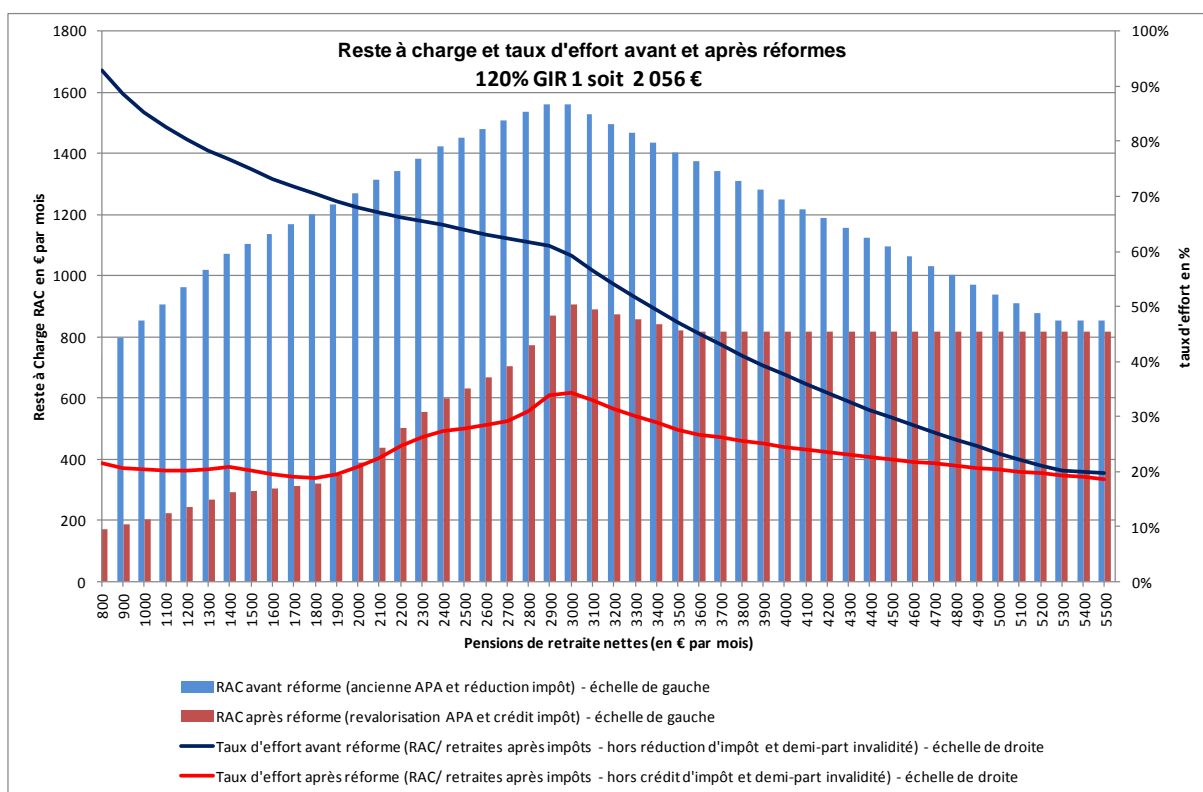
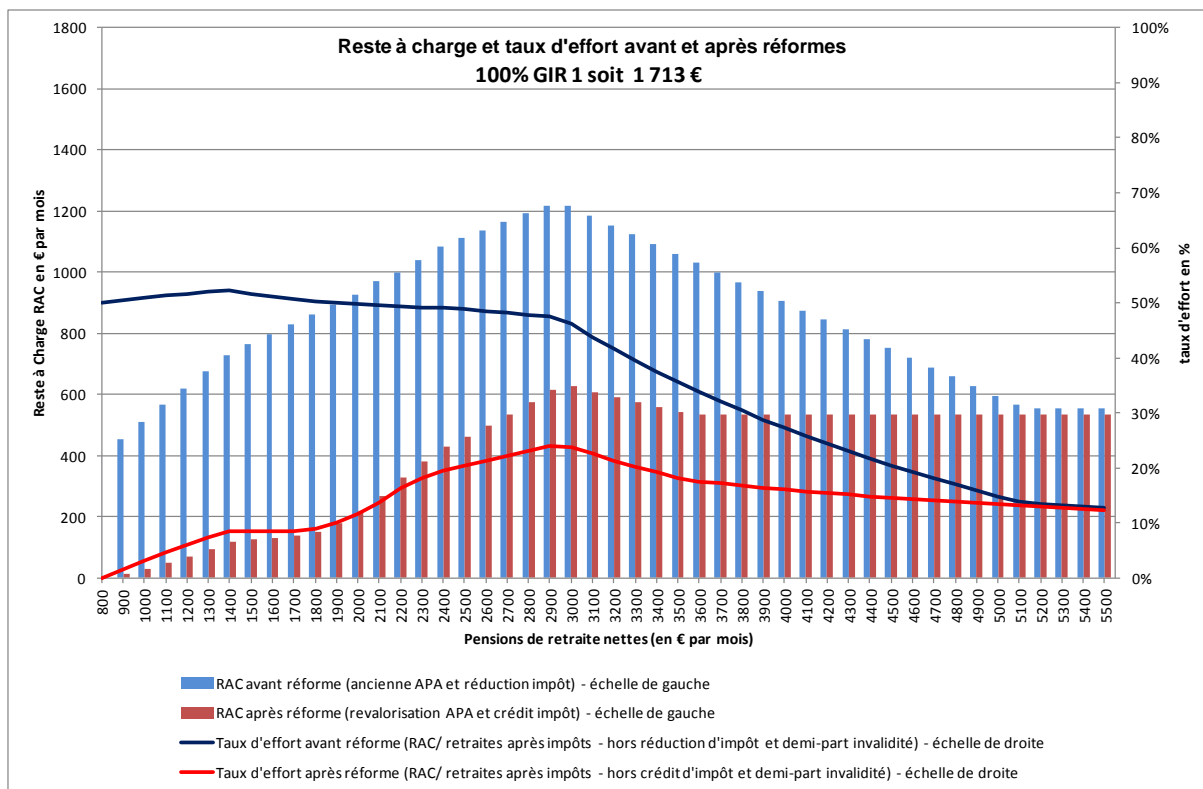
Cas type SG HCFEA, Législation 2016



Cas type SG HCFEA, Législation 2016



Cas type SG HCFEA, Législation 2016



Cas type SG HCFEA, Législation 2016

b) Personne âgées célibataire en GIR 2

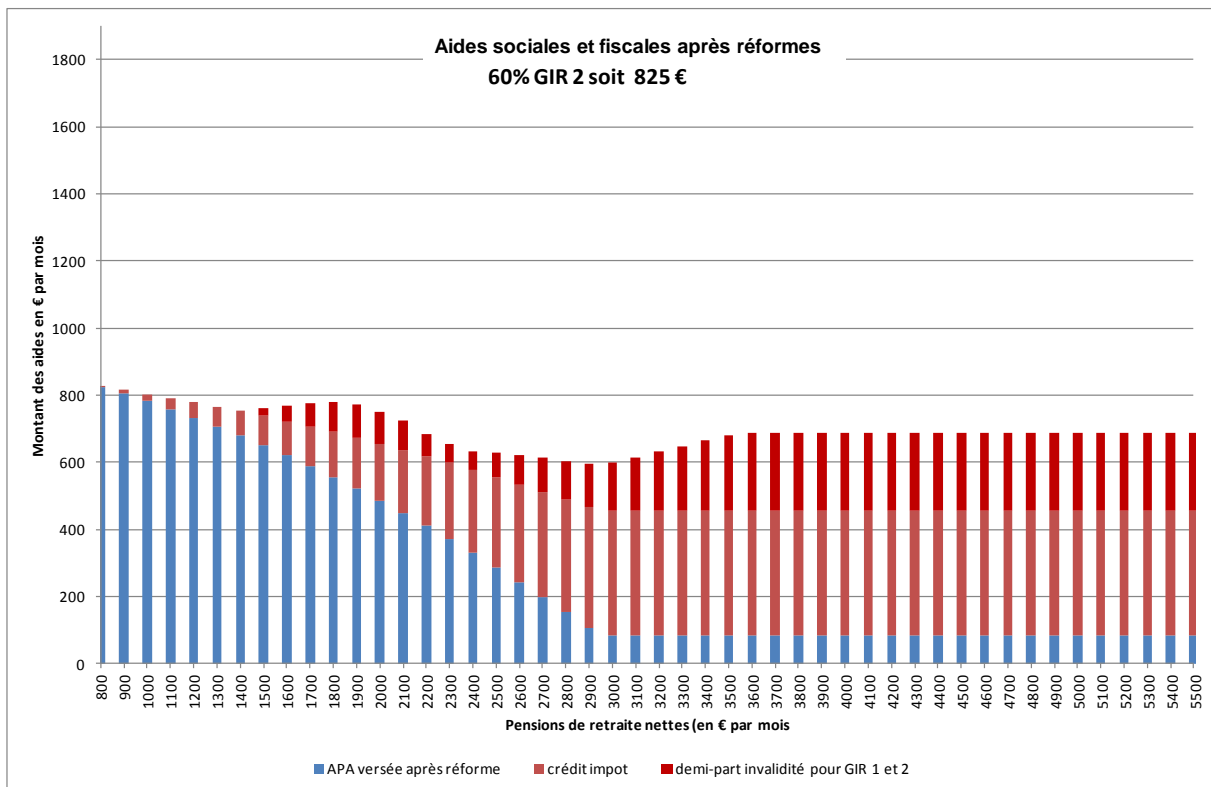
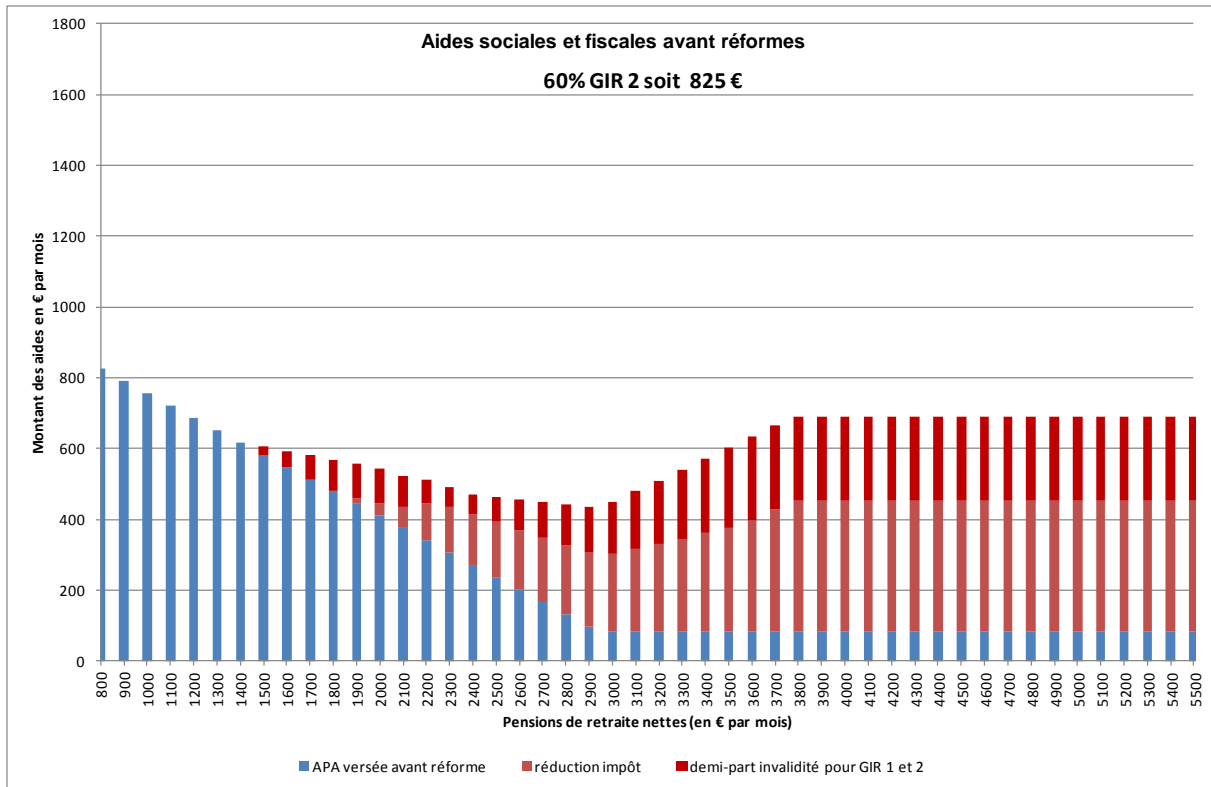
Situation maritale	isolé							
GIR	2							
Dépenses plan d'aide APA (% du plafond)	60%							
Dépenses effectives dépendance	825							
Pension de retraite nette (€ par mois)	800	1 500	2 200	2 900	3 600	4 300	5 000	5 500
Aides publiques avant réforme (en € par mois)								
- APA versée	825	583	341	98	83	83	83	83
- réduction d'impôt	-	-	106	207	316	371	371	371
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	22	66	130	235	235	235	235
Aides publiques après réforme (en € par mois)								
- APA versée	825	650	410	105	83	83	83	83
- crédit d'impôt	0	88	208	360	371	371	371	371
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	22	66	130	235	235	235	235
Gain réforme APA	0 €	67 €	69 €	6 €	- €	- €	- €	- €
Gain passage crédit d'impôt	0 €	88 €	101 €	153 €	55 €	- €	- €	- €
Gain total	0 €	155 €	171 €	159 €	55 €	- €	- €	- €

Situation maritale	isolé							
GIR	2							
Dépenses plan d'aide APA (% du plafond)	80%							
Dépenses effectives dépendance	1 100							
Pension de retraite nette (€ par mois)	800	1 500	2 200	2 900	3 600	4 300	5 000	5 500
Aides publiques avant réforme (en € par mois)								
- APA versée	1 100	777	454	131	110	110	110	110
- réduction d'impôt	-	-	106	207	316	495	495	495
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	22	66	130	235	235	235	235
Aides publiques après réforme (en € par mois)								
- APA versée	1 100	888	568	141	110	110	110	110
- crédit d'impôt	0	106	266	480	495	495	495	495
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	22	66	130	235	235	235	235
Gain réforme APA	0 €	111 €	114 €	10 €	- €	- €	- €	- €
Gain passage crédit d'impôt	0 €	106 €	160 €	272 €	179 €	- €	- €	- €
Gain total	0 €	217 €	274 €	283 €	179 €	- €	- €	- €

