



CONSEIL DE L'AGE

ANNEXES AU RAPPORT SUR « LE RECOURS DES PERSONNES AGEES VULNERABLES AUX EMPLOIS ET SERVICES D'AIDE A DOMICILE »

ANNEXE 1

ARTICLE D7231-1 DU CODE DU TRAVAIL DECRIVANT LES ACTIVITES DE SERVICE A LA PERSONNE

- Modifié par [Décret n°2016-1895 du 28 décembre 2016 - art. 1](#)

I.-Les activités de service à la personne soumises à agrément, en application de l'article [L. 7232-1](#), sont les suivantes :

1° Garde d'enfants à domicile, en dessous d'un âge fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de l'économie et du ministre chargé de la famille ;

2° Accompagnement des enfants en dessous d'un âge fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de l'économie et du ministre chargé de la famille dans leurs déplacements en dehors de leur domicile (promenades, transport, actes de la vie courante) ;

3° Assistance dans les actes quotidiens de la vie ou aide à l'insertion sociale aux personnes âgées et aux personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques qui ont besoin de telles prestations à domicile, quand ces prestations sont réalisées dans les conditions prévues aux 1° et 2° de l'article [L. 7232-6](#) du présent code, à l'exclusion d'actes de soins relevant d'actes médicaux à moins qu'ils ne soient exécutés dans les conditions prévues à l'article [L. 1111-6-1](#) du code de la santé publique et du décret n° 99-426 du 27 mai 1999 habilitant certaines catégories de personnes à effectuer des aspirations endo-trachéales ;

4° Prestation de conduite du véhicule personnel des personnes âgées, des personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques du domicile au travail, sur le lieu de vacances, pour les démarches administratives quand cette prestation est réalisée dans les conditions prévues aux 1° et 2° de l'article [L. 7232-6](#) du présent code ;

5° Accompagnement des personnes âgées, des personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques, dans leurs déplacements en dehors de leur domicile (promenades, aide à la mobilité et au transport, actes de la vie courante) quand cet accompagnement est réalisé dans les conditions prévues aux 1° et 2° de l'article [L. 7232-6](#) du même code.

II.-Les activités de services à la personne soumises à titre facultatif à la déclaration prévue à [l'article L. 7232-1-1](#) sont, outre celles mentionnées au I du présent article et à l'article D. 312-6-2 du code de l'action sociale et des familles, les activités suivantes :

1° Entretien de la maison et travaux ménagers ;

2° Petits travaux de jardinage, y compris les travaux de débroussaillage ;

3° Travaux de petit bricolage dits " homme toutes mains " ;

4° Garde d'enfants à domicile au-dessus d'un âge fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de l'économie et du ministre chargé de la famille ;

5° Soutien scolaire à domicile ou cours à domicile ;

6° Soins d'esthétique à domicile pour les personnes dépendantes ;

7° Préparation de repas à domicile, y compris le temps passé aux courses ;

8° Livraison de repas à domicile ;

9° Collecte et livraison à domicile de linge repassé ;

10° Livraison de courses à domicile ;

11° Assistance informatique à domicile ;

12° Soins et promenades d'animaux de compagnie, à l'exception des soins vétérinaires et du toilettage, pour les personnes dépendantes ;

13° Maintenance, entretien et vigilance temporaires, à domicile, de la résidence principale et secondaire ;

14° Assistance administrative à domicile ;

15° Accompagnement des enfants de plus de trois ans dans leurs déplacements en dehors de leur domicile (promenades, transport, actes de la vie courante) ;

16° Téléassistance et visio assistance ;

17° Interprète en langue des signes, technicien de l'écrit et codeur en langage parlé complété ;

18° Prestation de conduite du véhicule personnel des personnes mentionnées au 20° du II du présent article, du domicile au travail, sur le lieu de vacances, pour les démarches administratives ;

19° Accompagnement des personnes mentionnées au 20° du II du présent article dans leurs déplacements en dehors de leur domicile (promenades, aide à la mobilité et au transport, actes de la vie courante) ;

20° Assistance aux personnes autres que celles mentionnées au 3° du I du présent article qui ont besoin temporairement d'une aide personnelle à leur domicile, à l'exclusion des soins relevant d'actes médicaux ;

21° Coordination et délivrance des services mentionnés au présent article.

III.- Les activités mentionnées aux 2°, 4° et 5° du I et aux 8°, 9°, 10°, 15°, 18° et 19° du II du présent article n'ouvrent droit au bénéfice du 1° de l'article [L. 7233-2](#) du code du travail et de l'[article L. 241-10 du code de la sécurité sociale](#) qu'à la condition que la prestation soit comprise dans une offre de services incluant un ensemble d'activités réalisées à domicile.

ANNEXE 2 PRESTATAIRE OU EMPLOI DIRECT, QUELLES DIFFERENCES ?

Tableau A2.1 – Prestataire ou emploi direct, quelles différences ?

		Prestataire	Emploi direct		
			Avec mandataire	Sans mandataire	
Emploi de l'intervenant domicile	de	Qui est l'employeur ?	Le service		
	à	Choix de l'intervenant	Par le service		
		Rédaction et signature du contrat de travail de l'intervenant	Le service	Le bénéficiaire (avec l'aide du service)	Le bénéficiaire
Organisation et du rémunération travail		Choix des créneaux d'intervention	Par le bénéficiaire et par le service		
		Gestion des bulletins de salaire, déclarations administratives	Le service	Le service	Le bénéficiaire
		Gestion des remplacements (congés ou maladie)	Le service (sans surcoût)	Le service peut proposer de nouveaux candidats (avec surcoût)	Le bénéficiaire
		Convention collective	Branche Aide à domicile	Particulier employeur	
		Formation du personnel	Le service	Le bénéficiaire (avec conseil possible du service)	Le bénéficiaire

Rupture du contrat	Y-a-t-il des surcoûts à la rupture du contrat de travail avec l'intervenant ?	Non	Oui (indemnité de licenciement)	
	Gestion des conflits en cas de licenciement	Le service	Le bénéficiaire (avec l'assistance du service)	Le bénéficiaire
Coût des interventions	Paiement	Facturation d'un coût global ⁽¹⁾	Salaires et charges liés à l'emploi + frais de gestion mensuels pour la délégation administrative	Salaires et charges liés à l'emploi
	Peut-on bénéficier de déductions fiscales ?	Oui	Oui (y compris sur les frais de gestion)	Oui

(1) Ce coût global inclut les salaires, cotisations sociales coordination des besoins et de l'organisation des interventions, accompagnement aux démarches administratives pour la mise des prestations, suivi qualité, management du personnel, réajustement et adaptation aux besoins, réponses aux demandes du client et de sa famille.

