

# Prise en compte des besoins des personnes âgées vulnérables : grille AGGIR, outils d'évaluation et adéquation de l'APA

---

Travaux du Conseil de l'âge sur les conditions du  
bien vivre et bien vieillir à domicile



## Sommaire

Introduction .....	<b>6</b>
Partie 1 .....	<b>7</b>
Genèse de l'allocation personnalisée d'autonomie .....	<b>7</b>
I. La grille AGGIR est le principal outil mobilisé pour déterminer l'éligibilité et le montant des plans d'aide solvabilisés par l'APA .....	<b>7</b>
II. La reconstitution des modalités d'élaboration des plafonds de l'APA montre qu'ils dépendent d'une mesure, ancienne, de la charge en soins .....	<b>12</b>
A. De l'ACTP à la PSD : chronologie législative ayant conduit à la création d'une prestation d'autonomie dédiée aux personnes âgées vulnérables .....	<b>12</b>
B. La grille AGGIR n'a pas été conçue pour évaluer le niveau d'aide susceptible d'être financé par l'APA .....	<b>14</b>
1. La quantité de ressources nécessaires pour répondre aux besoins de soins des personnes âgées vulnérables est au cœur du modèle AGGIR .....	14
2. Méthodologie mobilisée pour la construction du prototype AGGIR (conception du premier algorithme) et ajustements ultérieurs .....	15
3. La grille AGGIR n'avait pas vocation à mesurer le coût associé aux prises en charge .....	18
C. Cet outil de mesure de la charge en soins en institution n'aurait pas dû être mobilisé pour la définition des plafonds de l'APA à domicile .....	<b>19</b>
1. La grille AGGIR a été construite selon une logique d'éligibilité à l'APA en institution, mais pas à domicile .....	19
2. La grille AGGIR ne tient pas compte des besoins spécifiques induits par la présence de troubles cognitifs .....	20
D. Les classifications AGGIR successives pourtant ont été mobilisées pour établir les barèmes des prestations à destination des personnes âgées vulnérables (PED, PSD, puis APA) .....	<b>21</b>
1. Les montants des plafonds nationaux APA applicables à chaque niveau de GIR correspondaient à ceux figurant dans le rapport Sueur de 2000 .....	21
2. Le dispositif finalement instauré en 2002 et intitulé « allocation personnalisée d'autonomie » et non plus « aide personnalisée d'autonomie » diffère de celui préconisé dans le rapport Sueur de 2000 .....	24
3. La reconstitution de l'historique des plafonds de l'APA confirme ainsi qu'ils ont été déterminés en fonction de la seule charge moyenne en soins mesurée par la grille AGGIR .....	25
III. Les plafonds de l'APA n'ont pas été réinterrogés - dans leur logique et leur pertinence - depuis son instauration, il y a plus de 20 ans .....	<b>27</b>
A. Les plafonds nationaux de l'APA ont toujours été exprimés en référence à la majoration pour tierce personne (MTP) .....	<b>27</b>
B. Les hausses exceptionnelles des plafonds en 2016 et 2022 n'ont pas reposé sur une réévaluation du volume d'heures nécessaire à l'accompagnement des personnes âgées vulnérables .....	<b>28</b>
1. Les plafonds ont été augmentés une première fois en 2016 dans le cadre de la Loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015 .....	28