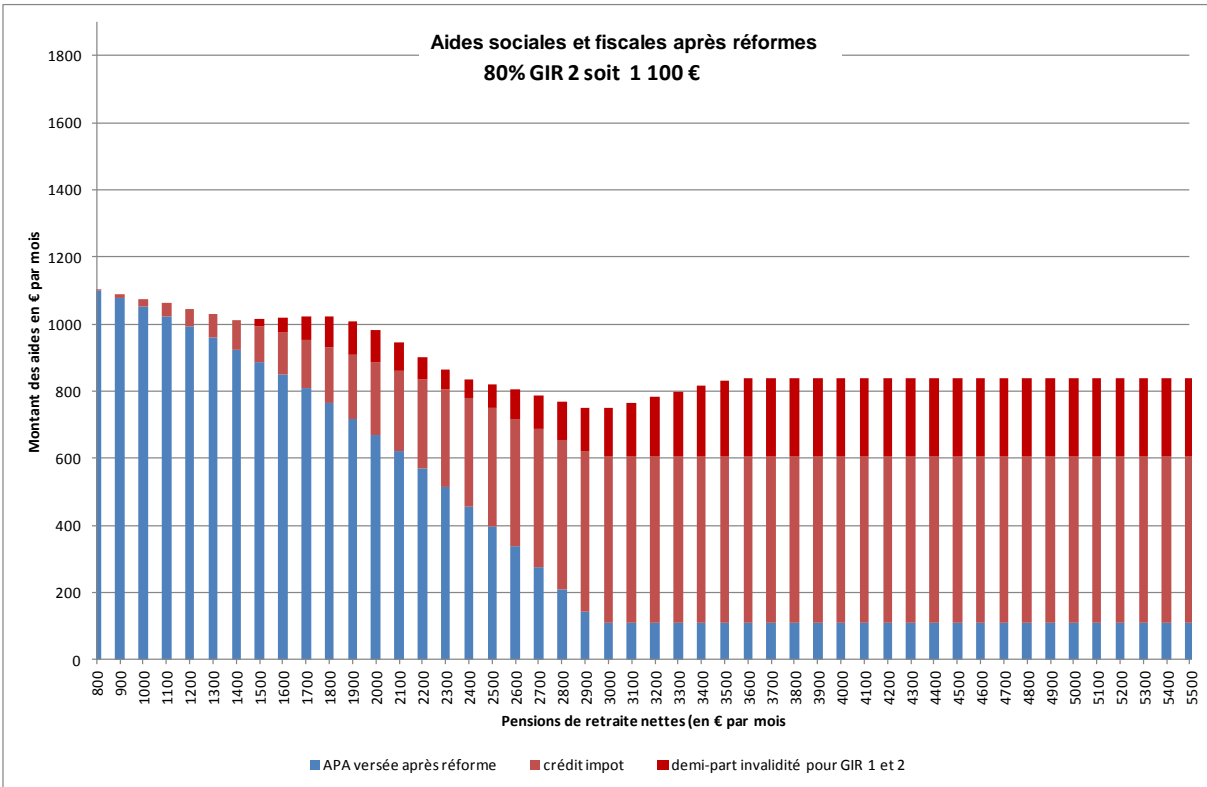
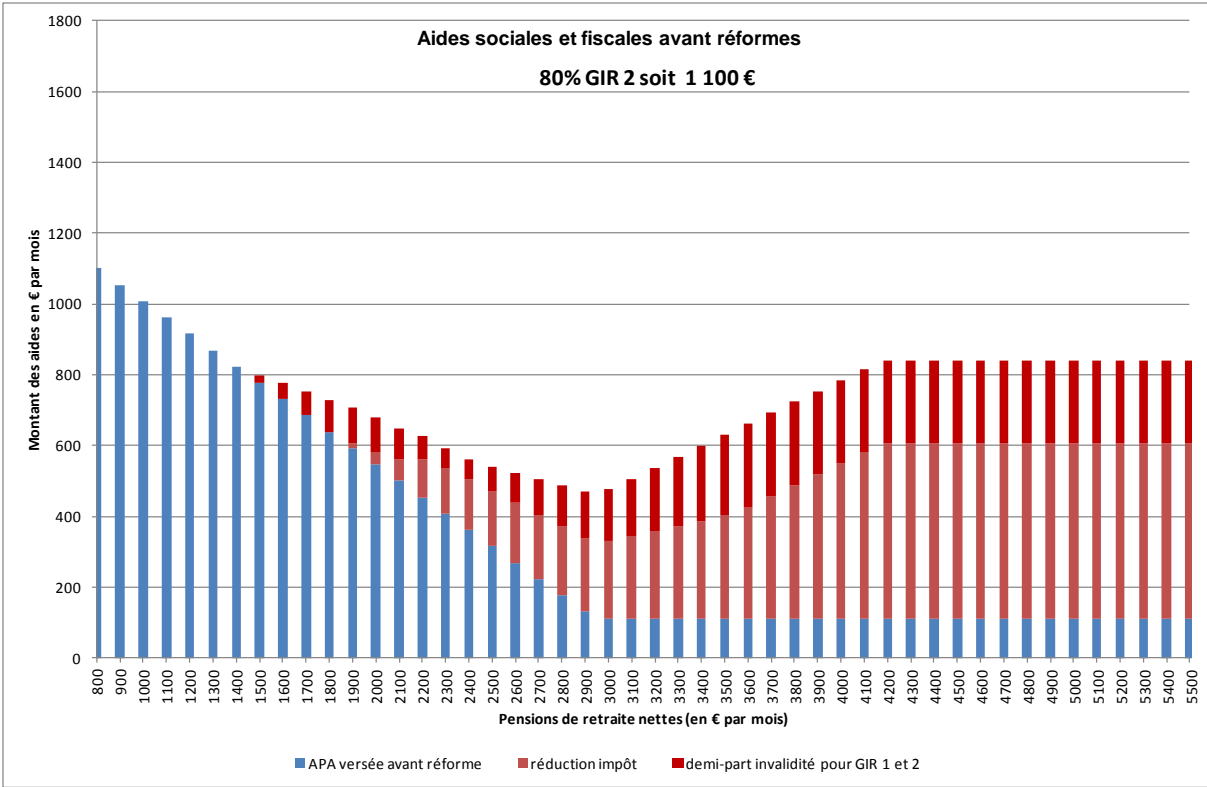
Situation maritale	isolé							
GIR	2							
Dépenses plan d'aide APA (% du plafond)	100%							
Dépenses effectives dépendance	1 376							
Pension de retraite nette (€ par mois)	800	1 500	2 200	2 900	3 600	4 300	5 000	5 500
Aides publiques avant réforme (en € par mois)								
- APA versée	1 125	795	464	134	113	113	113	113
- réduction d'impôt	-	-	106	207	316	533	631	631
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	22	66	130	235	235	235	235
Aides publiques après réforme (en € par mois)								
- APA versée	1 375	1 126	727	178	138	138	138	138
- crédit d'impôt	0	125	324	599	619	619	619	619
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	22	66	130	235	235	235	235
Gain réforme APA	250 €	331 €	262 €	44 €	25 €	25 €	25 €	25 €
Gain passage crédit d'impôt	0 €	125 €	218 €	391 €	303 €	86 €	12 €	12 €
Gain total	250 €	456 €	480 €	436 €	328 €	111 €	13 €	13 €

Situation maritale	isolé							
GIR	2							
Dépenses plan d'aide APA (% du plafond)	120%							
Dépenses effectives dépendance	1 651							
Pension de retraite nette (€ par mois)	800	1 500	2 200	2 900	3 600	4 300	5 000	5 500
Aides publiques avant réforme (en € par mois)								
- APA versée	1 125	795	464	134	113	113	113	113
- réduction d'impôt	-	-	106	207	316	533	749	769
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	22	66	130	235	235	235	235
Aides publiques après réforme (en € par mois)								
- APA versée	1 375	1 126	727	178	138	138	138	138
- crédit d'impôt	138	262	462	736	757	757	757	757
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	22	66	130	235	235	235	235
Gain réforme APA	250 €	331 €	262 €	44 €	25 €	25 €	25 €	25 €
Gain passage crédit d'impôt	138 €	262 €	356 €	529 €	441 €	224 €	7 €	13 €
Gain total	388 €	593 €	618 €	573 €	466 €	249 €	32 €	12 €

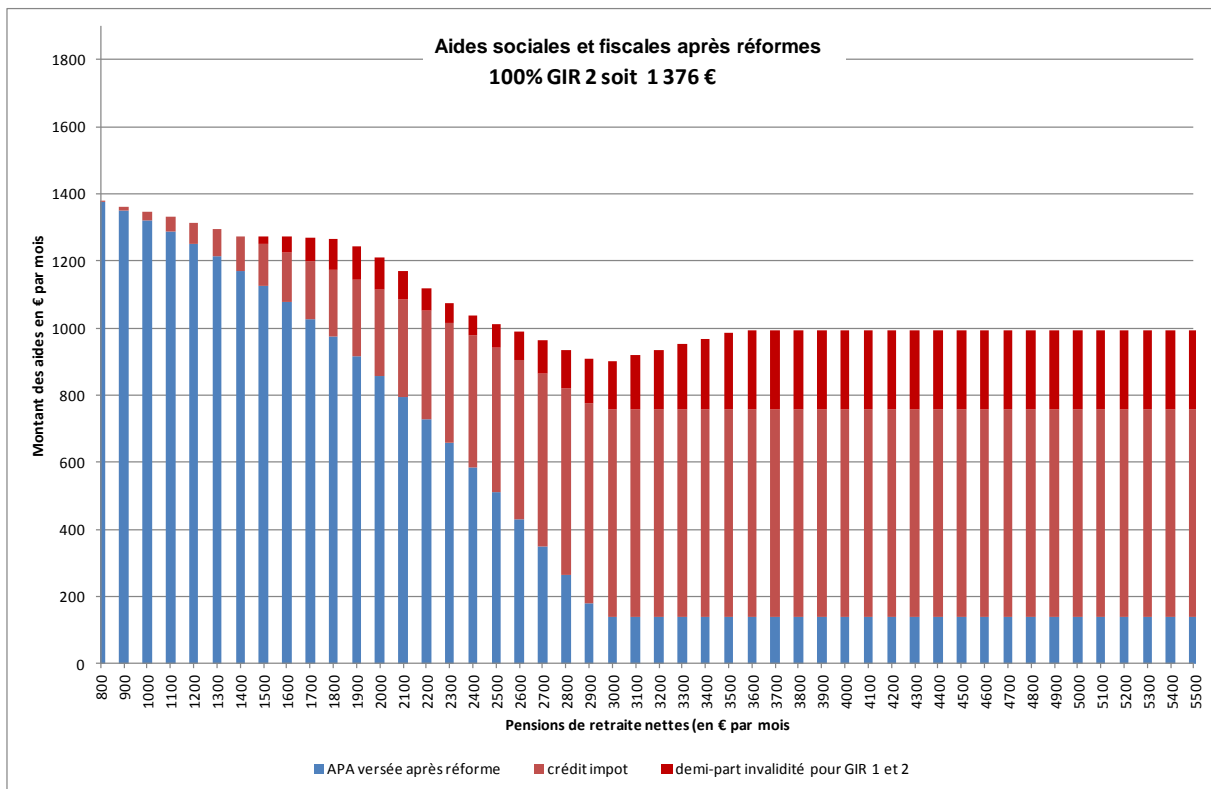
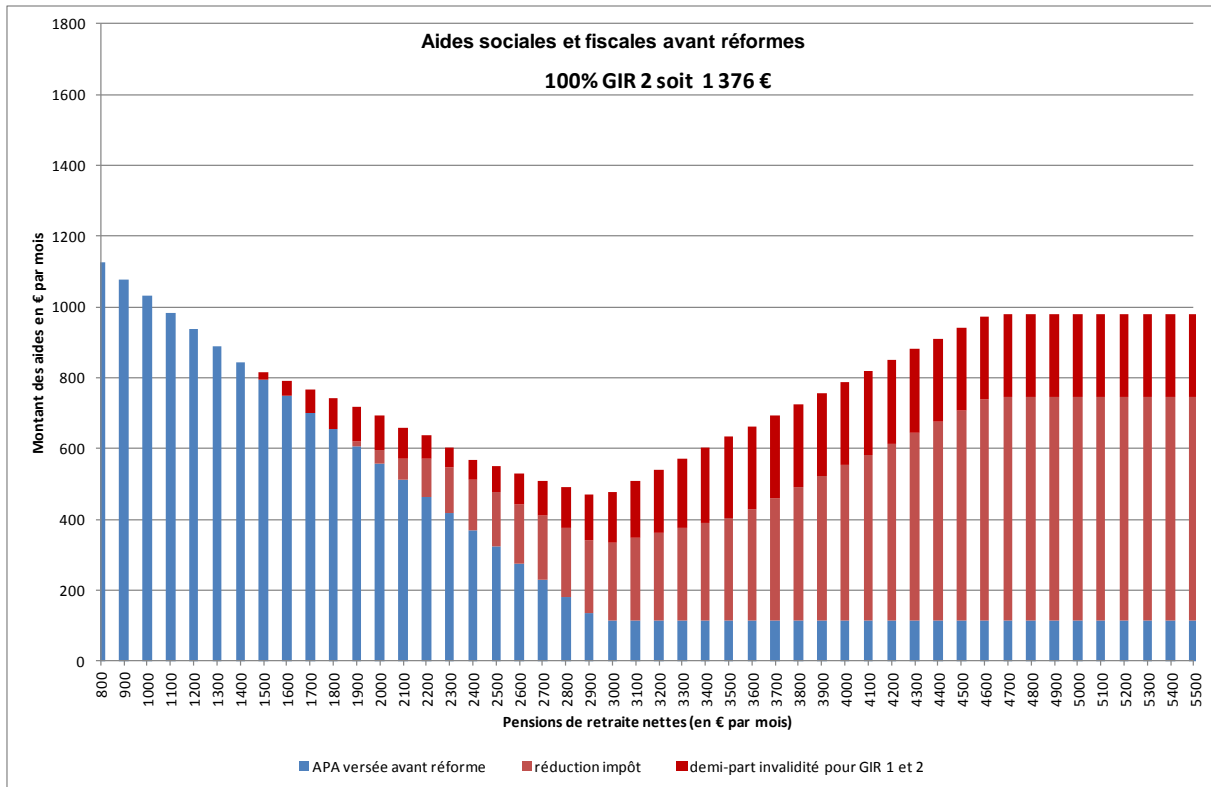
Cas type SG HCFEA, Législation 2016



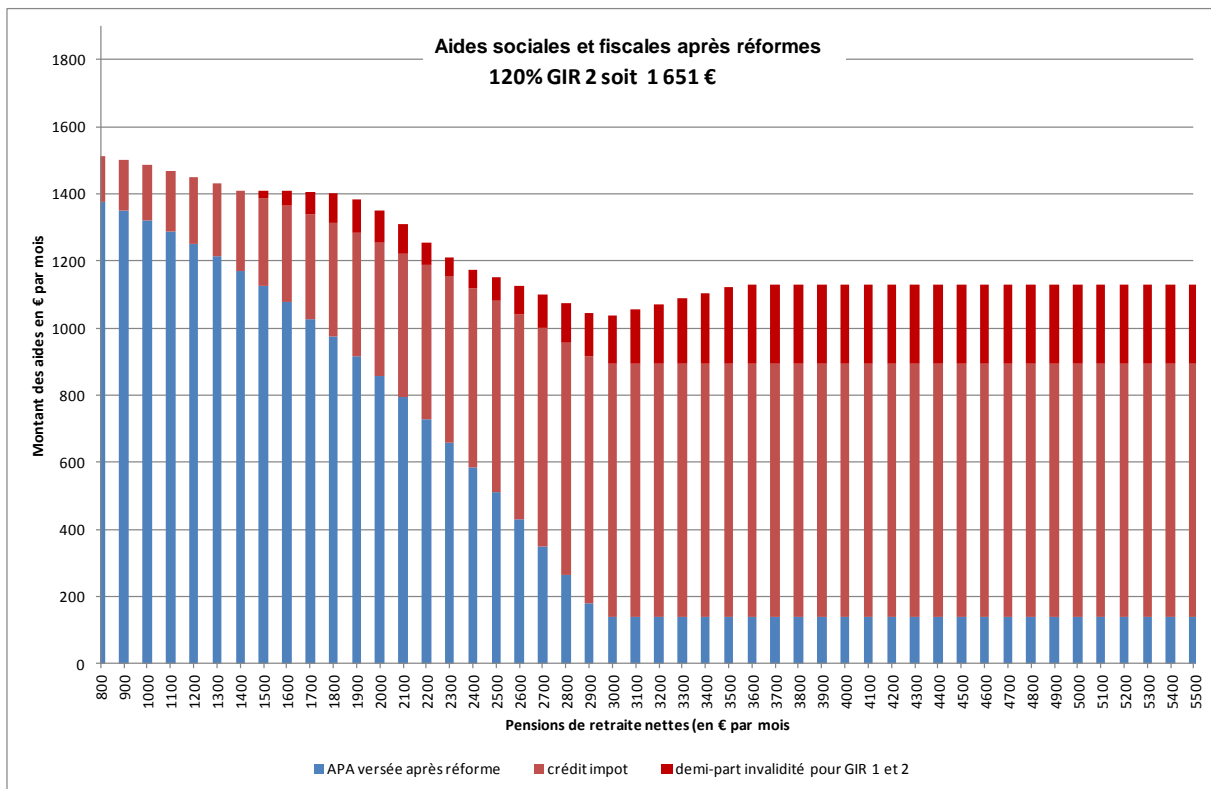
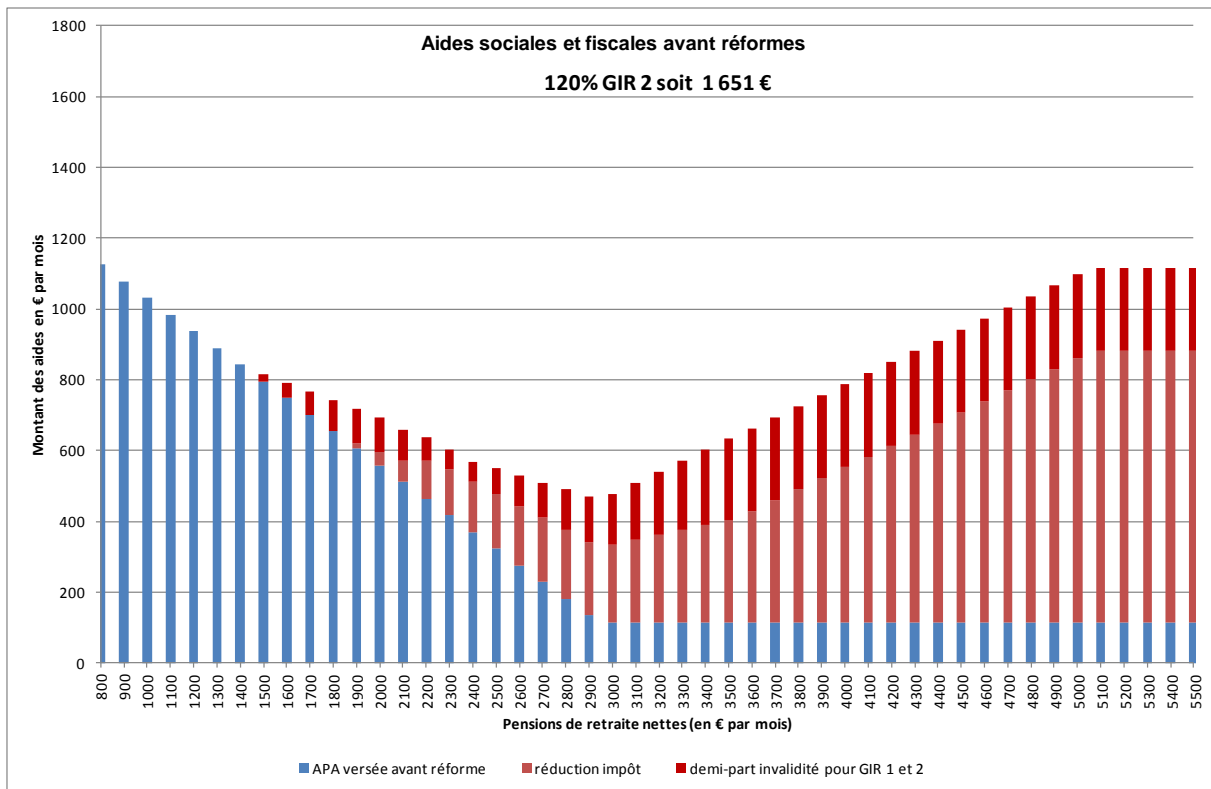
Cas type SG HCFEA, Législation 2016