(2) Le choix du créneau d'intervention peut néanmoins être influencé par le plan d'aide et le fait que selon les départements, les jours et horaires d'intervention peuvent y être précisés.

ANNEXE 3 ELEMENTS DE CALCUL DU TAUX DE PRISE EN CHARGE PUBLIQUE DU COUT DES HEURES D'EMPLOI A DOMICILE (POPULATION DES PERSONNES AGEES DE 60 ANS ET PLUS)

Le taux de prise en charge publique du coût des heures d'emploi à domicile est calculé comme le ratio entre les dépenses publiques et le coût qui serait payé hors toute aide publique. Ce calcul nécessite plusieurs éléments. Certains ne sont pas directement disponibles et il est alors nécessaire de faire des hypothèses. En particulier, on ne dispose pas du nombre d'heures d'aide à domicile utilisées par la population des 60 ans et plus, ni leur coût. Il faut ventiler les grands agrégats disponibles couvrant une population plus large. L'estimation du taux de prise en charge est sensible aux hypothèses retenues.

1. Estimation du nombre d'heures d'aide à domicile des 60 ans et plus

1.1. Particuliers employeurs

Pour les particuliers employeurs, mandataires et emploi direct, on recense 267,1 millions d'heures rémunérées en 2017 par l'ensemble des particuliers de 60 ans et plus (tableau A3.1). Les « fragiles »¹ représentent 83% de ces heures (source : Acoess).

Tableau A3.1 – Nombre d'heures rémunérées² en 2017, selon le statut

	Non Fragiles	Fragiles	Ensemble	Part des fragiles
Nombre d'heures	46,1	221	267,1	83%

Source : Données Acoess

1.2. Services prestataires

On ne connaît pas le nombre d'heures des services prestataires à destination des personnes âgées de 60 ans et plus. On fait une approximation à partir du nombre total d'heures des services prestataires et du type d'activité déclaré, informations disponibles dans la Base NOVA³. En 2017, on dénombre 385,72 millions d'heures rémunérées en mode prestataire (France entière)⁴⁵. On calcule alors, à partir de la répartition par type d'activité (tableau A3.2), la part de ce total d'heures que l'on suppose affectée aux personnes âgées de 60 ans et plus :

¹ Au sens de l'article L. 241-10 (I) du code de la sécurité sociale. Sont concernées les personnes âgées de plus de 70 ans, les allocataires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de la majoration pour tierce personne (MTP) au titre d'une invalidité.

² Dans le cadre du Cesu, les congés annuels sont rémunérés sous la forme d'une majoration de 10% du salaire versé. En revanche, les particuliers utilisant la DNS versent un salaire et font une déclaration pour la période des congés du salarié. Afin d'homogénéiser les nombres d'heures de ces deux modes déclaratifs, le nombre d'heures déclarées par le Cesu a été augmenté de 10%. On obtient alors un nombre d'heures rémunérées et non un nombre d'heures travaillées pour tous les dispositifs

³ NOVA est la base de données nationale des organismes de services à la personne.

⁴ Kulanthaivelu E., 2020, « Les services à la personne en 2018. Légère baisse de l'activité, hausse du recours aux organismes prestataires », Dares Résultats, n°11.

- pour l'assistance aux personnes handicapées, on retient la proportion de bénéficiaires de la PCH âgés de 60 ans ou plus, soit 24 %⁶.

- on n'attribue pas aux personnes âgées d'heures de garde d'enfants, ni d'enseignement.

- pour le reste des activités (entretien de la maison, petit jardinage et bricolage, préparation de repas/Commissions, assistance informatique, assistance administrative et autres activités), on attribue les heures au prorata de la part des 60 ans et plus dans la population des 20 ans et plus, soit 33%.

On estime ainsi que 245 millions d'heures en mode prestataire sont destinées aux personnes âgées de 60 ans et plus (tableau A3.2), soit 63% des heures des services prestataires (49,1 %, soit près de 190 millions d'heures, si on ne considérait que le poste « Assistance aux personnes âgées »). Les résultats du calcul du taux de prise en charge publique du coût des heures d'emploi à domicile étant sensibles à l'hypothèse sur ce nombre d'heures, on fait une variante en divisant la part revenant aux personnes âgées par deux (hors activités « Assistance aux personnes âgées » - Hypothèse 2). On obtient 10% d'heures en moins. On suppose ici qu'un certain nombre de tâches, tels l'entretien de la maison, sont déjà prises en compte dans le poste Assistance aux personnes âgées.