2. Plus récemment, les plafonds ont fait l'objet d'une nouvelle revalorisation, dans le cadre de la LFSS pour 2022 .....	29
<b>C. Une analyse conventionnelle du nombre d'heures maximal correspondant aux plafonds de l'APA montre une tendance à la baisse depuis sa création .....</b>	<b>30</b>
<b>Partie 2 .....</b>	<b>31</b>
<b>Le modèle d'attribution des aides à domicile, en particulier via l'APA présente de nombreuses limites .....</b>	<b>31</b>
<b>I. L'outil AGGIR présente des faiblesses pour déterminer la réponse adaptée au besoin d'aide à domicile .....</b>	<b>31</b>
<b>A. La grille AGGIR est un outil excessivement complexe, dont les effets de classement sont peu lisibles</b>	<b>33</b>
1. Moins de 40 % des combinaisons de restrictions d'activité théoriquement possibles sont effectivement observées .....	33
2. L'éligibilité à l'APA définie par la grille AGGIR repose finalement sur cinq conditions alternatives	35
3. Une éligibilité pouvant être définie de manière simplifiée, avec une incidence marginale sur le périmètre des personnes éligibles .....	37
4. Le nombre de restrictions lourdes ou absolues et la part des restrictions absolues s'accroissent avec le GIR .....	38
5. La prévalence des restrictions d'activité naturellement plus forte parmi les bénéficiaires de l'APA que dans le reste de la population âgée, l'est moins nettement pour les items « Orientation » et « Cohérence »	38
6. Neuf allocataires de l'APA sur dix ont des restrictions sur les items « Habillage » et « Toilette »	39
<b>B. Les personnes souffrant de troubles cognitifs sans autres restrictions d'activité sont fortement exclues de l'APA .....</b>	<b>40</b>
1. Les allocataires de l'APA ayant des troubles cognitifs sont presque tous confrontés à d'autres restrictions d'activité .....	40
2. Les troubles de la cohérence et de l'orientation ne sont associés à aucune autre RA pour près d'une personne sur quatre .....	41
<b>C. L'étude de la sensibilité de l'éligibilité à l'APA et du classement dans un GIR à la cotation des RA tend à confirmer la complexité excessive de l'algorithme .....</b>	<b>43</b>
1. Un changement de cotation sur l'un des huit items suffit à modifier l'éligibilité à l'APA pour près d'un individu sur cinq .....	43
2. Les axes Cohérence, Orientation et Déplacements intérieurs n'ont d'effet sur l'éligibilité que pour très peu de personnes .....	44
3. L'analyse de la sensibilité du classement en GIR parmi les allocataires de l'APA montre que la cotation en « C » est le principal déterminant pour le classement dans un GIR donné .....	45
<b>II. Les modalités d'attribution de l'APA, en termes de tarification comme de population cible, ont des conséquences problématiques .....</b>	<b>49</b>
<b>A. La sous-consommation de l'aide humaine est fréquente .....</b>	<b>49</b>
1. Pour la moitié des allocataires de l'APA, le volet « aide humaine » des plans n'est consommé en moyenne qu'aux deux-tiers .....	49
2. La sous-consommation des plans d'aide s'expliquerait en partie par le niveau du reste à charge pour certains allocataires ...	50



3. ... la sous-consommation des aides humaines résulte également d'une insuffisante disponibilité de l'offre lié aux difficultés de recrutement..... 52

**B. La couverture par l'APA d'autres dépenses, hors interventions humaines, est prévue, mais peut dans certains cas imposer d'arbitrer entre ces dispositifs et le volume d'aide humaine** 53

1. En 2017, la moitié des plans d'aide préoyaient le financement d'autres dépenses que de l'aide humaine..... 53

2. Le plafonnement des plans d'aide semble limiter l'inscription d'aides techniques, d'aménagement du logement ou de répit/accueil temporaire dans les plans d'aide ..... 56

**C. La segmentation des dispositifs en fonction de l'âge ou d'une caractérisation médico-administrative pose également des difficultés** ..... 60

1. Les personnes âgées de moins de 60 ans souffrant d'une forme de perte d'autonomie précoce n'ont pas accès à certains dispositifs dédiés aux personnes âgées, malgré un maintien à domicile complexe 60

a. Le cas des personnes souffrant de troubles neurodégénératifs précoces avant 60 ans (Alzheimer, Parkinson, syndrome de Korsakoff). ..... 61

b. La situation des personnes en situation de handicap, souffrant de troubles cognitifs ou encore des personnes concernées par un vieillissement prématuré de l'organisme (personnes anciennement à la rue) 61