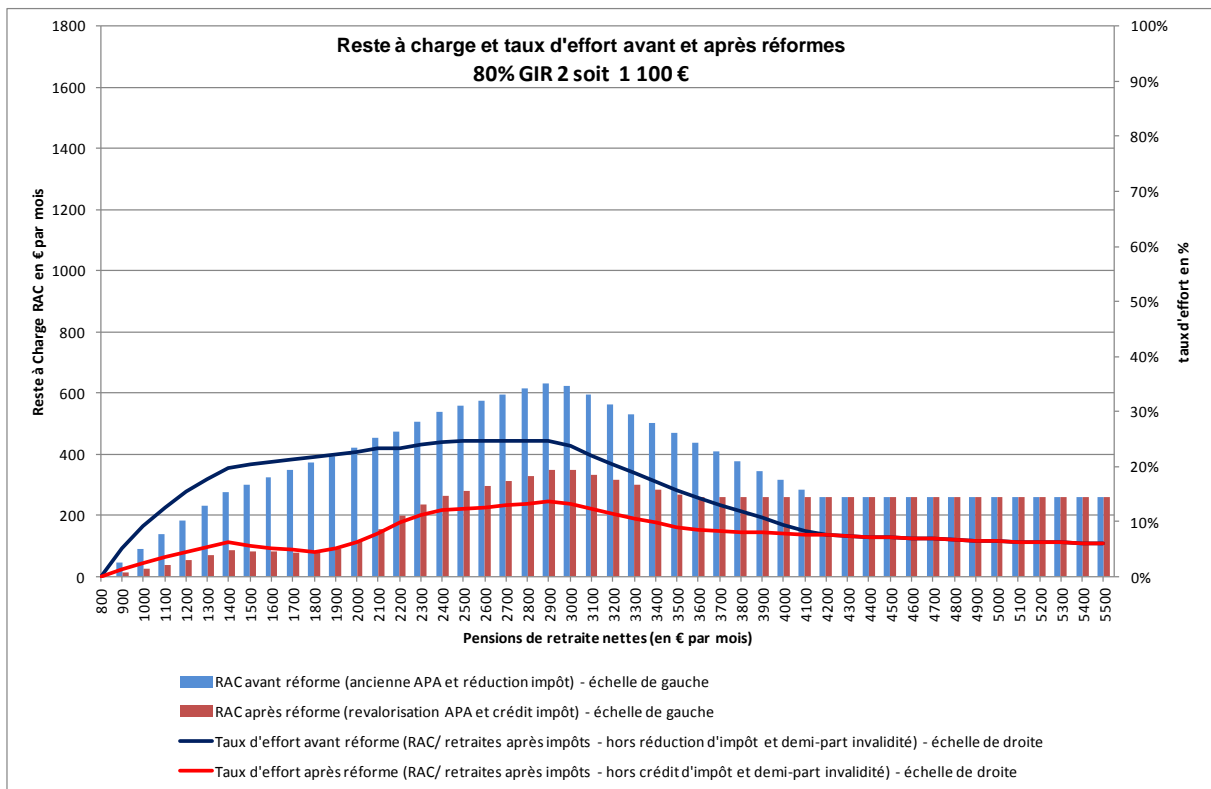
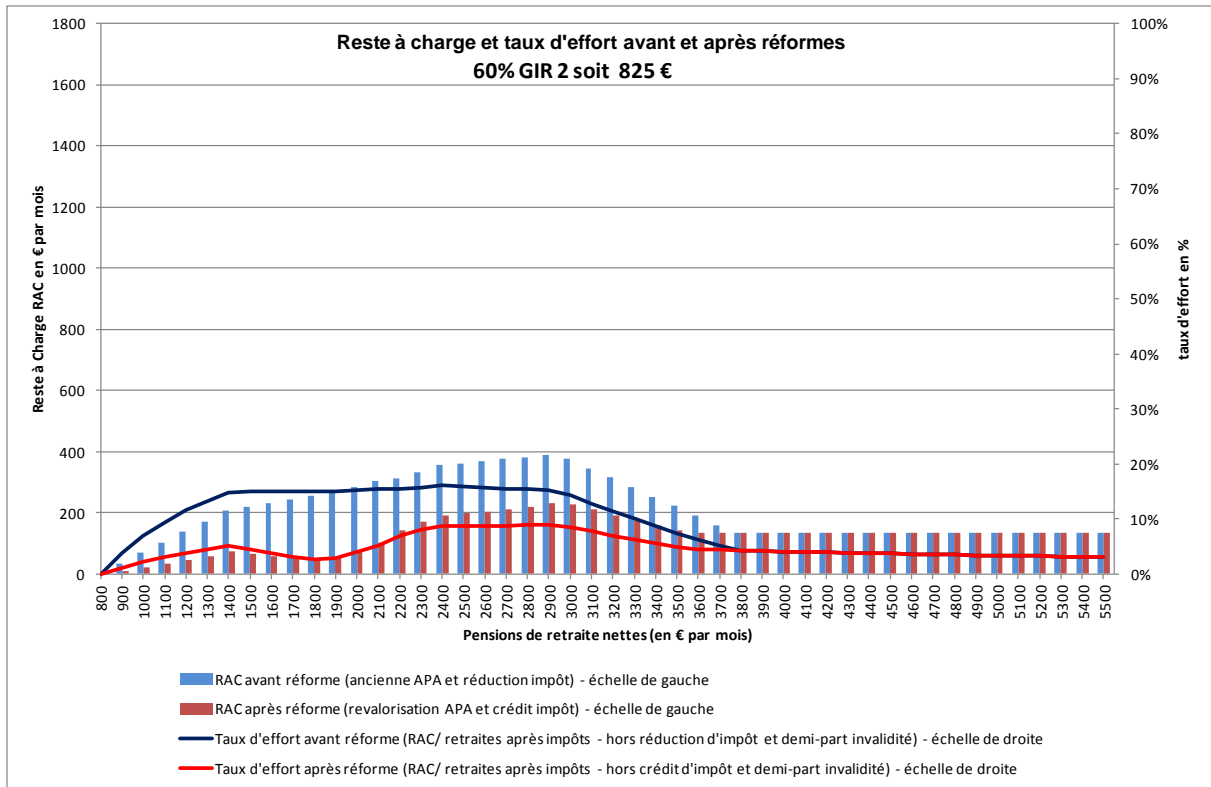
Cas type SG HCFEA, Législation 2016



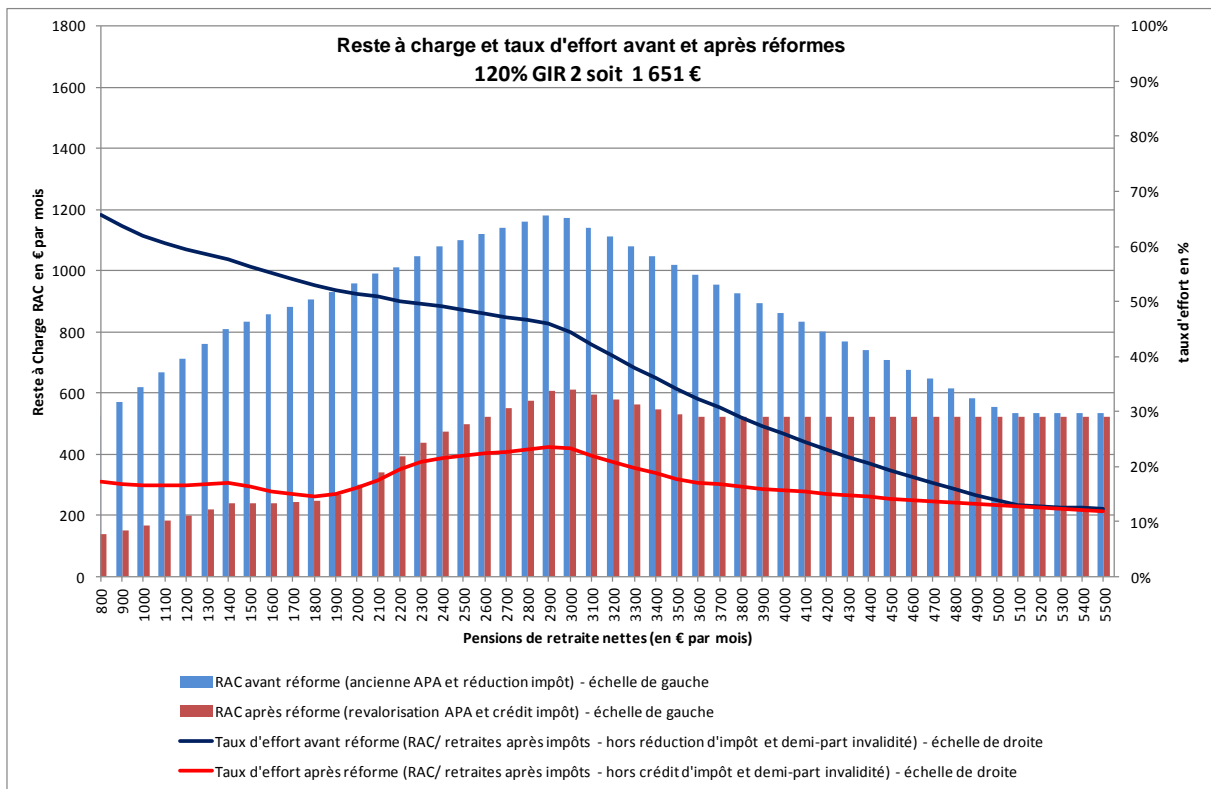
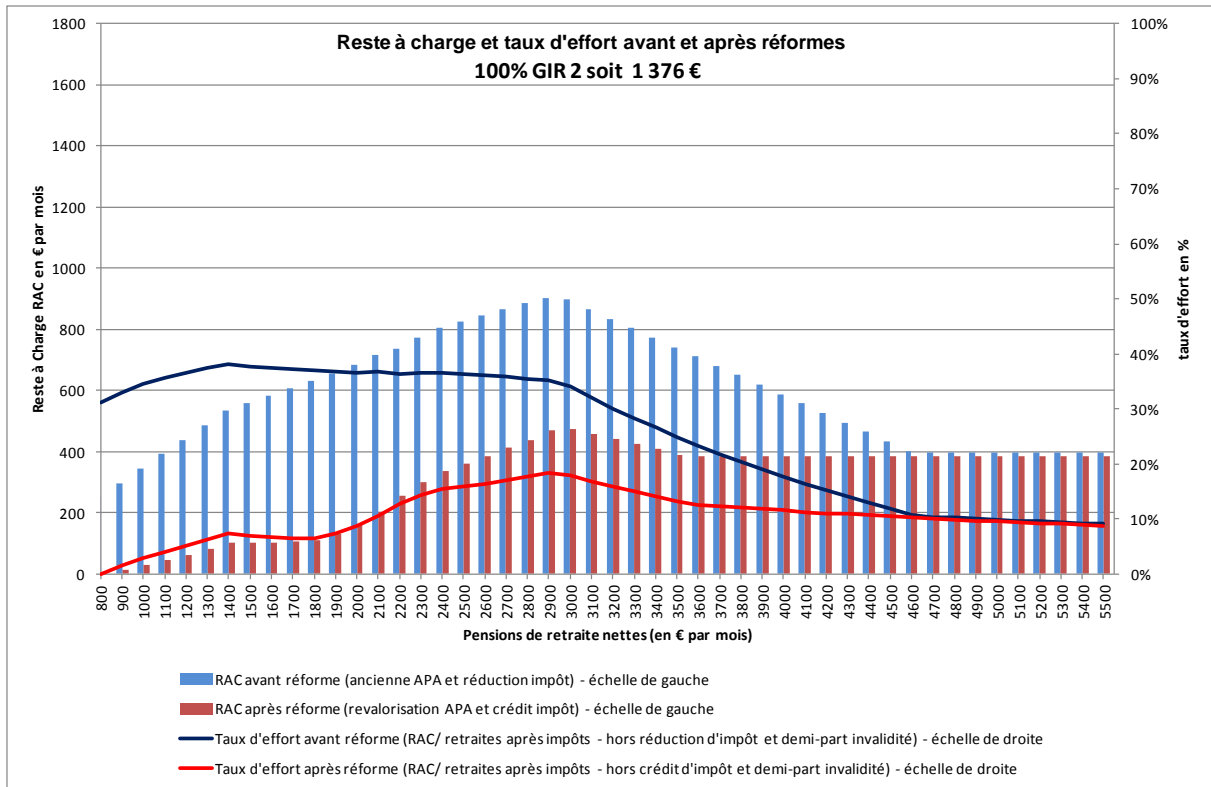
Cas type SG HCFEA, Législation 2016