Tableau A3.2 – Calcul des heures de services prestataires pour les 60 ans et plus, 2017

Type d'activité	Répartition par type d'activité en 2016 (en %) ⁷	Hypothèse (1)	Hypothèse (2)	Hypothèse (1)	Hypothèse (2)
		Part pour les 60 et + (%)		Nombre d'heures (60 et +) (millions)	
Assistance aux personnes âgées	49,1	100	100	189,5	189,5
Assistance aux personnes handicapées	8,3	24	24	7,7	7,7
Garde d'enfants et accompagnement	4,7	0		-	-
Entretien de la maison	26,3	33	16	33,4	16,2
Enseignement	0,5	0		-	-
Petit jardinage et bricolage	5,3	33	16	6,7	3,2
Préparation de repas/Commissions	1,4	33	16	1,8	0,9
Assistance informatique	0,2	33	16	0,3	0,1
Assistance administrative	0,2	33	16	0,2	0,1
Autres activités*	4,1	33	16	5,2	2,5
Total	100,0			244,8	220,3

* Les autres activités correspondent à la collecte/livraison de linge repassé ; livraison de courses ; maintenance, vigilance et entretien du domicile ; garde malade ; aide mobilité ; conduite de véhicule personnel ; accompagnement des personnes âgées et handicapées ; aide famille fragilisée ; soins esthétiques pour personnes dépendantes ; garde d'animaux pour personnes dépendantes ; interprète en langue des signes.

Champ : France entière.

Source : DGE, Nova (tableaux statistiques annuels) ; traitements Dares.

Source : Dares, 2018, « Les services à la personne en 2016 », Dares Résultats, n°17

⁵ Il s'agit d'heures rémunérées (heures prestées +10% pour tenir compte des congés payés), cf. Dares, 2015, Guide méthodologique Services à la personne, Collection des études régionales, n° 7

⁶ E. Baradji, 2019, « Parcours et profils des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap en 2016 Premiers résultats des remontées individuelles sur la PCH (RI-PCH) », Etudes et Résultats, N° 1117.

⁷ Dares, 2018, « Les services à la personne en 2016 », Dares Résultats, n°17

A titre indicatif, on peut estimer la part d'heures en mode prestataire destinée aux publics fragiles (bénéficiaires de l'APA, 70 ans et plus, ...) ⁸. On s'appuie pour cela sur les données suivantes de l'activité des services autorisés prestataires (sur un échantillon de 75 conseils départementaux) ⁹ dans le cadre de :

- l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) : 152 millions d'heures
- l'aide-ménagère au titre de l'aide sociale départementale : 4,9 millions d'heures
- la prestation de compensation du handicap (PCH) : 39,2 millions d'heures

Pour ventiler les heures PCH, on retient la part de bénéficiaires de la PCH parmi les 60 ans et plus, soit 24% ¹⁰. On aurait ainsi, au total, 167 millions d'heures pour les bénéficiaires de l'APA, de la PCH (60 ans et plus) et de l'aide-ménagère. Il reste à évaluer le nombre d'heures attribuées aux 70 ans et plus, considérées comme « fragiles » mais non inclus dans les bénéficiaires de l'APA, ni de la PCH, ni de l'aide-ménagère ci-dessus. On retient comme clé de répartition la part des heures des 70 ans et plus parmi les particuliers employeurs non fragiles de 60 ans et plus, soit 75%.

On aurait alors (225,0/244,8) pour les fragiles, soit 92 % des heures de prestataire à destination des 60 ans et plus destinées aux publics fragiles. Sur l'ensemble, 87% des heures des particuliers employeurs et des services prestataires pour les 60 ans et plus seraient allouées aux personnes âgées « fragiles » (tableau A3.3).

Tableau A3.3 - Répartition des heures rémunérées, publics fragiles et non fragiles

	Particuliers employeurs (2017)	Prestataires (2017-2018) (hyp 1 – tableau A3.2)	Ensemble
Non Fragiles	46,1	19,8	65,9
Fragiles	221,0	225,0	446,0
Dont APA	65,4	152,4	217,8
70 ans et plus	134,9	63,1 ^(c)	198,0
Autres	20,7 ^(a)	9,4^(b)	30,1
Ensemble	267,1	244,8	511,9
% des heures pour les Fragiles	82,7%	92%	87,2 %

En gras, les données dont on dispose, le reste est estimé

(a) Autres exonérations

(b) PCH pour les 60 ans et plus

(c) On inclut l'aide-ménagère au prorata de la répartition par âge des bénéficiaires

⁸ Source : présentation de de la DGCS, 2018, « Journée d'échanges avec les départements. Travaux relatifs à l'allocation de ressources des SAAD ».

⁹ Ces données sur le nombre d'heures sont à considérer avec précaution et reportées à titre indicatif.

¹⁰ E. Baradji, 2019, op. cité.

2. Coût d'une heure rémunérée sans aucune aide publique

Pour les particuliers employeurs à domicile, le salaire net (hors congés payés), versé par les bénéficiaires d'une exo APA s'élève à 9,2 €, à 10,8 € pour les bénéficiaires d'une exonération au titre des 70 ans et plus, à 9,5 € pour les bénéficiaires d'autres types d'exonération et à 10,5 € pour les non « fragiles » (tableau A3.4).

Tableau A3.4 – Salaires nets versés (hors congés payés) suivant le type d'exonérations en 2017

		Fragiles		Non fragiles	Ensemble
	APA	70 ans et plus	Autres exos		
2017	9,2	10,8	9,5	10,5	10,3
T2 2019	9,6	11,2	9,9	10,9	

Source : Acoess Stat, n° 297

En pondérant par le nombre d'heures de chacune des exonérations, le salaire net versé s'élève en 2017, à 10,3 euros. On ajoute les cotisations salariales (salaire brut = 13,3 €) et patronales avec exonération (superbrut = 15 €). Sans exonération, le salaire superbrut serait de 18,7 euros de l'heure (soit 3,7 euros d'exonération par heure). D'après le tableau A3.5, l'exonération est environ égale à 3,4 euros par heure rémunérée pour les exonérations APA et les exonérations 70 ans et plus (le montant de l'exonération 70 ans et plus est plafonnée).