2. Passés 60 ans, les personnes ne sont plus éligibles à la PCH alors que cette prestation pourrait être mieux adaptée à leur situation ..... 62

**Partie 3** ..... 66

**Vers une meilleure adéquation des outils du soutien à l'autonomie aux besoins des personnes** 66

**I. Les dernières décennies sont marquées par d'importants changements conceptuels dans la définition et la mesure des besoins en matière d'autonomie** ..... 67

**A. La définition et la nomenclature des besoins d'aide à l'autonomie** ..... 67

**B. Les autres outils de définition et/ou d'évaluation des besoins utilisés dans le champ de l'autonomie** ..... 68

1. Différents outils d'évaluation, couvrant d'autres ou davantage de dimensions de la fragilité ou de la vulnérabilité, existent ..... 68

2. Présentation de quelques outils développés dans le champ de l'autonomie ..... 70

**C. L'usage des outils d'évaluation par les acteurs du grand âge**..... 80

1. Les pratiques des EMS restent hétérogènes..... 80

2. ... et leurs attentes en termes de renforcement des capacités d'évaluation des besoins sont fortes 82

3. La multiplicité des pratiques n'est pas une spécificité française..... 83

**D. Vers un meilleur partage et le développement d'approches communes entre les différents acteurs**..... 84

**II. Pistes de refonte des approches et outils de la réponse aux besoins en soutien à l'autonomie** 87

**A. Faciliter les parcours pour les personnes**..... 88

1. Améliorer la lisibilité du système ..... 88

a. Evaluation globale à l'entrée, avant toute demande d'un dispositif spécifique ..... 88

b. Rendre l'éligibilité aux différents dispositifs plus transparente et plus facile à mettre en œuvre 89

c.	Réorganiser la présentation des aides .....	91
2.	Fluidifier les parcours .....	92
a.	Aller vers .....	92
b.	Primo orientation, passage de l'action sociale à l'APA, populations à intervenants multiples.	94
<b>B.</b>	<b>Revoir le périmètre des besoins évalués et des personnes éligibles, et repenser les outils d'allocation des aides .....</b>	<b>95</b>
1.	Garantir le pouvoir d'achat réel de l'allocation   Des ajustements du barème de l'APA, à dispositif inchangé .....	95
2.	Permettre aux personnes éligibles à l'APA de vivre à leur domicile avec des plans d'aides en adéquation avec leurs besoins   Une simplification drastique du modèle actuel de l'APA .....	101
3.	Etendre le bénéfice de l'APA à de nouveaux publics   Une refonte du périmètre et des modalités d'éligibilité à l'APA .....	103
a.	Scénarios construits autour des 8 variables AGGIR retenues actuellement pour déterminer l'éligibilité à l'APA .....	104
b.	Scénarios intégrant d'autres dimensions que les 8 variables de la grille AGGIR .....	113
4.	Etendre le bénéfice de l'APA à de nouveaux besoins   Des modifications plus profondes du dispositif	121
a.	Prévenir les risques d'épuisement des aidants .....	121
b.	Prendre en compte les besoins d'aide humaine et de surveillance liés aux troubles cognitifs et comportementaux .....	128
c.	Soutenir l'accès aux aides techniques ou aux adaptations du logement .....	130
5.	Une APA refondée .....	132



# Introduction

---

**En 2023, la formation « Âge » du Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge (HCFEA) a focalisé ses travaux sur les conditions à réunir pour permettre aux personnes âgées vulnérables de bien vieillir à domicile.**

Les perspectives démographiques et la volonté d'un « virage domiciliaire » très ambitieux rendent aujourd'hui impératives l'analyse de l'adéquation des modalités selon lesquelles les réponses sont apportées aujourd'hui aux besoins et aux aspirations de ces personnes et l'identification des progrès qui pourraient être réalisés dans ce domaine.