Cas type SG HCFEA, Législation 2016



Cas type SG HCFEA, Législation 2016



Cas type SG HCFEA, Législation 2016

c) Personne âgées célibataire en GIR 3

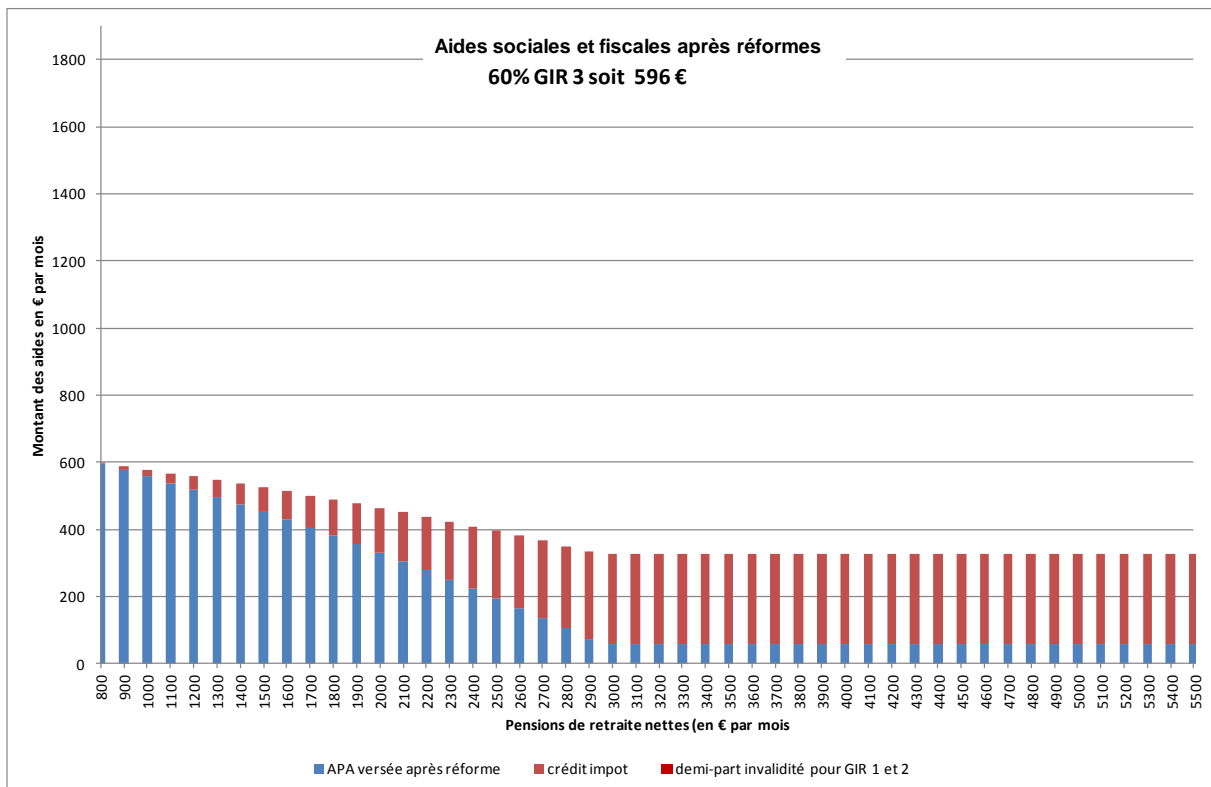
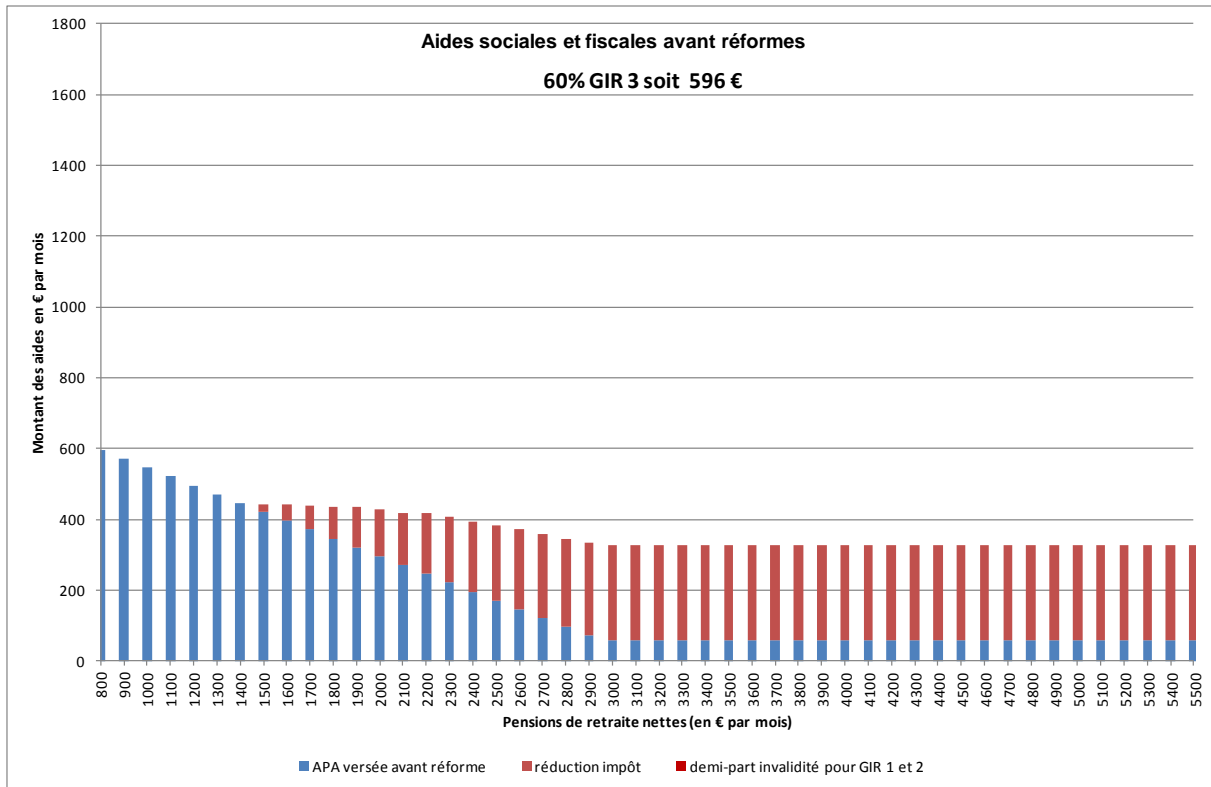
Situation maritale	isolé							
GIR	3							
Dépenses plan d'aide APA (% du plafond)	60%							
Dépenses effectives dépendance	596							
Pension de retraite nette (€ par mois)	800	1 500	2 200	2 900	3 600	4 300	5 000	5 500
Aides publiques avant réforme (en € par mois)								
- APA versée	596	421	246	71	60	60	60	60
- réduction d'impôt	-	22	173	263	268	268	268	268
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	-	-	-	-	-	-	-
Aides publiques après réforme (en € par mois)								
- APA versée	596	452	278	74	60	60	60	60
- crédit d'impôt	0	72	159	261	268	268	268	268
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	-	-	-	-	-	-	-
Gain réforme APA	0 €	31 €	32 €	3 €	- €	- €	- €	- €
Gain passage crédit d'impôt	0 €	50 €	14 €	1 €	- €	- €	- €	- €
Gain total	0 €	81 €	18 €	1 €	- €	- €	- €	- €

Situation maritale	isolé							
GIR	3							
Dépenses plan d'aide APA (% du plafond)	80%							
Dépenses effectives dépendance	795							
Pension de retraite nette (€ par mois)	800	1 500	2 200	2 900	3 600	4 300	5 000	5 500
Aides publiques avant réforme (en € par mois)								
- APA versée	795	562	328	95	80	80	80	80
- réduction d'impôt	-	22	173	337	358	358	358	358
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	-	-	-	-	-	-	-
Aides publiques après réforme (en € par mois)								
- APA versée	795	624	393	100	80	80	80	80
- crédit d'impôt	0	85	201	347	358	358	358	358
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	-	-	-	-	-	-	-
Gain réforme APA	0 €	63 €	65 €	6 €	- €	- €	- €	- €
Gain passage crédit d'impôt	0 €	63 €	28 €	10 €	- €	- €	- €	- €
Gain total	0 €	126 €	93 €	16 €	- €	- €	- €	- €

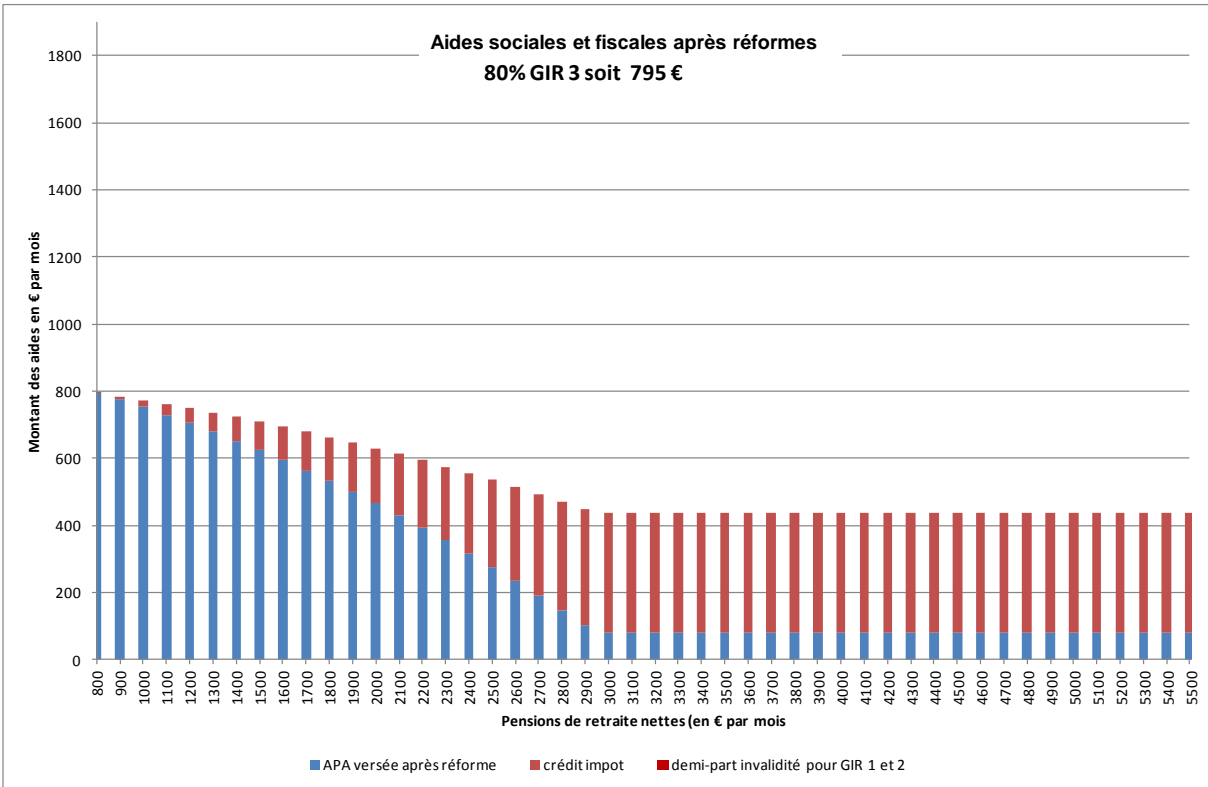
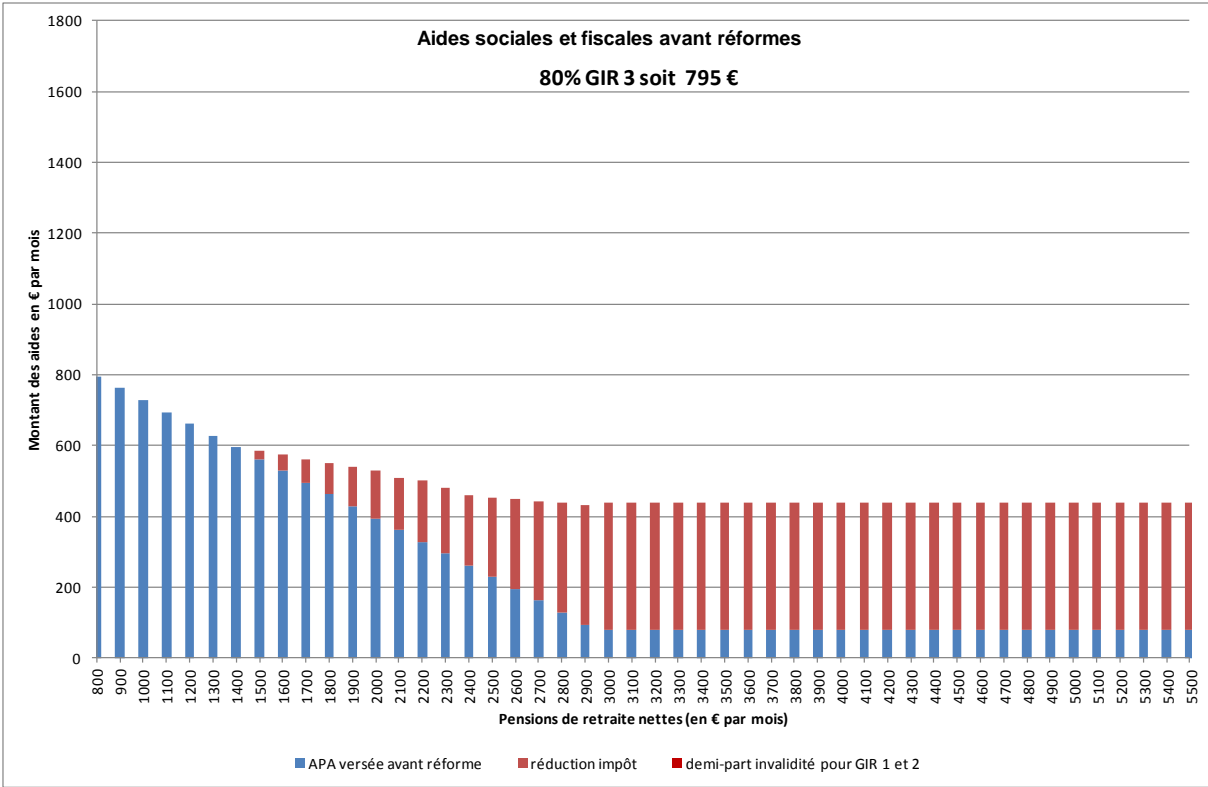
Situation maritale	isolé							
GIR	3							
Dépenses plan d'aide APA (% du plafond)	100%							
Dépenses effectives dépendance	994							
Pension de retraite nette (€ par mois)	800	1 500	2 200	2 900	3 600	4 300	5 000	5 500
Aides publiques avant réforme (en € par mois)								
- APA versée	844	596	348	100	84	84	84	84
- réduction d'impôt	-	22	173	337	455	455	455	455
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	-	-	-	-	-	-	-
Aides publiques après réforme (en € par mois)								
- APA versée	994	796	507	127	99	99	99	99
- crédit d'impôt	0	99	243	433	447	447	447	447
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	-	-	-	-	-	-	-
Gain réforme APA	150 €	200 €	159 €	27 €	15 €	15 €	15 €	15 €
Gain passage crédit d'impôt	0 €	77 €	71 €	96 €	8 €	8 €	8 €	8 €
Gain total	150 €	277 €	229 €	123 €	8 €	8 €	8 €	8 €

Situation maritale	isolé							
GIR	3							
Dépenses plan d'aide APA (% du plafond)	120%							
Dépenses effectives dépendance	1 193							
Pension de retraite nette (€ par mois)	800	1 500	2 200	2 900	3 600	4 300	5 000	5 500
Aides publiques avant réforme (en € par mois)								
- APA versée	844	596	348	100	84	84	84	84
- réduction d'impôt	-	22	173	337	551	554	554	554
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	-	-	-	-	-	-	-
Aides publiques après réforme (en € par mois)								
- APA versée	994	796	507	127	99	99	99	99
- crédit d'impôt	99	198	343	533	547	547	547	547
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	-	-	-	-	-	-	-
Gain réforme APA	150 €	200 €	159 €	27 €	15 €	15 €	15 €	15 €
Gain passage crédit d'impôt	99 €	176 €	170 €	195 €	4 €	8 €	8 €	8 €
Gain total	249 €	376 €	329 €	222 €	11 €	8 €	8 €	8 €