Tableau A3.5– Montant des exonérations suivant le type d'exonérations, 2017

	Assiette brute (2)	Masse des exonérations (1)	Taux d'exonération
70 ans et plus	1902	455	23,9%
APA	769	220	28,6%
Déduction forfaitaire (tous les âges)	2 964	408	13,8%
Autres exonérations (tous les âges)	654	187	28,6%

Source : Acoess Stat, 279

On retient 18,4 € comme coût (hors aide publique) de l'heure pour les particuliers employeurs.

Pour les services prestataires, on calcule un prix pondéré à partir des données de la DGCS 2018¹¹ :

APA : 19,29 (Service non HAS - 25% de l'activité APA) – 21,67 (Services HAS - 75% de l'activité APA) soit 21,07 - Aide Sociale : 20€50 ; PCH 18€35 (49%) et 21€74 (51%). On ne sait pas combien est facturée l'heure pour les publics non fragiles. La part majoritaire des heures étant APA, on prend 21,07 de prix facturé et on majore ce tarif de l'exonération de cotisations patronales. Le coût (hors aide publique) prestataire serait alors d'environ 24 euros.

Quel que soit le mode d'intervention (emploi direct et prestataire), le coût de production serait de 21,1 €, soit un coût total de production des 511,9 millions d'heures d'emploi à domicile (dans l'hypothèse haute) de 10,8 milliards d'€.

¹¹ DGCS, 2018, op. cité

3. Montant des aides publiques

Exonérations des cotisations patronales 70 ans et plus

Les exonérations de cotisations patronales s'élèvent à 1,75Md€ en 2017, dont 843 millions pour les particuliers employeurs et 910 millions¹² d'euros pour les associations ou entreprises auprès d'un public fragile. Pour les particuliers employeurs, les exonérés au titre du bénéfice de l'APA représentent 25% du total des exonérations, les 70 ans et plus 55% et les autres bénéficiaires d'exonérations 22% (tableau A3.6). On estime qu'environ la moitié de ces derniers sont âgés de moins de 60 ans, soit 11% de la masse des exonérations. Nous n'avons pas d'information du côté des services prestataires, on suppose donc une clé de répartition similaire, soit 11%. Le total des exonérations pour les 60 ans et plus serait donc de $1,75 * 0,89 = 1,5575$ mds d'euros.

Tableau A3.6 - Montant des exonérations par type, en 2017

	Type d'exonérations			Ensemble
	70 ans et plus	APA	Autres ^(a)	
Effectifs (en milliers) au 4 ^{ème} trimestre	682	127	76	885
Exonérations (en millions d'euros) ^(b)	455	220	187	862

Source : Acoff, 2018, « L'activité des particuliers employeurs reste en baisse en 2017 malgré le dynamisme de la garde d'enfants à domicile », Acoff Stat, N° 279

Note : (b) Ce montant ne comprend pas les exonérations des heures supplémentaires instituées par la loi TEPA entrée en vigueur le 1er octobre 2007. En outre, les montants d'exonération présentés ici sont rattachés aux périodes d'emploi de l'année et diffèrent ainsi des données comptables diffusées par ailleurs.

Déduction forfaitaire de 2 euros (2017) : environ 77 M€s (nombre d'heures des particuliers employeurs à domicile non fragiles en 2017)¹³, déduction faite des heures de congés payés qui ne bénéficient pas de la déduction forfaitaire.

Crédit d'impôt : sur données de revenus 2017, la DGFIP indique 2,58 milliards de crédit d'impôt pour les 65 ans et plus. Pour tenir compte des 60-64 ans, on ajoute l'équivalent du montant indiqué pour les 65-69 ans soit environ 330 millions. On obtient ainsi 2,91 milliards d'€ de crédit d'impôt pour les 60 ans et plus.

APA : 3,477 mds d'€ de dépenses brutes d'APA en 2017 (L'aide et l'action sociale en France, 2019, Drees). On suppose que 90% concernent de l'aide humaine, soit 3,1 Mds €.

Action sociale CNAV et aide-ménagère des départements : 341 millions d'euros pour la CNAV (rapport Action Sociale 2019, CNAV) et 80,5 millions d'euros en 2017 pour l'aide-ménagère (brute) des départements (source enquête Aide Sociale 2017).

¹² Respectivement, fiche n°31 - Aide à domicile employée par un particulier fragile (emploi direct ou mandataire) et fiche n°32 - Aide à domicile employée par une association ou une entreprise auprès d'une personne fragile, annexe 5, PLFSS 2020.

¹³ Envoi données Acoff (ventilation fragiles / non fragiles par âge).

ANNEXE 4

LES DISPOSITIFS D'INFORMATION, DE COORDINATION ET D'INTEGRATION DU PARCOURS DES PERSONNES AGEES

1) LES DISPOSITIFS DE COORDINATION AUTOUR DE LA PERSONNE

On distingue comme dispositifs institutionnalisés sur les territoires :

- les points d'information locaux dénommés le plus souvent **Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) ou coordination gérontologique**. Initiés de façon expérimentale en 2000, les CLIC ont été reconnus légalement par la loi du 20 juillet 2001 instituant l'allocation personnalisée d'autonomie. Inscrits au cœur des territoires et du développement local comme instruments de la coordination formalisée par le schéma gérontologique, ces centres sont des structures d'accueil de proximité¹⁴ ayant pour missions l'**accueil**, l'**écoute**, l'**information**, le **conseil** et le **soutien** aux personnes âgées et à leurs familles. Ils assurent ainsi l'information sur les démarches à accomplir (demande d'APA, demande de mise sous protection juridique) et l'orientation de la personne âgée ou son aidant vers les services existants (portage de repas, SAAD, établissements, etc.). Certains CLIC peuvent également développer d'autres types d'accompagnement, tels que l'évaluation des besoins d'aide, l'élaboration et le cas échéant, le suivi d'un plan d'accompagnement. Environ 600 aujourd'hui¹⁵, ces dispositifs travaillent en lien avec les professionnels de la gérontologie du secteur et les services et établissements du territoire qu'ils couvrent. Ils doivent également s'articuler avec les autres dispositifs de parcours, de coordination, d'intégration initiés ces dernières années et décrits ci-dessous ;
- **le dispositif MAIA** créée de façon expérimentale dans le cadre du 3^{ème} plan Alzheimer 2008-2012 pour les personnes atteintes de maladies dégénératives puis généralisé à l'ensemble des personnes âgées et consacré par la loi ASV en 2015 sous le vocable de Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Cette méthode associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche d'**intégration des services d'aide et de soins**. Actuellement, 98 % du territoire français est couvert par 352 dispositifs MAIA.