L'effort à fournir sera en effet d'autant plus important que le système actuel ne sécurise pas suffisamment le volume et la qualité des interventions et leur renforcement « à nombre constant de personnes accompagnées ». Les modalités mêmes de la délivrance des différents services doivent ainsi être questionnées.

Une condition de la qualité de vie et d'accompagnement des personnes âgées, et tout particulièrement celles d'entre elles fragiles et vulnérables, à domicile, réside dans la prise en compte des aspirations et des besoins des personnes, et la proposition de réponses, aides et solutions adaptées. Elle passe donc par une bonne connaissance et appréciation de la situation de la personne, et de ce fait par une évaluation s'appuyant sur un certain nombre de démarches et d'outils.

Les travaux conduits par le Conseil de l'âge, en cherchant à mieux comprendre les approches, les outils et les pratiques existants, ainsi que les effets qu'ils produisent, visent à établir un diagnostic sur leurs forces et leurs faiblesses, et à engager une réflexion sur les orientations, inflexions ou réformes qui seraient à même de garantir et de sécuriser le projet du « bien vivre et bien vieillir à domicile ».

- Cet Eclair 'Âge revient sur la genèse des plafonds de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA), mécanisme central de l'allocation des ressources collectives pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées vulnérables à domicile.
- Son objet est de comprendre la logique et les propriétés de la grille AGGIR, principal outil mobilisé pour l'évaluation, préalable à l'élaboration d'un plan d'aide APA, de la situation et des besoins des personnes âgées vulnérables.
- Ces travaux documentent également l'usage pratique de cet outil dans le cadre de l'APA à domicile, en s'appuyant notamment sur les retours des équipes médicosociales des départements, en charge de la définition des plans d'aide APA.
- Ces résultats sont mis en perspective des droits reconnus à chacun en termes de couverture des besoins, avec un regard sur d'autres outils de définition et/ou d'évaluation utilisés dans le champ de l'autonomie, dans les secteurs des personnes âgées vulnérables et du handicap.
- Ces analyses mettant en lumière plusieurs limites des modalités actuelles d'allocation des aides à l'autonomie, des pistes d'évolution sont envisagées sur la base de ces différents constats.

# Partie 1

## Genèse de l'allocation personnalisée d'autonomie

### I. La grille AGGIR est le principal outil mobilisé pour déterminer l'éligibilité et le montant des plans d'aide solvabilisés par l'APA

L'aide personnalisée à l'autonomie (APA) a vocation à couvrir tout ou partie des dépenses nécessaires pour permettre aux personnes âgées vulnérables de rester à leur domicile en bénéficiant d'accompagnements pour certains actes de la vie quotidienne, d'aides techniques ou d'aides à l'accueil temporaire.

#### Encadré 1 | Les dépenses couvertes par l'APA



Le versement de l'APA au titre des aides régulières (prestations d'accompagnement à domicile, fournitures pour l'hygiène, portage de repas) est mensuel.

Les dépenses relatives aux aides techniques non régulières, à l'adaptation du logement et aux prestations d'accueil temporaire ou de répit à domicile, peuvent faire l'objet versements ponctuels.

Source : SG HCFEA à partir de la rubrique « à quoi sert l'APA à domicile » du [portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches](#)

L'éligibilité à l'allocation et les montants des plans d'aide attribués aux allocataires de l'APA à domicile sont définis par les équipes médicosociales (EMS APA) des conseils départementaux, sur la base d'une **évaluation du degré d'autonomie** de la personne conduisant à son **classement dans un groupe iso-ressources (GIR)**.

Le GIR est déterminé par l'EMS APA par le biais de l'application d'une grille d'évaluation nationale : la grille AGGIR<sup>1</sup>, définie dans les annexes [2.1](#) et [2.2](#) du CASF. La grille AGGIR évalue le niveau de réalisation d'activités de différentes natures (activités domestiques, sociales, corporelles et mentales) effectuées par une personne âgée seule, sans aides humaines, mais le cas échéant avec des aides techniques.