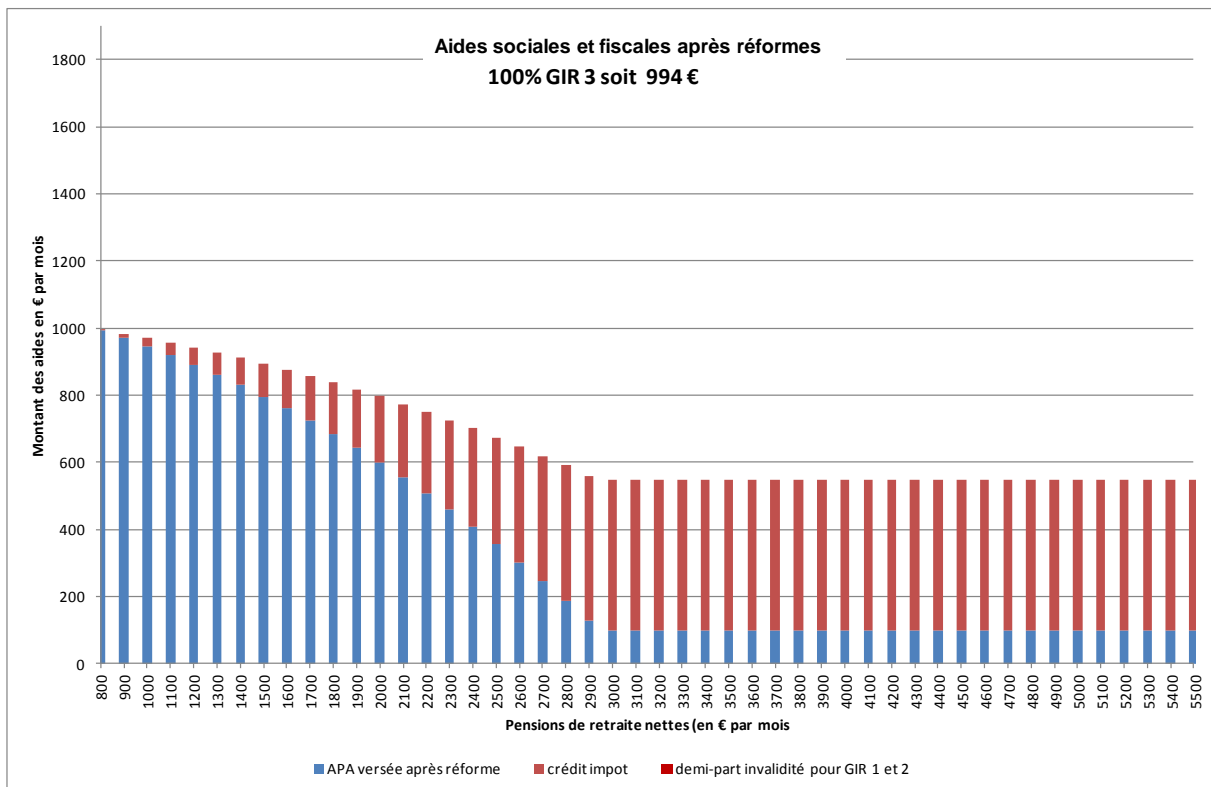
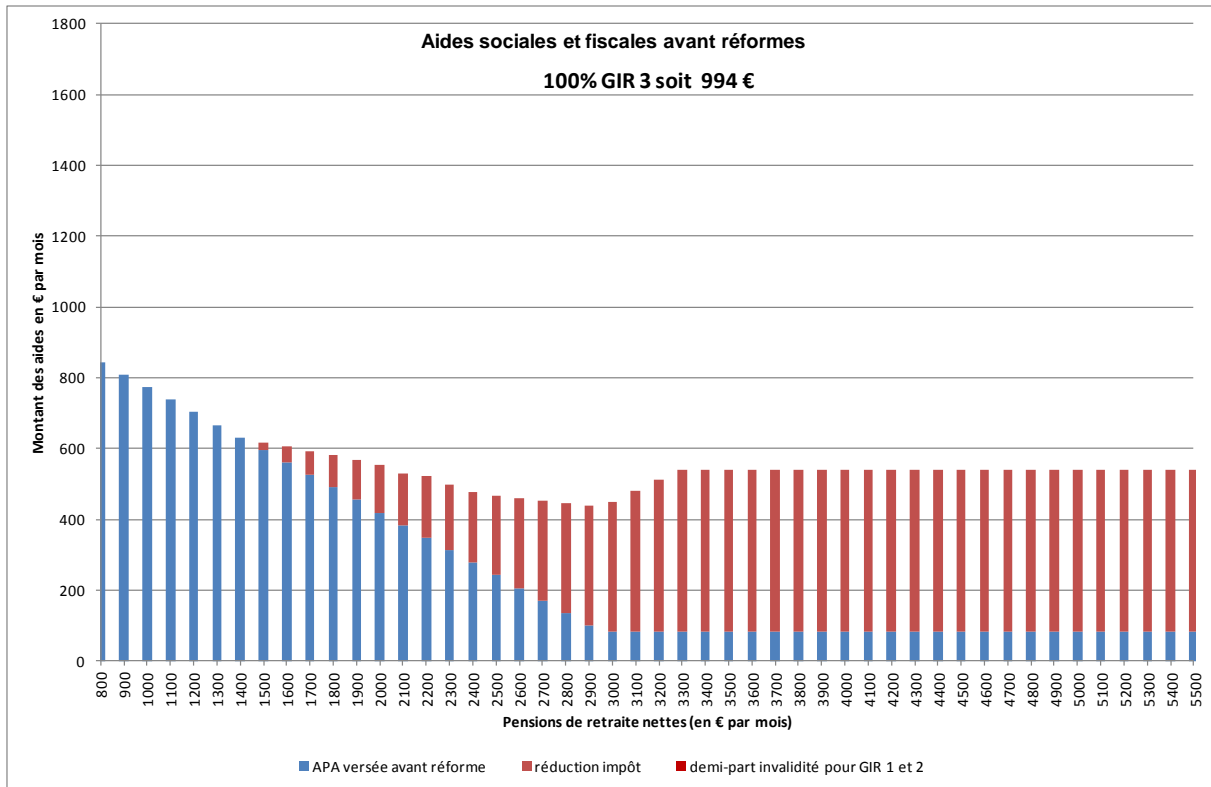
Cas type SG HCFEA, Législation 2016



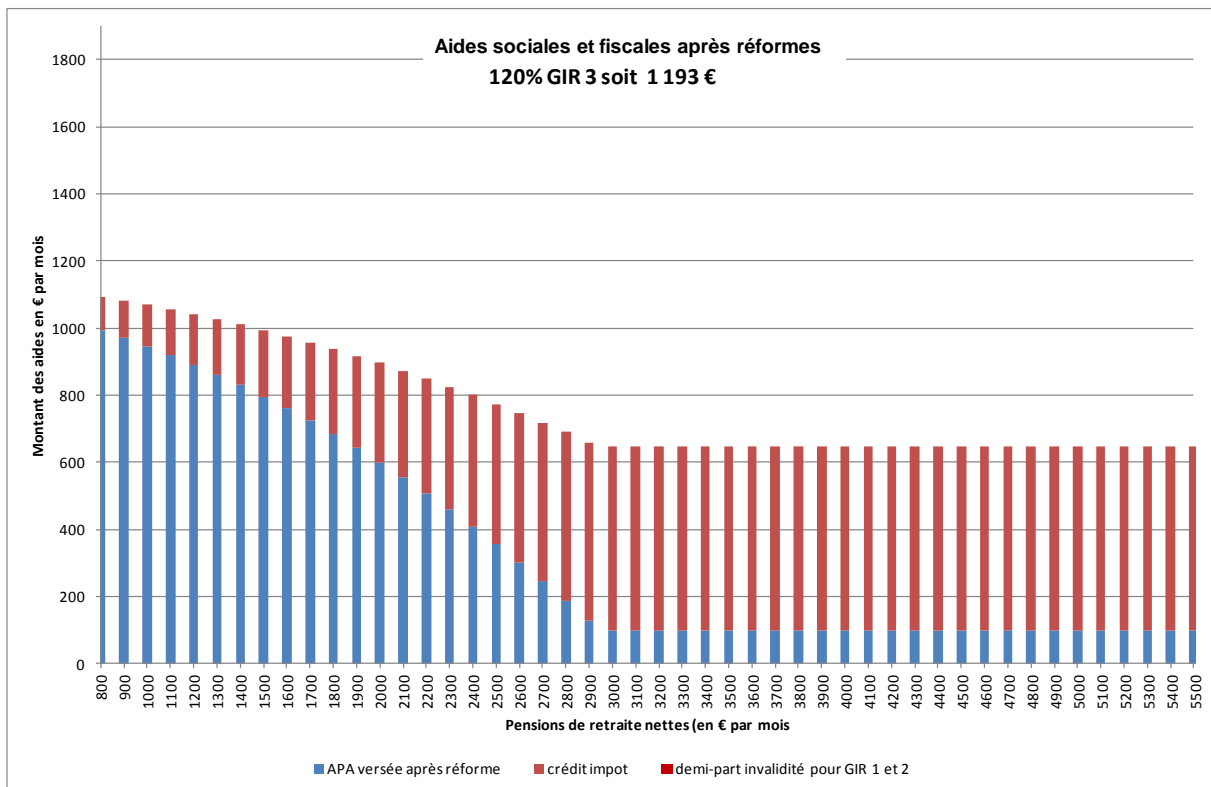
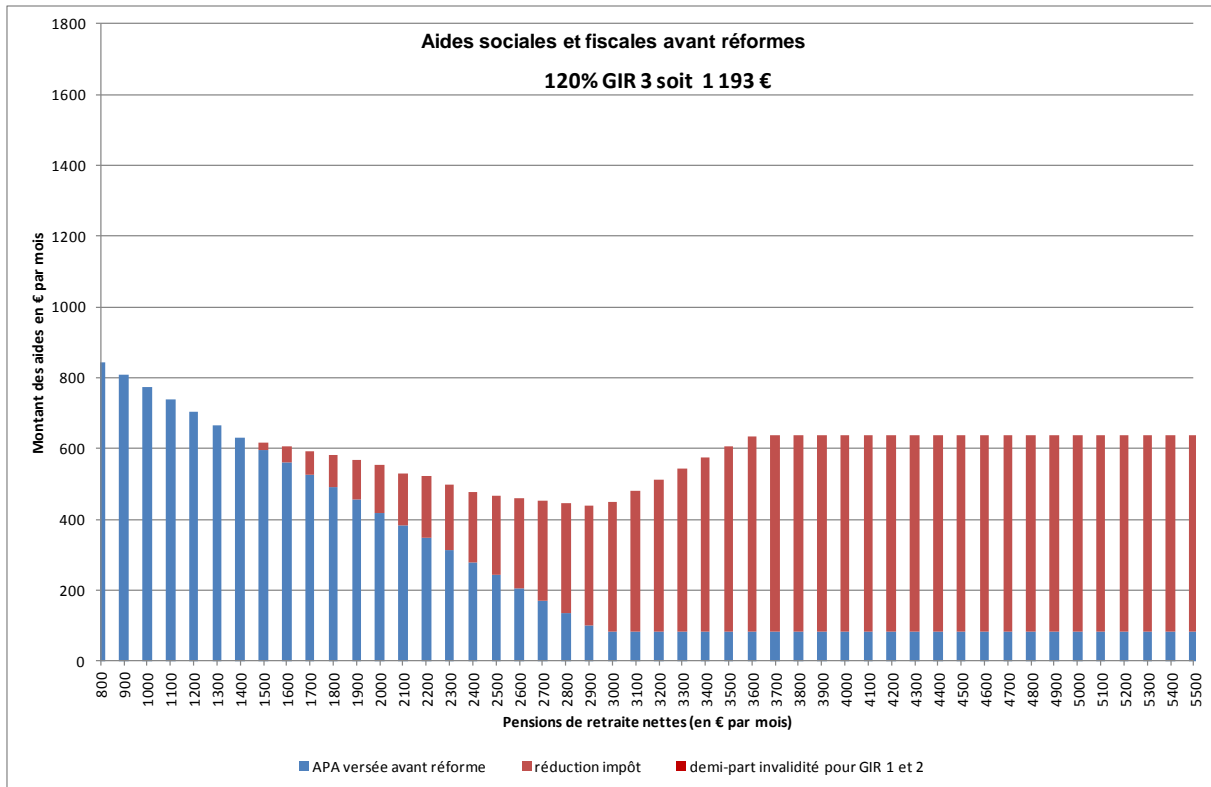
Cas type SG HCFEA, Législation 2016



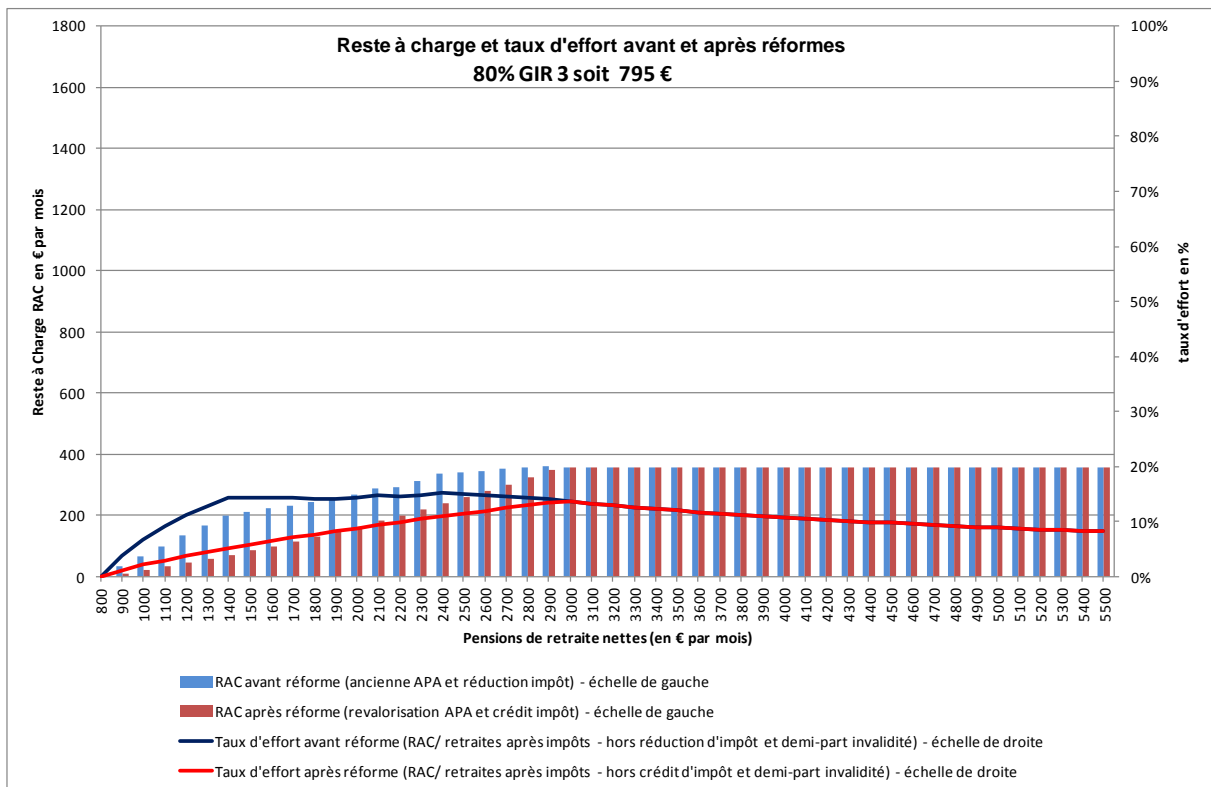
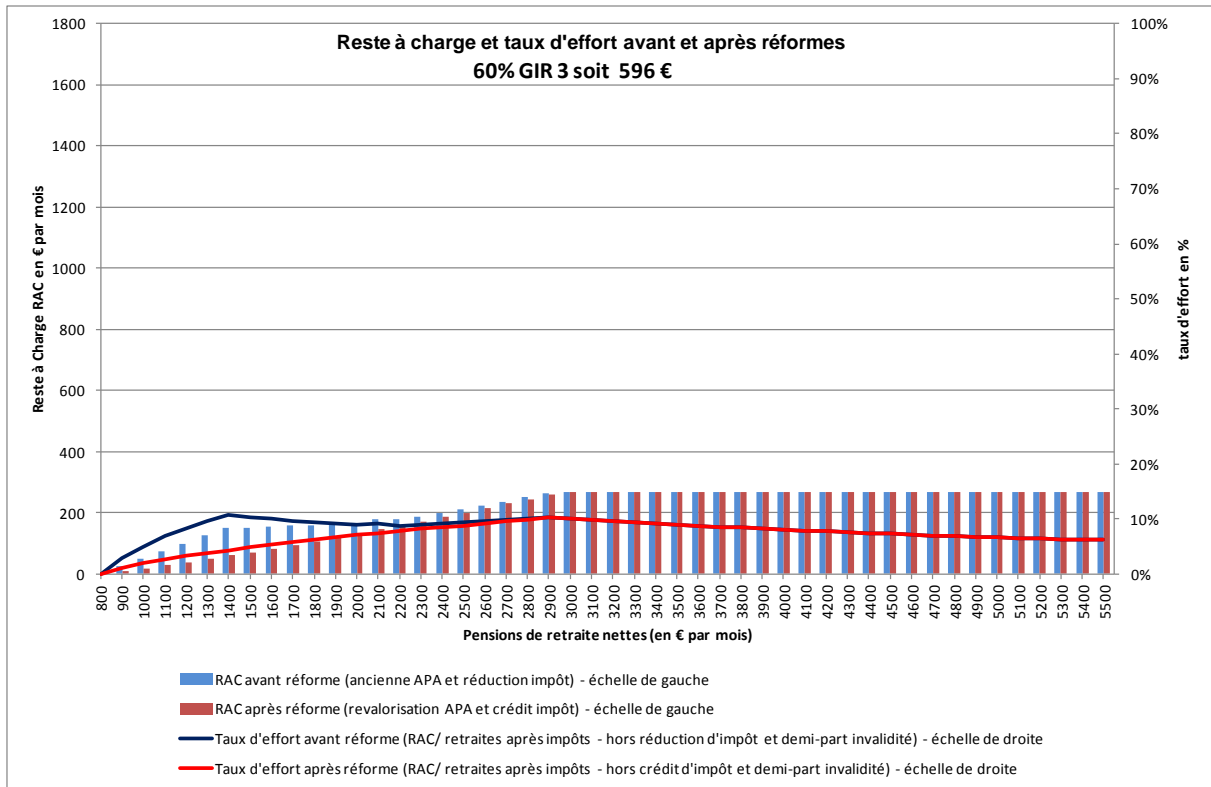
Cas type SG HCFEA, Législation 2016