¹⁴ Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) : « Selon la configuration locale, le CLIC concernera ainsi une population de l'ordre de 7 000 à 10 000 personnes âgées de 60 ans et plus en milieu rural et de 15 000 en milieu urbain »

Le dispositif MAIA

Les principaux enjeux de la méthode MAIA sont :

- la continuité des parcours des personnes âgées – autrement dit, éviter les ruptures de prise en charge – dans un environnement complexe qui mobilise de nombreux professionnels de disciplines différentes (secteur social, médico-social et sanitaire) ;
- la prise en charge des situations complexes par un professionnel formé et dédié, le gestionnaire de cas ;
- le soutien à domicile des publics concernés, aussi longtemps que possible et dans les meilleures conditions.

Cette approche doit permettre d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse.

- **le programme PAERPA** (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) qui optimise la coordination des professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) autour de la personne âgée de 75 ans et plus identifiée comme fragile ou en perte d'autonomie en lui proposant un plan personnalisé de santé. Initialement, neuf territoires pilotes avaient été retenus en 2014 dans le cadre du dispositif Paerpa. En 2016, afin de porter la logique de parcours de santé à l'ensemble du territoire français, une extension *a minima* à un territoire Paerpa par région est programmée.

Le Parcours de santé des aînés ou dispositif PAERPA

Le Paerpa, parcours de santé des aînés, est déployé depuis 2014 sur des territoires pilotes. Il s'agit d'un dispositif innovant qui s'adresse aux personnes, âgées de 75 ans et plus, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social.

La démarche Paerpa a pour objectif de maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne. Son rôle est de faire en sorte que chaque Français, âgé de 75 ans et plus, reçoive les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût.

En partant des besoins de la personne et de ses aidants, cette action est rendue possible en agissant en amont de la perte d'autonomie par un repérage des principaux facteurs d'hospitalisation évitables (dépression, chute, problèmes liés aux médicaments) et en optimisant la coordination des professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) autour de la personne âgée.

Le PAERPA mobilise plusieurs outils de coordination entre les acteurs, notamment le plan personnalisé de santé (PPS) qui définit les actions sanitaires et sociales à mener et la coordination territoriale d'appui (CTA) qui assure l'information et l'accompagnement des professionnels, des personnes âgées et de leurs aidants. Elle offre un service de guichet unique pour les orienter vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du

territoire.

La CTA est le cas échéant adossée aux structures préexistantes sur le territoire : centres locaux d'information et de coordination (CLIC), maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), réseaux.

L'IRDES¹⁶ a mené une évaluation des résultats économiques et médicaux des projets pilotes, à partir d'indicateurs de recours hospitalier, notamment la durée cumulée de séjours et la ré-hospitalisation, et de soins primaires. L'analyse de l'écart entre les résultats des 9 territoires PAERPA et 12 régions non concernées par PAERPA ne permet pas de conclure à un impact de PAERPA. L'absence d'effet moyen significatif propre à Paerpa sur les données de 2015 et de 2016 correspondant à la montée en charge des expérimentations conduit l'IRDES à des conclusions prudentes en l'attente d'une période d'observation plus longue.

La Drees a quant à elle mené une enquête qualitative du programme PAERPA¹⁷ et conclut de façon encourageantes mais prudentes que *« dans l'ensemble, un mouvement positif est engagé, donnant à voir des perspectives d'évolution importantes à travers une approche parcours et un décloisonnement des différentes parties prenantes. [...] Le travail d'évaluation qualitative met en évidence l'engagement de dynamiques territoriales positives, de premiers résultats confirmant des besoins préalablement identifiés et certaines réalisations produisant des effets encourageants (soutien apporté aux professionnels de santé libéraux par la CTA, découverte de pratiques professionnelles auparavant ignorées, intérêt manifeste pour les dispositifs transitoires entre hôpital et EHPAD ou entre hôpital et domicile,...). [...] L'ampleur du mouvement souhaité ne peut pour autant pas se réaliser sur une temporalité de deux à trois ans et la poursuite de l'effort engagé apparaît indispensable »*.

Si les deux dispositifs MAIA et PAERPA ne ciblent pas les mêmes personnes théoriquement (la méthode MAIA concerne les personnes âgées en perte d'autonomie de plus de 60 ans et le programme Paerpa les personnes âgées en risque de perte d'autonomie de plus de 75 ans), dans les faits, les actions développées dans le cadre des deux dispositifs concernent généralement des personnes en perte d'autonomie et ayant des problèmes de santé potentiellement importants. Une certaine confusion peut donc exister tant pour les acteurs professionnels que pour les personnes âgées elles-mêmes et leurs proches aidants.

Le rapport d'évaluation qualitative du programme PAERPA menée par la Drees en 2017¹⁸ fait ainsi *« apparaître en ce qui concerne la démarche projet et la gouvernance, la nécessité de travailler spécifiquement à l'articulation des programmes Paerpa et MAIA, à la fois localement et au niveau national. Il s'agit d'éviter que les porteurs se retrouvent en compétition pour l'attention des partenaires comme cela a pu être le cas dans certains territoires, ou que les actions spécifiques aux différents programmes (l'activité d'animation territoriale MAIA ou la dimension de prévention de Paerpa) ne soient pas pleinement développées et laissées de côté dans les cas où, au contraire, les deux programmes font l'objet d'un développement conjoint.*

¹⁶ Source : Question d'économie de la santé n°235, 2018, IRDES

¹⁷ Sébastien Gand, Elvira Periac, Marie-Aline Bloch, Léonie Henaut, 2017, « Évaluation qualitative PAERPA - RAPPORT FINAL », Document de travail, Série Études et recherche, n°135, Drees, Mai.