<sup>1</sup> Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources



La grille AGGIR repose sur l'évaluation de la capacité de la personne à faire 17 activités : 10 dites « corporelles et mentales » et 7 dites « domestiques et sociales ».

Tableau 1 | Les 17 activités de la grille AGGIR

Activités corporelles et mentales	1. Cohérence	Communiquer (communication verbale et/ou non verbale), agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société dans laquelle on vit.
	2. Orientation	Se repérer dans l'espace et dans le temps.
	3. Toilette	Assurer son hygiène corporelle.
	4. Habillage	Assurer l'habillage, le déshabillage et la présentation.
	5. Alimentation	Se servir (couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir son verre...) et manger (porter les aliments et les boissons à sa bouche et avaler).
	6. Élimination	Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale.
	7. Transferts	Se lever, se coucher, s'asseoir. Passer de l'une de ces trois positions à une autre, dans les deux sens.
	8. Déplacement à l'intérieur	Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie.
	9. Déplacement à l'extérieur	Se déplacer à l'extérieur du lieu de vie.
	10. Alerter	Utiliser un moyen de communication à distance : téléphone, alarme, sonnette, téléalarme... dans le but d'alerter en cas de besoin.
Activités domestiques et sociales	11. Gestion	Trois types d'activités : gérer ses affaires, son budget et ses biens ; reconnaître la valeur monétaire des pièces et des billets, se servir de l'argent et connaître la valeur des choses ; effectuer les démarches administratives, remplir les formulaires.
	12. Cuisine	Préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis.
	13. Ménage	Effectuer l'ensemble des travaux ménagers courants (le nettoyage des locaux, le rangement, l'entretien du linge, dresser la table, faire la vaisselle).
	14. Transports	Utiliser volontairement un moyen de transport collectif ou individuel.
	15. Achats	Acquisition volontaire de biens, de manière directe ou par correspondance.
	16. Suivi de traitement	Respecter l'ordonnance du médecin et gérer soi-même son traitement.
	17. Activité du temps libre	Pratiquer volontairement, seul ou en groupe, diverses activités qui créent des événements rompant la monotonie de la vie du quotidien.

Source : Annexe 2.1 du CASF

Chacune de ces activités est cotée par l'équipe évaluatrice selon 3 modalités : **A** | activité réalisée, **B** | activité partiellement réalisée, **C** | activité non réalisée

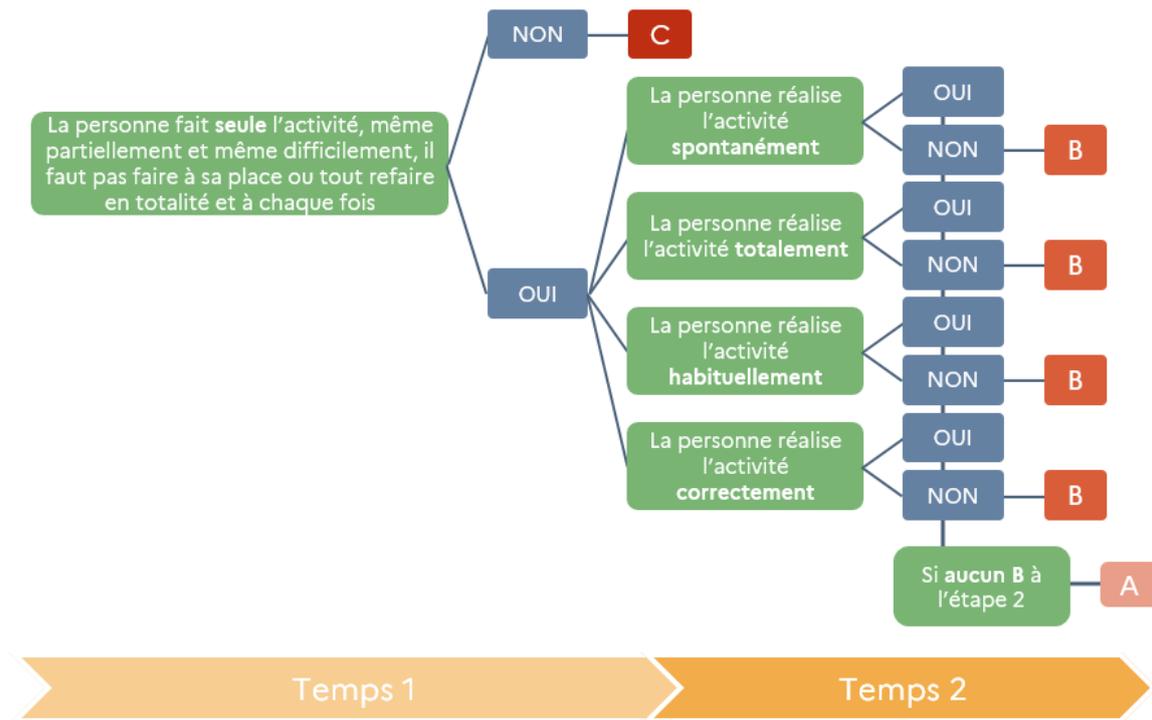
La cotation se fait selon que la personne réalise ou non l'activité seule :