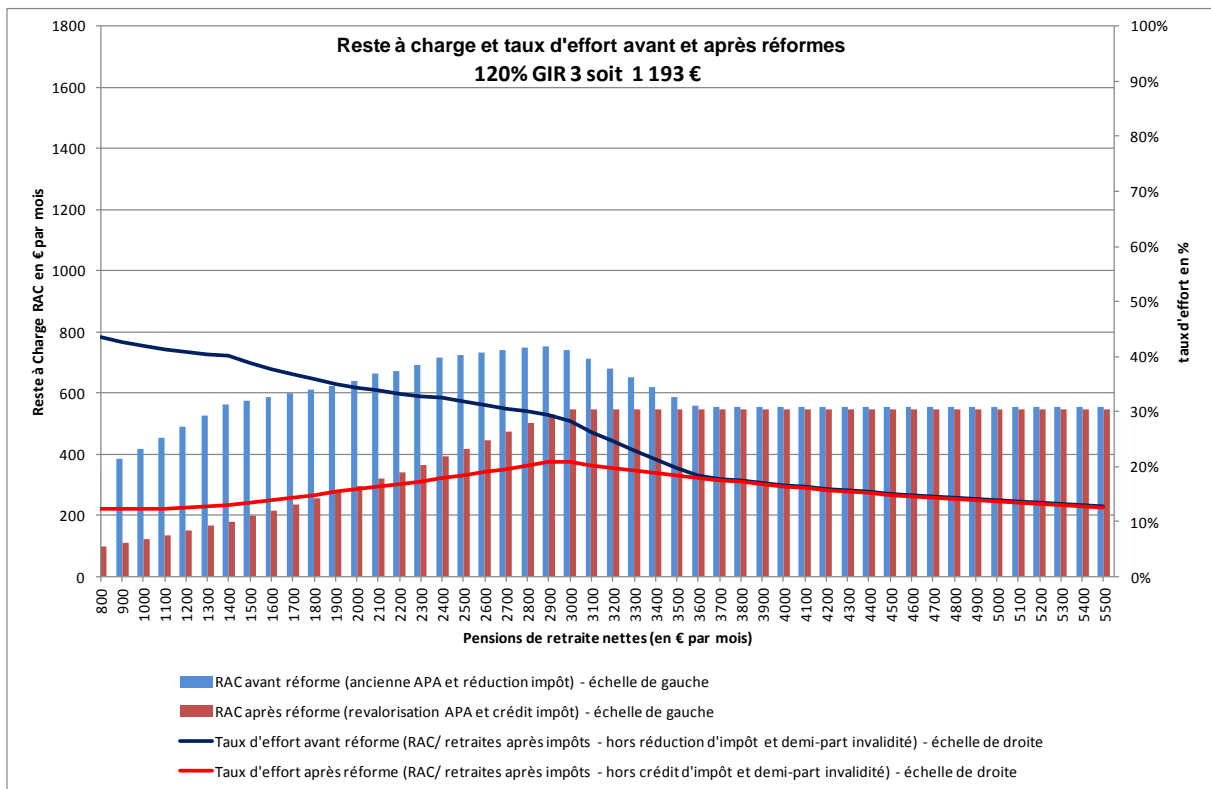
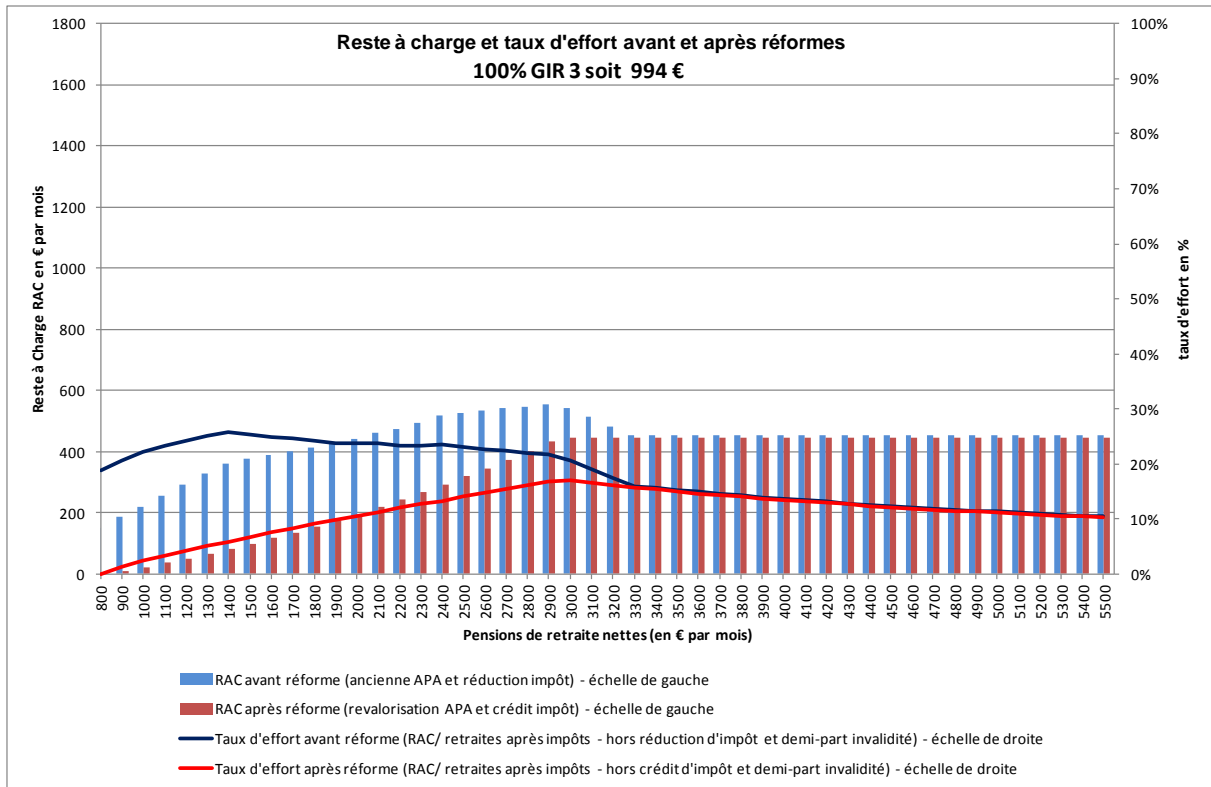
Cas type SG HCFEA, Législation 2016



Cas type SG HCFEA, Législation 2016



Cas type SG HCFEA, Législation 2016



Cas type SG HCFEA, Législation 2016

d) Personne âgées célibataire en GIR 4

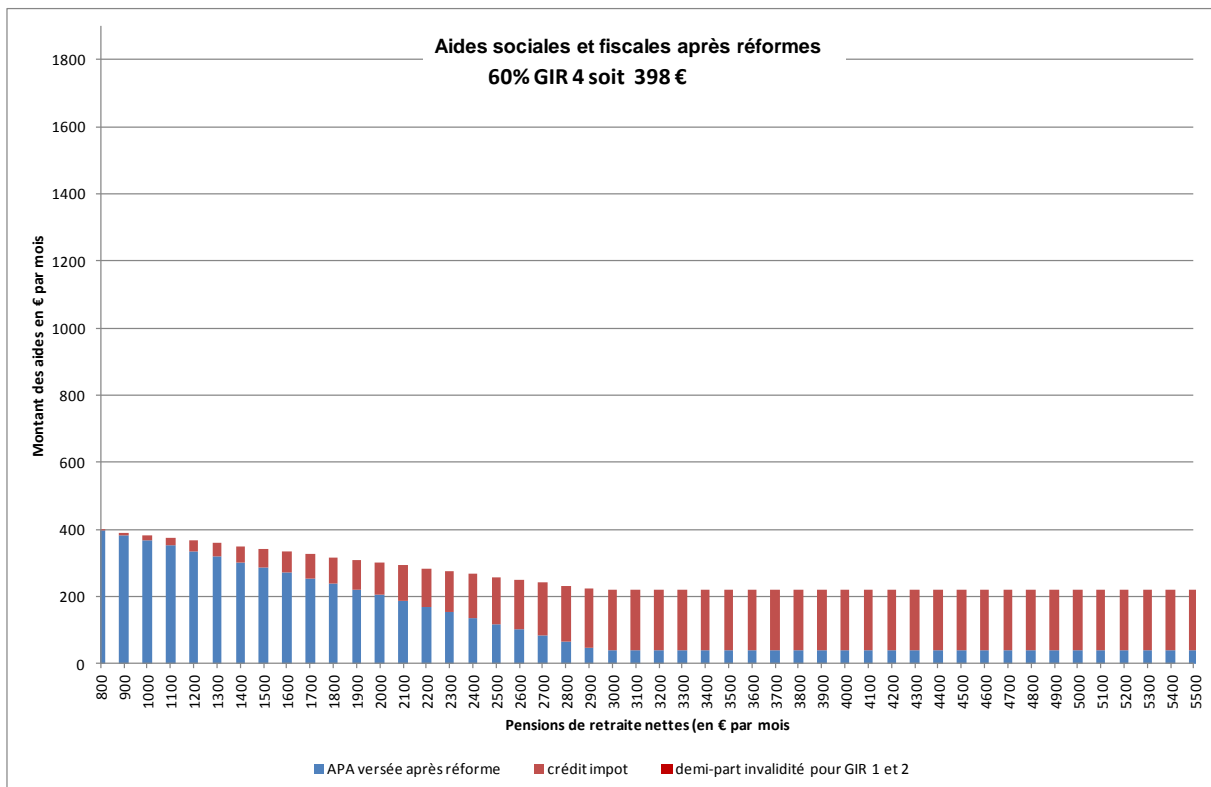
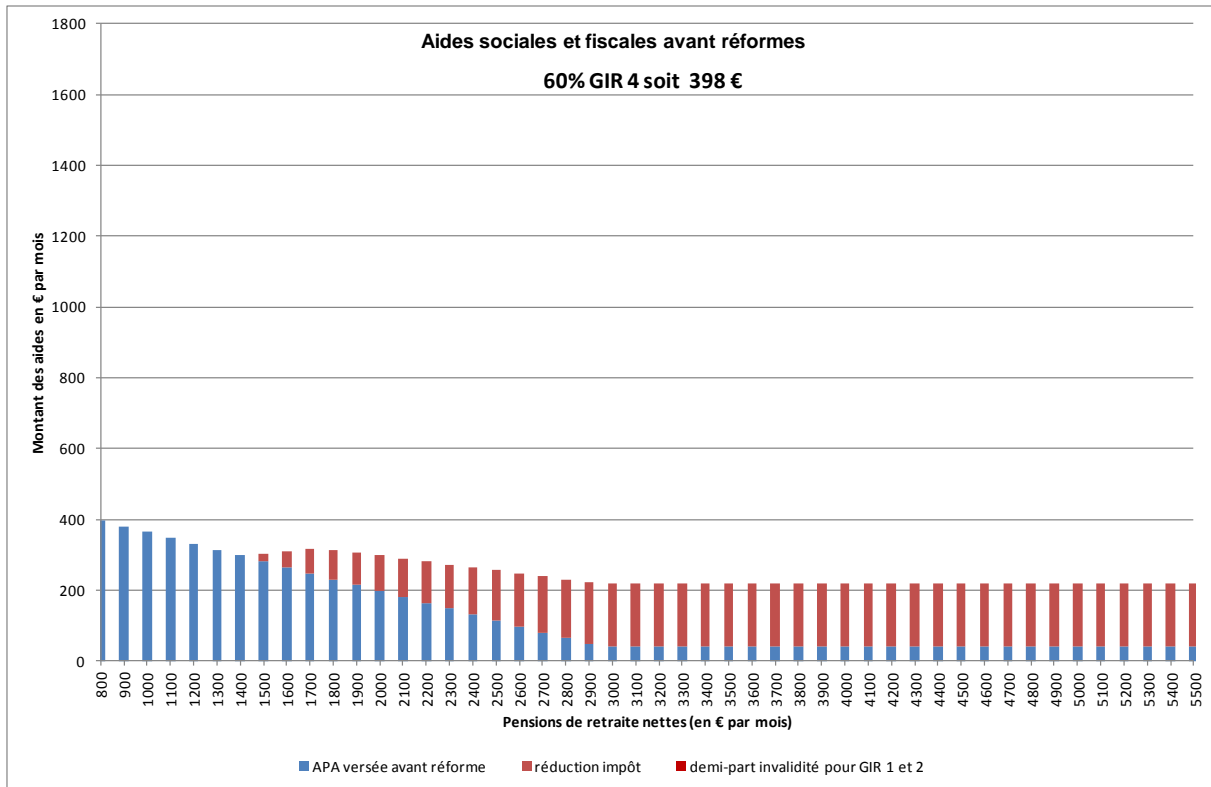
Situation maritale	isolé							
GIR	4							
Dépenses plan d'aide APA (% du plafond)	60%							
Dépenses effectives dépendance	398							
Pension de retraite nette (€ par mois)	800	1 500	2 200	2 900	3 600	4 300	5 000	5 500
Aides publiques avant réforme (en € par mois)								
- APA versée	398	281	164	47	40	40	40	40
- réduction d'impôt	-	22	117	175	179	179	179	179
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	-	-	-	-	-	-	-
Aides publiques après réforme (en € par mois)								
- APA versée	398	287	170	48	40	40	40	40
- crédit d'impôt	0	56	114	175	179	179	179	179
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	-	-	-	-	-	-	-
Gain réforme APA	0 €	6 €	6 €	1 €	- €	- €	- €	- €
Gain passage crédit d'impôt	0 €	33 €	3 €	0 €	- €	- €	- €	- €
Gain total	0 €	39 €	3 €	0 €	- €	- €	- €	- €

Situation maritale	isolé							
GIR	4							
Dépenses plan d'aide APA (% du plafond)	80%							
Dépenses effectives dépendance	530							
Pension de retraite nette (€ par mois)	800	1 500	2 200	2 900	3 600	4 300	5 000	5 500
Aides publiques avant réforme (en € par mois)								
- APA versée	530	375	219	63	53	53	53	53
- réduction d'impôt	-	22	156	234	239	239	239	239
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	-	-	-	-	-	-	-
Aides publiques après réforme (en € par mois)								
- APA versée	530	396	241	65	53	53	53	53
- crédit d'impôt	0	67	145	233	239	239	239	239
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	-	-	-	-	-	-	-
Gain réforme APA	0 €	21 €	22 €	2 €	- €	- €	- €	- €
Gain passage crédit d'impôt	0 €	45 €	11 €	1 €	- €	- €	- €	- €
Gain total	0 €	66 €	11 €	1 €	- €	- €	- €	- €