¹⁸ Op. cité

On peut constater que ces approches ont des apports respectifs complémentaires : pour la méthode MAIA, une approche populationnelle plus développée, une meilleure formation des professionnels portant les approches parcours ; à l'inverse le programme Paerpa semble plus solide sur les volets de la gouvernance et de la conduite de projet quand il y a une forte implication de l'ARS, sur le déploiement de systèmes d'information et bénéficie grâce à ses financements plus importants d'une offre de service interstitielle complémentaire incitative pour les professionnels de soins primaires. Cependant, on peut constater un risque de redondance au niveau de la gouvernance et du diagnostic territorial s'ils ne sont pas articulés, voire fusionnés. »

2) LES DISPOSITIFS DE COORDINATION ENTRE PROFESSIONNELS

Créés dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé de 2016, les **plates-formes d'appui (PTA)** apportent des fonctions d'appui à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes, quel que soit leur âge, leur pathologie ou handicap. Elles sont organisées en soutien des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux par les agences régionales de santé (ARS) en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers. Les PTA interviennent en subsidiarité des ressources d'appui à la coordination présentes sur le territoire (gestion de cas MAIA, réseaux de santé, CLIC, CTA de Paerpa), les mettent en cohérence et les articulent. Elles contribuent à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours. Trois missions principales guident la PTA :

- l'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire ;
- l'appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient ;
- le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

Certaines ARS se sont fixées pour objectif de couvrir l'ensemble de leur territoire de PTA¹⁹, grâce notamment à la transformation de certaines structures existantes (réseaux gérontologiques, réseau cancérologie) en PTA. Le déploiement est en cours et reste inégal. Au niveau des acteurs de terrain, la connaissance des PTA se fait de façon progressive mais les PTA ne semblent pas encore assez exploitées alors qu'elles présentent un intérêt pour se connaître, s'alerter et traiter des cas complexes.

Les PTA sont souvent mises en place sur les territoires en s'appuyant sur les initiatives des professionnels : professionnels de santé de ville et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) visant au maintien à domicile.

Créées également par la loi de 2016, les CPTS sont le fruit de l'initiative de professionnels²⁰ exerçant en maison de santé ou organisés, le cas échéant, en équipes de soins primaires, auxquels viendront s'adjoindre, selon les projets des fondateurs de la communauté, des acteurs du premier et/ou du second recours, et/ou des acteurs médico-sociaux et sociaux. Ils se regroupent autour d'un projet médical et médicosocial commun. Intervenant sur un périmètre

¹⁹ L'ARS PACA avait ainsi prévu pour fin 2018 un maillage intégral de son territoire avec 9 PTA au total.

²⁰ Les ARS ont un rôle essentiel à jouer pour faire émerger les projets et accompagner les porteurs de projets. Elles peuvent également intervenir, de manière subsidiaire, en lien avec les URPS, pour susciter des initiatives en l'absence de propositions émanant des acteurs.

géographique plus petit que les PTA, les communautés ont pour objectif de concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients dans un souci de continuité, de cohérence, de qualité et de sécurité des services de santé, par une meilleure coordination des acteurs qui la composent.

Au démarrage, les CPTS se sont insuffisamment développés faute de financement pérenne associé et d'incitation suffisante à rejoindre le réseau. Leur déploiement s'accélère depuis plus d'un an (on comptait en mai 2019 308 projets de CPTS, soit plus de une augmentation de 25 % entre décembre 2018 et avril 2019). Les CPTS constituent une mesure phare du plan de transformation du système de santé « Ma santé 2022 » qui en prévoit 1 000 autres d'ici 2022. Un accord conventionnel interprofessionnel a été signé entre l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie (Uncam) et les syndicats représentatifs des différentes professions de santé le 20 juin 2019 pour donner un cadre pérenne de financement aux CPTS.

ANNEXE 5

QUELQUES ELEMENTS DE BILAN DU « RAPPORT D'ETAPE SUR L'EVALUATION DES EXPERIMENTATIONS MENEES SUR LES SPASAD INTEGRES » DE LA DGCS, JUIN 2019

« 338 SPASAD intégrés ont signé un CPOM-SPASAD permettant l'entrée dans l'expérimentation ». Si l'expérimentation a permis la création de 244 SPASAD supplémentaires ce qui montre une certaine vitalité, le nombre total de SPASAD reste relativement faible au regard du nombre total de SAAD et de SSIAD existants (respectivement environ 7 000 et 2 000-2 200). Par ailleurs, les disparités régionales restent fortes (ex : 2 SPASAD en Corse contre 70 en Auvergne-Rhône-Alpes). Il y a donc encore une marge de développement important sur les territoires.

Les SPASAD ont pris en charge près de 154 000 personnes au premier semestre 2018 dont en moyenne 78,4 % pour une seule prestation d'aide à domicile, 12,1 % pour une seule prestation de soins et encore seulement 9,5 % pour les deux prestations.

Les SPASAD intégrés ont pris en charge à 95 % des personnes âgées (et donc 5 % seulement de personnes en situation de handicap), pour des prestations à domicile centrées sur l'aide et l'accompagnement, notamment des services ménagers et de manière plus large venant en appui de la personne pour exercer des activités ordinaires de la vie et les actes essentiels de la vie quotidienne.

L'activité des SAAD ayant rejoint l'expérimentation à destination des publics fragiles représente un volume d'environ 39 600 000 heures de prise en charge et représentait un total de 34 380 places.