- **Spontanément** | il n'existe pas d'incitation ou de stimulation
- **Totalement** | l'ensemble des activités du champ analysé est réalisé
- **Habituellement** | fait référence au temps et à la fréquence de réalisation
- **Correctement** | recouvre trois aspects : la qualité de la réalisation, la conformité aux usages et la sécurité vis-à-vis de soi et les autres

L'annexe 2.1 du CASF résume le principe général de cotation à travers une évaluation en deux temps.

- Dans un premier temps, si la personne ne fait jamais seule l'activité, même partiellement et même difficilement, s'il faut faire à sa place ou tout refaire en totalité et à chaque fois, l'activité doit être cotée en C.
- Dans un deuxième temps, si l'activité n'est pas évaluée C dans la première étape, il faut répondre par oui ou par non à quatre questions concernant les adverbes « spontanément », « totalement », « habituellement », et « correctement », spécifiques à chaque activité, pour déterminer la modalité B ou A. Si la réponse à l'une des 4 questions est non, l'activité sera cotée en B.

Figure 1 | L'évaluation en deux temps pour la cotation des activités de la grille AGGIR



Source : SG HCFEA

### Encadré 2 | Illustration des modalités d'application de la grille AGGIR – exemple de cotation de la dimension « transferts »

Pour les transferts par exemple, le guide de remplissage invite dans un premier temps à coter en C la situation où une personne ne les effectue jamais seule, en fonction de ses propres volontés, même partiellement et même difficilement, et qui nécessite l'intervention ou la présence d'un tiers pour tous les transferts.

Dans un second temps, pour celles non cotées en C, il convient de documenter les 4 adverbess à partir des questions suivantes :

- Réalise-t-elle ses transferts *spontanément*, sans avoir à lui dire, à lui rappeler, à lui expliquer, à lui montrer ?
- Réalise-t-elle *totalemment* ses transferts, en assurant l'ensemble des transferts dans les deux sens ?
- Réalise-t-elle *correctement* ses transferts, sans se mettre en danger et en utilisant éventuellement les aides techniques adaptées ?
- Réalise-t-elle *habituellement* ses transferts chaque fois que cela est nécessaire et souhaité ?