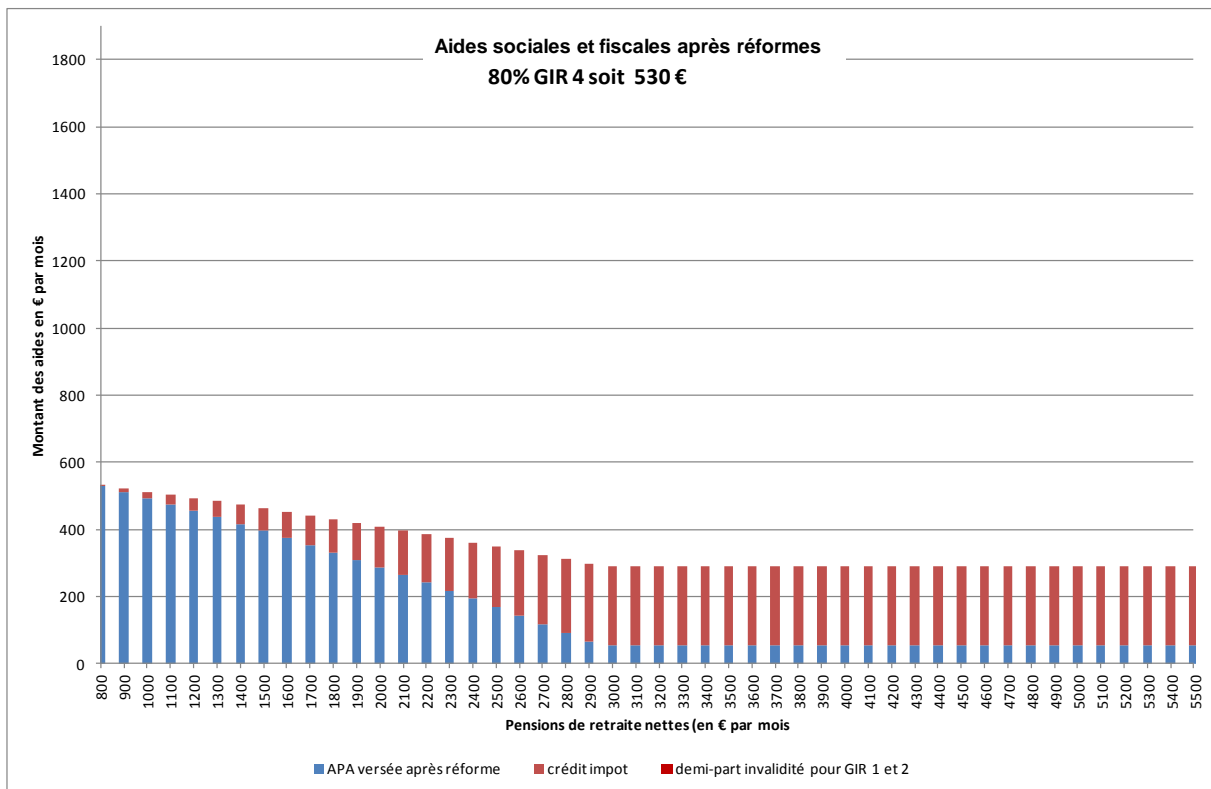
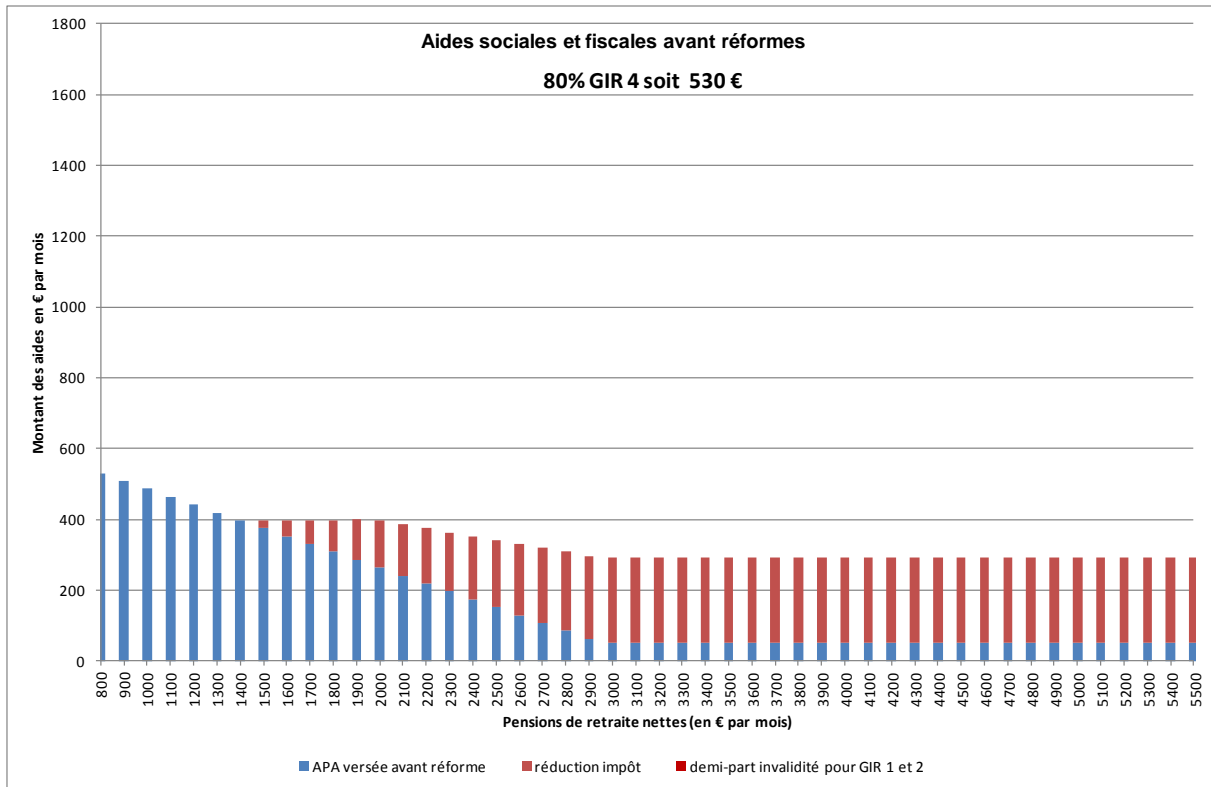
Situation maritale	isolé							
GIR	4							
Dépenses plan d'aide APA (% du plafond)	100%							
Dépenses effectives dépendance	663							
Pension de retraite nette (€ par mois)	800	1 500	2 200	2 900	3 600	4 300	5 000	5 500
Aides publiques avant réforme (en € par mois)								
- APA versée	563	398	232	67	56	56	56	56
- réduction d'impôt	-	22	173	298	303	303	303	303
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	-	-	-	-	-	-	-
Aides publiques après réforme (en € par mois)								
- APA versée	663	510	317	83	66	66	66	66
- crédit d'impôt	0	77	173	290	298	298	298	298
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	-	-	-	-	-	-	-
Gain réforme APA	100 €	112 €	84 €	16 €	10 €	10 €	10 €	10 €
Gain passage crédit d'impôt	0 €	54 €	0 €	8 €	5 €	5 €	5 €	5 €
Gain total	100 €	167 €	85 €	8 €	5 €	5 €	5 €	5 €

Situation maritale	isolé							
GIR	4							
Dépenses plan d'aide APA (% du plafond)	120%							
Dépenses effectives dépendance	796							
Pension de retraite nette (€ par mois)	800	1 500	2 200	2 900	3 600	4 300	5 000	5 500
Aides publiques avant réforme (en € par mois)								
- APA versée	563	398	232	67	56	56	56	56
- réduction d'impôt	-	22	173	337	370	370	370	370
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	-	-	-	-	-	-	-
Aides publiques après réforme (en € par mois)								
- APA versée	663	510	317	83	66	66	66	66
- crédit d'impôt	66	143	240	356	365	365	365	365
- demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2	-	-	-	-	-	-	-	-
Gain réforme APA	100 €	112 €	84 €	16 €	10 €	10 €	10 €	10 €
Gain passage crédit d'impôt	66 €	121 €	67 €	19 €	5 €	5 €	5 €	5 €
Gain total	166 €	233 €	151 €	35 €	5 €	5 €	5 €	5 €

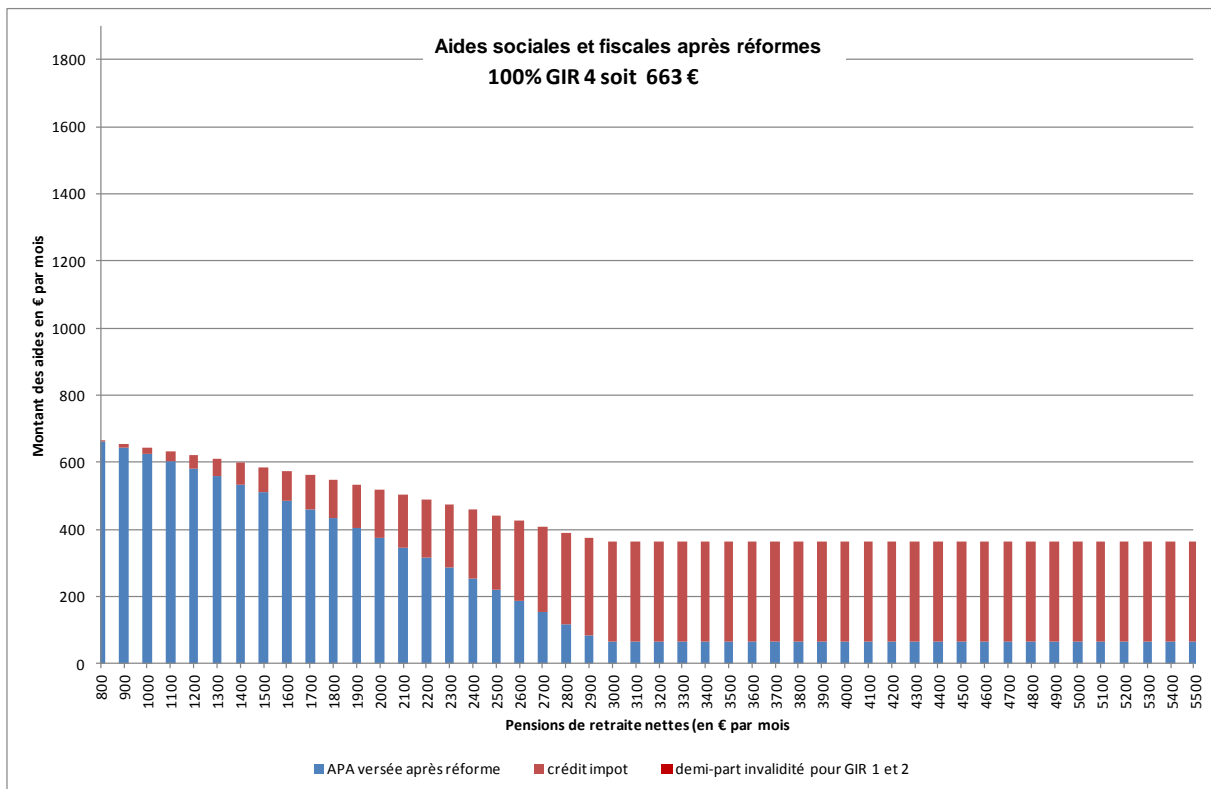
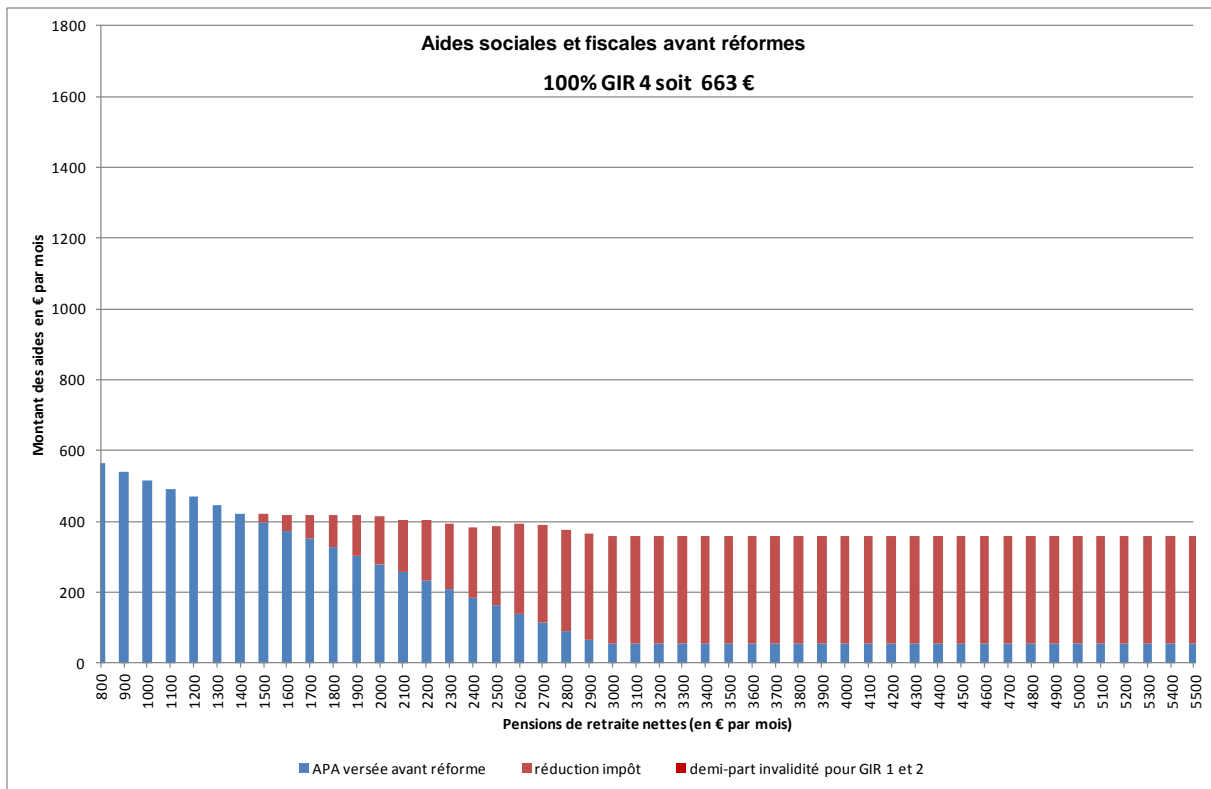
Cas type SG HCFEA, Législation 2016