Les avantages des SPASAD sont connus et nombreux : mieux intégrer les prestations de soin et d'aide à domicile, limiter le nombre d'interlocuteurs pour la personne concernée, libérer les infirmiers des tâches administratives, limiter l'isolement des prestataires de services d'aide à domicile qui seraient intégrés dans une même chaîne gérontologique, proposer des perspectives professionnelles aux salariés des SAAD.

Les remontées des SPASAD expérimentateurs font état de bénéfices pour les usagers :

- « un accès facilité aux prestations d'aide et de soins, une meilleure visibilité des structures grâce à la mise en place d'un guichet unique qui allège les démarches ;
- une évaluation globale des besoins de la personne ;
- une meilleure coordination entre les intervenants qui sécurise patients et aidants ;
- une meilleure prise en charge des situations complexes et amélioration de la fluidité des parcours ».

Pour les professionnels, les avantages sont réels :

- « une amélioration de l'organisation du travail grâce à une meilleure concertation entre intervenants, une planification des interventions communes et une mutualisation des moyens ;
- un sentiment de plus grande sécurité au travail et de moindre isolement ;
- une amélioration des prises en charge liées au partage de compétences et d'information entre les intervenants de l'aide et du soin ;
- un sentiment de faire un travail de meilleure qualité ;
- une meilleure connaissance et reconnaissance du travail de chacun ».

Le développement de SPASAD intégrés a également permis la création d'outils communs (outil de planification mutualisé, outil d'évaluation commun des personnes accueillies, messagerie sécurisée pour faciliter l'échange de données entre les différents intervenants), la mise en place de réunions de coordination sur les situations (12 en moyenne par semestre en 2018 et par SPASAD), de visites en

binôme aide et soins, d'actions de prévention à destination des personnes âgées mais également de leurs aidants (37 actions par SPASAD au 1^{er} semestre 2018), d'actions de formation à destination des professionnels (bienveillance, prévention des risques professionnels).

ANNEXE 6

PRINCIPAUX CONSTATS ISSUS DU « PLAN DE MOBILISATION NATIONALE EN FAVEUR DE L'ATTRACTIVITE DES METIERS DU GRAND AGE 2020-2024 » DE MME MYRIAM EL KHOMRI, OCTOBRE 2019

Ce rapport aborde de façon détaillée les conditions de travail des salariés en établissement et à domicile. Il concentre son analyse et ses orientations sur deux métiers du grand âge, où les besoins et les tensions sur le recrutement sont forts, à savoir celui d'aide-soignante et d'accompagnant éducatif et social à domicile. Il n'aborde pour ainsi dire pas les problématiques des professionnels et métiers dans l'emploi direct et mandataire (salariés du particulier employeur).

Nous en reprenons ici quelques extraits même si certains concernent aussi bien les professionnels en établissement qu'à domicile :

« Le déficit d'attractivité des métiers du grand âge apparaît criant et tend de surcroît à se renforcer. Ses causes sont éclairées par les enquêtes menées auprès des employeurs : à domicile, celles-ci font ressortir par ordre de citation, l'insuffisance des rémunérations, l'organisation du travail et les horaires de travail, la pénibilité psychique et physique et les temps partiels. »

Des rémunérations durablement faibles

« Les rémunérations des aides-soignants et plus encore des accompagnants à domicile proposées dans le cadre des branches sont dans l'ensemble faibles ».

« Dans plusieurs conventions collectives, les salaires de base des premiers niveaux d'emploi sont inférieurs au SMIC. C'est notamment le cas dans la convention de la branche aide à domicile (BAD) et dans celle des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP) », comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau A6.1 : Salaires minimum bruts mensuels dans les conventions collectives nationales en 2019 (toutes catégories d'emploi confondues)

Convention collective nationale	Salaires minimum appliqué dans la convention collective
CC branche aide à domicile (21 mai 2010)	1 452,60 €
CC FEHAP (31 oct 1951)	1 503,00 €
<i>SMIC horaire brut mensuel au 1^{er} janv 2019</i>	<i>1 521,22 €</i>
CC entreprises de services à la personne (20 sept 2012)	1 521,22 €
CC hospitalisation privée (SYNERPA) (18 avril 2002)	1 527,00€

CC NEXEM (15 mars 1966)	1 529,35 €
CC Croix Rouge Française	1532,16 €

Source : Données DGCS

Cette situation reflète l'écart qui s'est creusé entre le taux de croissance du SMIC et celui des salaires inscrits dans les conventions collectives du secteur non lucratif soumises à encadrement en vertu du mécanisme d'agrément ministériel. Il est particulièrement marqué dans la convention collective de la branche aide à domicile.

La progression salariale est en outre relativement faible au long de la carrière.

Il ressort ainsi d'une étude récente de la DREES sur des données 2016 que « le taux de pauvreté des intervenants à domicile est de 17,5 % contre 6,5 % pour l'ensemble des salariés. Le niveau de vie médian de leurs ménages est de 1 370 € par mois alors qu'il est de 1 794 € pour l'ensemble des ménages dont au moins un des membres est salarié. 62 % des intervenants à domicile appartiennent aux 40 % des personnes les plus modestes ».

Un travail à temps partiel trop répandu

Les métiers du grand âge à domicile sont particulièrement concernés par le travail à temps partiel et les horaires fragmentés. Ainsi, dans le secteur de la branche aide à domicile, 79% des salariés sont à temps partiel avec un temps de travail qui augmente avec la qualification. Le temps de travail mensuel moyen est de 102h tous salariés confondus (contre 152h pour un travail à temps plein sur une base de 35 heures hebdomadaires). De plus, ce travail à temps partiel est le plus souvent subi. De nombreux professionnels sont parfois contraints de travailler deux à trois week-ends par mois.