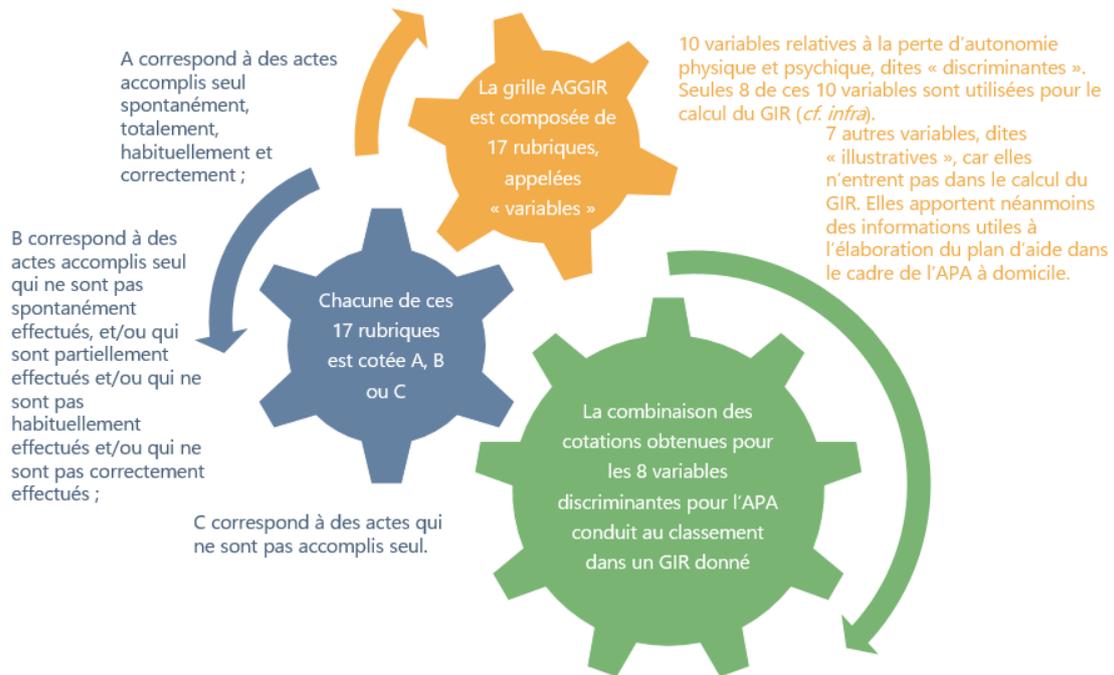
Si la réponse est oui aux 4 questions, l'activité sera cotée en A.

Si la réponse est non à 1,2 ou 3 questions, l'activité sera cotée en B.



Le passage de la cotation A, B ou C sur chacune des activités au classement dans un GIR donné repose sur l'application d'un algorithme complexe nécessitant le recours à l'informatique.

Figure 2 | De l'évaluation AGGIR au classement dans les 6 GIR



Source : SG HCFEA

Si toutes les activités évaluées sont théoriquement prises en compte pour élaborer le plan d'aide, seules 8 d'entre elles sont effectivement intégrées dans le calcul du GIR.

Figure 3 | Les 8 activités évaluées pour définir le GIR



Source : SG HCFEA

Le classement dans un GIR donné conditionne l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie : seules les personnes relevant des GIR 1 à 4 (sur 6 niveaux possibles) sont en effet éligibles à l'APA.

Figure 4 | Les caractéristiques des 6 GIR telles que décrites dans le CASF

GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
Personnes âgées confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.	Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante  Personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer.	Personnes âgées ayant conservé tout ou partie de leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.	Personnes âgées n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Une grande majorité d'entre elles s'alimentent seules.  Personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.	Personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules. Elles peuvent avoir besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques	Personnes autonomes pour tous les actes discriminants de la vie courante. Elles peuvent avoir besoin d'une aide ponctuelle pour les activités domestiques
<b>Eligibles à l'APA</b>				<b>Non éligibles à l'APA, peuvent solliciter une aide-ménagère ou une aide de leur caisse de retraite.</b>	

Source : SG HCFEA à partir de l'annexe 2.1 du CASF

Le classement en GIR conditionne également le montant de l'allocation puisque le plan d'aide notifié par l'EMS APA suite à l'évaluation des besoins du demandeur ne peut excéder un montant plafond associé à chaque niveau de GIR.