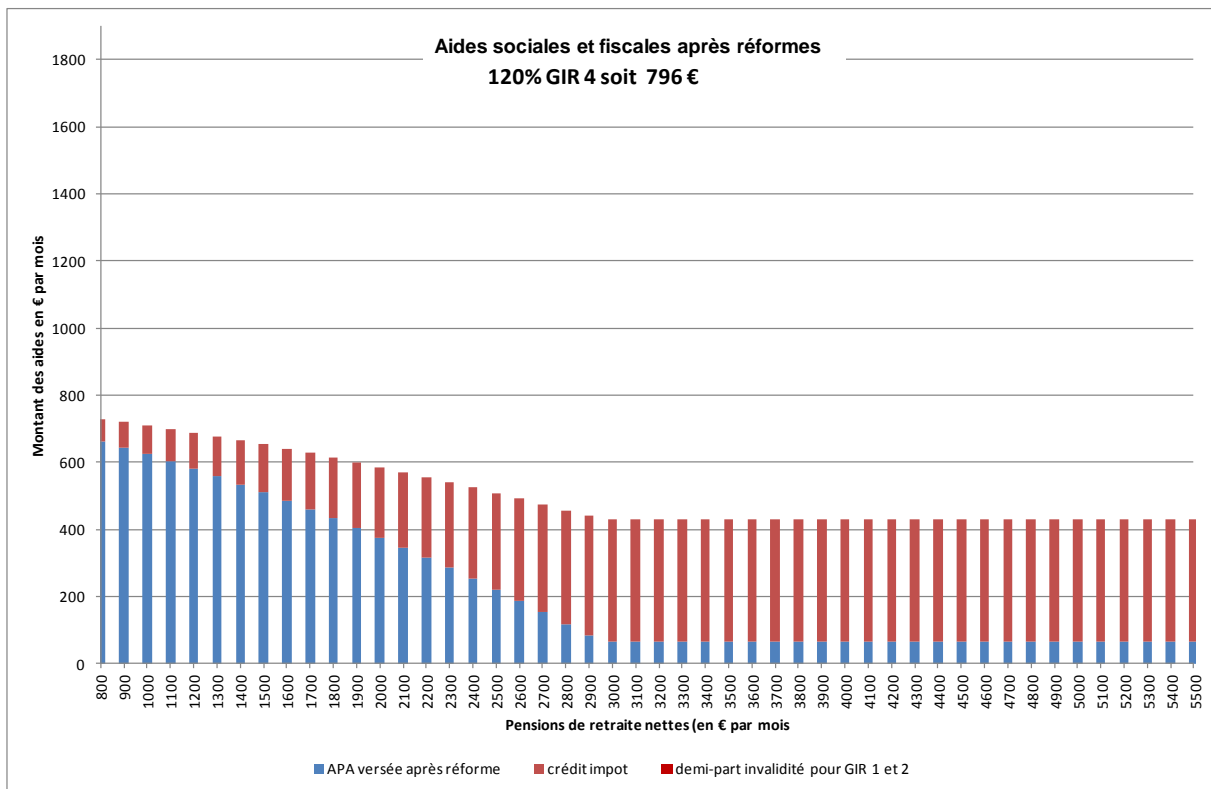
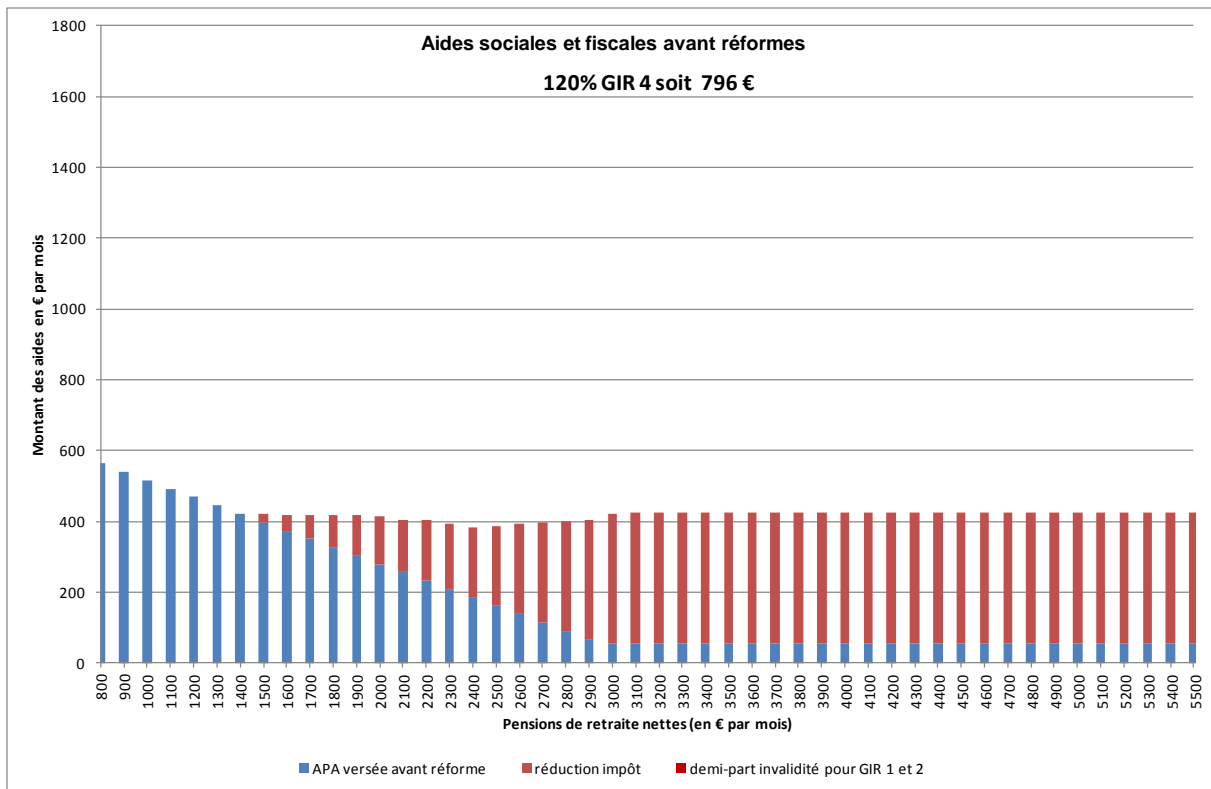
Cas type SG HCFEA, Législation 2016



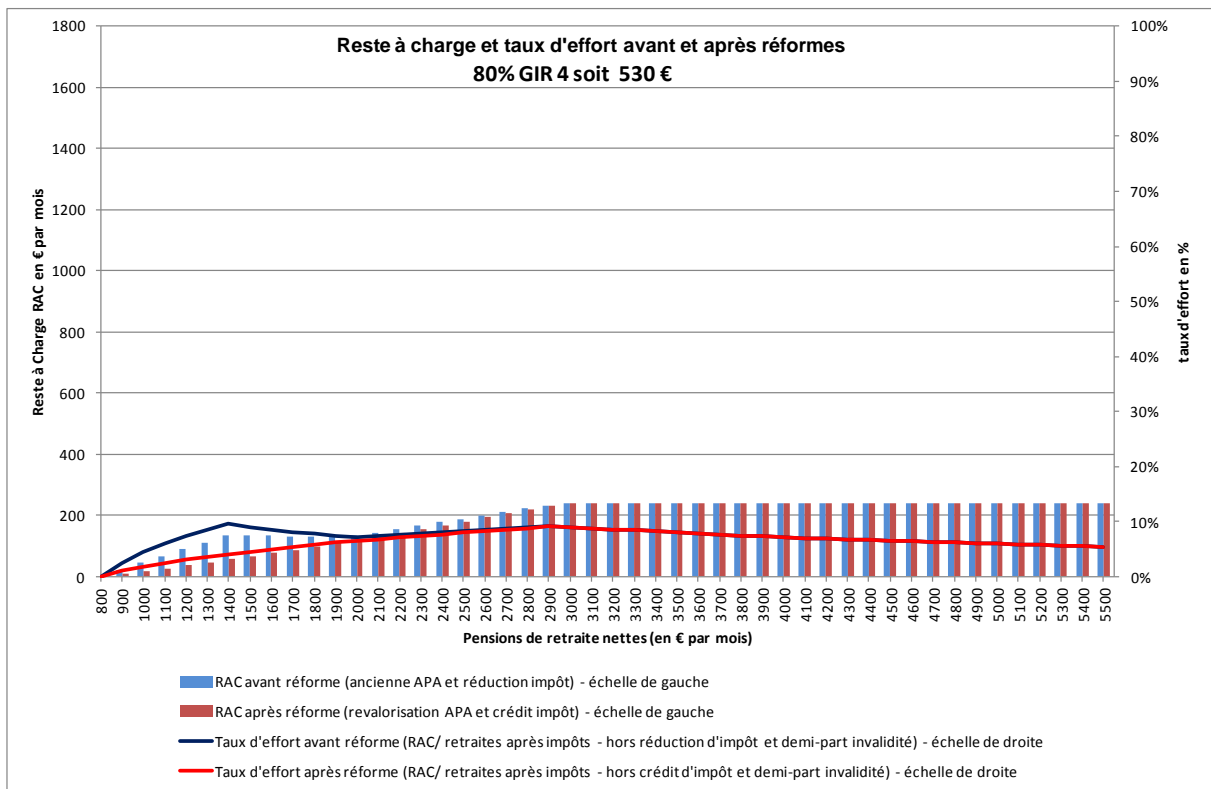
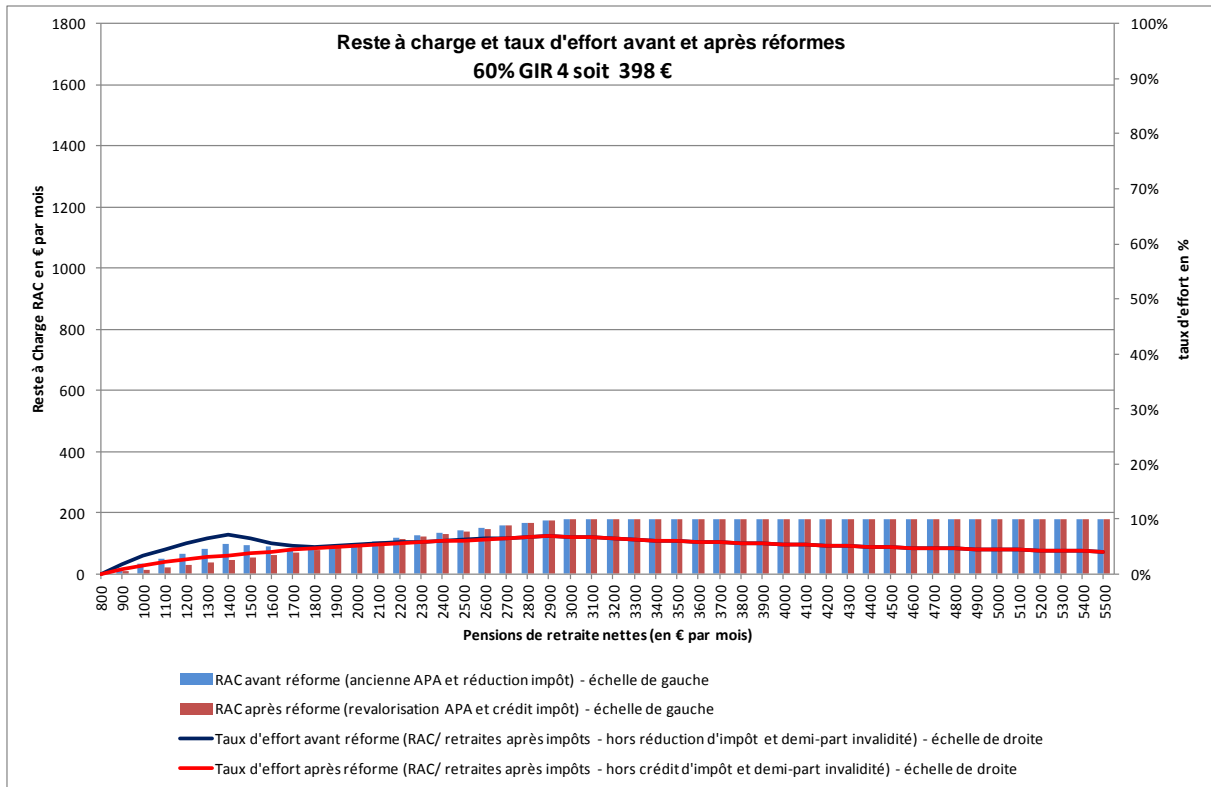
Cas type SG HCFEA, Législation 2016



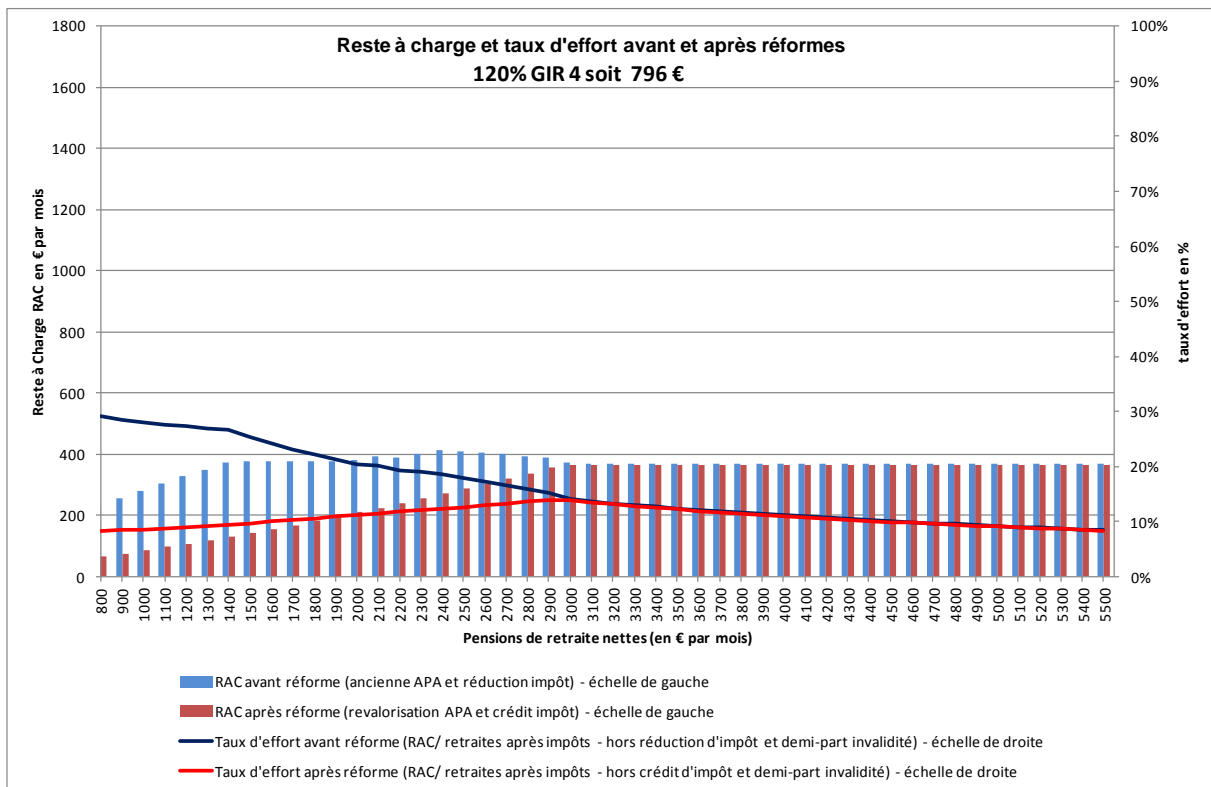
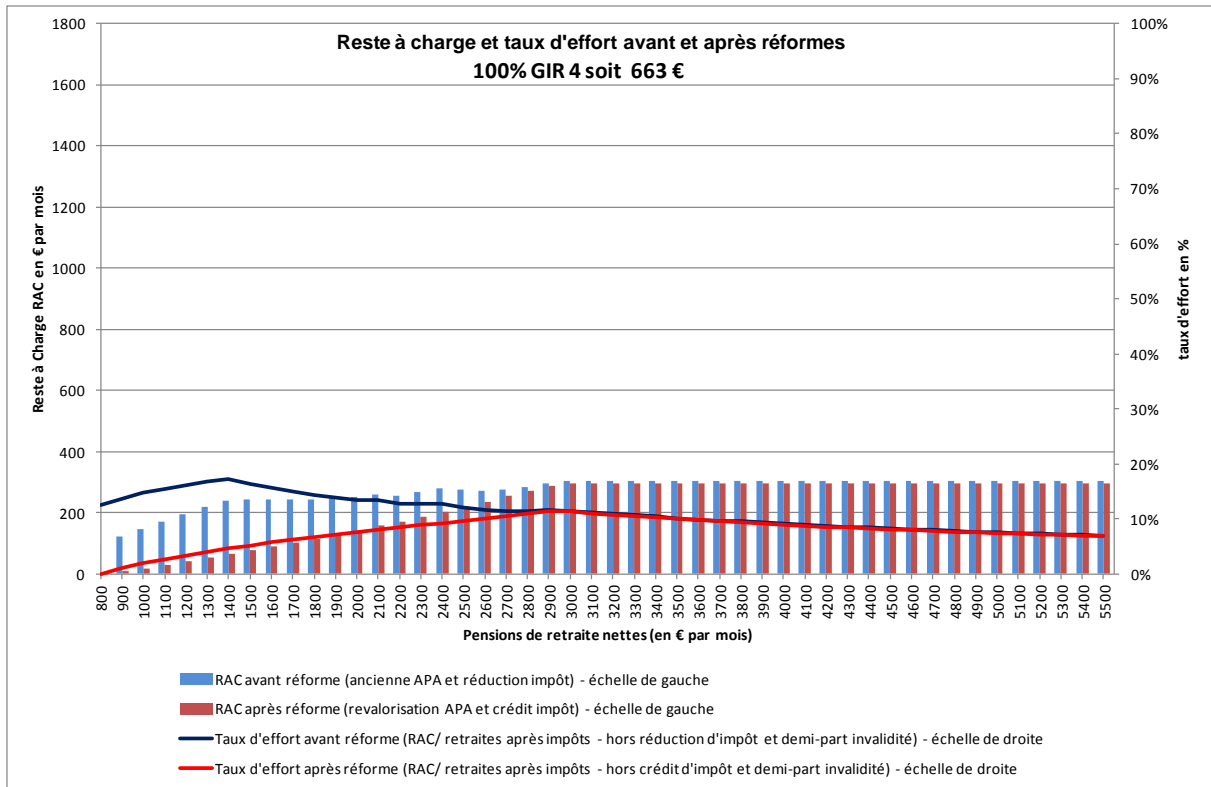
Cas type SG HCFEA, Législation 2016



Cas type SG HCFEA, Législation 2016



Cas type SG HCFEA, Législation 2016



Cas type SG HCFEA, Législation 2016