Une sinistralité record

« Les métiers du grand âge sont fortement affectés par la dégradation des conditions de travail : le secteur de l'aide et des soins aux personnes âgées présente parmi les taux les plus élevés d'accidents du travail/maladies professionnelles (AT/MP) et d'absentéisme.

Avec des indices de fréquence proches de 100, la sinistralité AT/MP dans les secteurs des EHPAD et de l'aide et du soin à domicile est trois fois supérieure à la moyenne nationale et dépasse d'un tiers celle du secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP). En 2017, les chiffres sur la sinistralité dans le secteur des aides à domicile aux personnes âgées apparaissent particulièrement alarmants (environ 19.000 accidents du travail, soit une augmentation de +31%, pour 190.000 salariés au service de personnes âgées, en situation de handicap, etc.) ».

« Cette sinistralité AT/MP va de pair avec un fort absentéisme et un turn-over élevé, le poids de l'ajustement pesant *in fine* sur des professionnels en nombre insuffisant.

Cet état des lieux ne serait pas complet s'il ne faisait pas mention des situations de non-respect du droit du travail qui sont régulièrement constatées dans ce secteur (notamment non-respect des durées maximales de travail hebdomadaires, de la rémunération du temps de travail pendant lequel le salarié est à disposition de l'employeur), sans que leur fréquence puisse être quantifiée. »

« Ces conditions de travail dégradées ont en outre un impact financier défavorable au regard du coût de l'absentéisme pour l'employeur et pour les financeurs publics. L'impact financier défavorable de cette situation mérite d'être souligné. Les 176.000 journées de travail perdues recensées par la CNAM

en 2017 au titre des AT/MP représentent un coût important pour les employeurs, qu'ils soient contraints d'annuler des interventions (perte de recettes) ou d'assumer un surcoût pour les remplacer (intérim ou heures supplémentaires). De plus, cette sinistralité induit des taux élevés de cotisations prévoyance (par exemple de 4,5% à l'UNA). Ces surcoûts représentent au total des moyens substantiels qui pourraient avantageusement être redéployés pour créer des postes ou améliorer les salaires. »

Ces conditions de travail dégradées ont de répercussions très négatives sur l'attractivité de ces métiers et génèrent des difficultés de recrutement et un turn over important.

« On constate une baisse de 25% en six ans des candidatures aux concours d'accès d'aide-soignant et accompagnant éducatif et social. »

« A domicile, selon une enquête de l'UNA, le nombre de postes non pourvus est élevé ». « Le métier d'aide à domicile serait pourtant le plus créateur d'emploi des trois professions précitées.

L'enquête annuelle de Pôle Emploi va dans le même sens. Ainsi, pour 2019, les besoins de main d'œuvre les plus importants concernent en priorité la famille « métiers des aides à domicile et aides ménagères » (76.370 projets de recrutement soit environ 3% du total) mais les difficultés de recrutement l'affectent particulièrement (81,4% des recrutements difficiles).

Autre donnée parlante, selon le dernier rapport annuel de la branche aide à domicile, le turn-over concernerait une auxiliaire de vie sociale sur cinq et la quasi-totalité des structures. »

Le rapport fait état d'efforts des autorités publiques (notamment en termes de formation, d'amélioration de la qualité de vie au travail) pour restaurer l'attractivité de ces métiers mais aux effets insuffisants. Il relève notamment comme facteur bloquant le cloisonnement et le foisonnement des organisations professionnelles des métiers du grand âge. Dans le secteur privé, les métiers du grand âge relèvent par exemple toujours de sept conventions collectives à l'heure actuelle.

ANNEXE 7

HISTORIQUE DU DISPOSITIF D'EXONERATION DE COTISATIONS PATRONALES POUR LES PARTICULIERS EMPLOYEURS « FRAGILES »²¹

→ Création en 1948 d'une exonération des cotisations patronales pour les particuliers employeurs fragiles (article 8, loi n° 48-1522 du 29 septembre 1948, mise en œuvre par le décret n° 72-230 du 24 mars 1972 (article 19)). Sont concernées les personnes bénéficiaires d'un avantage de vieillesse et se trouvant dans l'obligation, pour accomplir des actes ordinaires de la vie, d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne salariée. Cette exonération a été étendue aux bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes âgées et aux grands infirmes vivants seuls titulaires de la majoration pour tierce personne.

→ Extension de l'exonération des cotisations patronales par la loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 (article 38). La rémunération d'une aide à domicile est exonérée totalement des cotisations patronales lorsque celle-ci est employée effectivement à leur domicile et pour leur service personnel par soit :

- des personnes au-delà d'un certain âge (ce dernier est défini par décret à 70 ans)
- des personnes titulaires de différents avantages (vieillesse), pensions (invalidité, militaire invalide victime de guerre), allocation (compensatrice de tierce personne ou majoration pour tierce personne) ;
- des personnes ayant à charge un enfant ouvrant droit au complément de l'allocation d'éducation spéciale.

→ La loi n° 98-1194 de financement de la sécurité sociale pour 1999 (article 5) a restructuré l'article L. 241-10 en distinguant 3 différentes exonérations :

- au I l'exonération applicable aux particuliers employeurs fragiles ;
- au II celle applicable aux accueillants familiaux ;
- et au III les exonérations pour les structures employant des aides à domicile intervenant chez les particuliers fragiles.

→ Le plan Borloo (2005) en faveur des services à la personne a étendu le champ des services à la personne au-delà des emplois familiaux pour y inclure le gardiennage, l'assistance administrative, l'assistance informatique, les livraisons de courses, ainsi que les soins esthétiques à domicile pour les personnes dépendantes.

²¹ Voir annexe 5 du PLFSS 2019 et C. Ledoux, 2015, Dépenses fiscales et allègements de cotisations sociales pour les emplois domestiques : des instruments aveugles aux inégalités ?, Revue Française de Socio-Économie, n°15.