Tableau 2 | Plafonds applicables à l'APA (barèmes au 1er janvier 2023)<sup>2</sup>

	Montant mensuel du plafond
GIR 1	1914,04 €
GIR 2	1547,93 €
GIR 3	1118,61 €
GIR 4	746,54 €

Le montant de l'aide allouée *in fine* à l'allocataire de l'APA à domicile est égal au montant de la fraction du plan d'aide utilisée par l'allocataire, duquel est soustraite une somme restant à sa charge (*participation financière*) qui dépend de ses revenus (et de ceux de son éventuel conjoint), de son GIR et du montant de son plan d'aide.

<sup>2</sup> Ces plafonds peuvent être majorés si le proche aidant indispensable de la personne allocataire de l'APA a besoin de répit ou s'il est hospitalisé.



## II. La reconstitution des modalités d'élaboration des plafonds de l'APA montre qu'ils dépendent d'une mesure, ancienne, de la charge en soins

### A. De l'ACTP à la PSD : chronologie législative ayant conduit à la création d'une prestation d'autonomie dédiée aux personnes âgées vulnérables

Avant la création d'une prestation spécifiquement dédiée aux personnes âgées vulnérables, celles-ci pouvaient être éligibles à l'allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne (ACTP). Mise en place en 1975, l'ACTP était une allocation en espèces servie sous conditions de ressources aux personnes justifiant d'un taux d'incapacité d'au moins 80 %, quel que soit leur âge. Son régime dérogeait aux règles de droit commun de l'aide sociale, l'ACTP n'étant pas susceptible d'un recours des organismes d'aide sociale envers la famille en vertu de l'obligation alimentaire et le dispositif ne prévoyant pas de recours en récupération.

Dans les années 1990, l'augmentation du nombre de allocataires de l'ACTP a été dynamique, représentant un coût croissant pour les départements. La progression des dépenses était majoritairement imputable aux allocataires âgés de plus de 65 ans, dont la part dans l'ensemble des allocataires de l'ACTP augmentait significativement.

C'est dans ce contexte que la logique de solidarité collective pour deux publics distincts (personnes en situation de handicap d'un côté et personnes âgées vulnérables de l'autre) a été questionnée. Les départements étaient alors de plus en plus réticents à attribuer l'ACTP aux personnes âgées (lui substituant parfois l'aide sociale de droit commun, certains contestant également le fait que les dispositifs de récupération sur succession et d'obligation alimentaire ne s'y appliquaient pas<sup>3</sup>).

Les mesures proposées durant la décennie 1990 avaient ainsi pour objets principaux la maîtrise des finances publiques et la restructuration du partage des dépenses entre allocataires, solidarité nationale et solidarité familiale, avec la volonté de remplacer, pour la population âgée, l'ACTP par une allocation moins « généreuse ».

---

<sup>3</sup> Source : Dessertine et Kershen 1993

Figure 5 | Les propositions et projets de loi successifs envisageant une prestation pour les personnes âgées vulnérables

<p>▶ 1992</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Proposition de loi Teulade</p>	<p style="background-color: #4CAF50; color: white; text-align: center; padding: 2px;"><b>Allocation autonomie et dépendance</b></p> <p><b>Prestation en nature</b></p> <p>Pour « toute personne de plus de 65 ans, physiquement ou mentalement dépendante »</p> <p>Montant identique à celui de l'ACTP</p> <p>Sous conditions de ressources (7000 FF mensuels)</p> <p>Partiellement récupérable sur succession</p> <p>Attribution par la commission départementale</p> <p>Se substitue à l'ACTP et à l'ASH : financement par le département</p> <p>Concerne un public plus large : couverture des dépenses supplémentaires par l'Etat</p> <p><i>Voté en première lecture à l'AN, mais jamais examiné au Sénat : Proposition jugée inacceptable par les départements, l'Etat ne prenant en charge que 1/10<sup>è</sup> du financement</i></p>
<p>▶ 1993</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Proposition de loi Fourcade, Marini</p>	<p style="background-color: #395468; color: white; text-align: center; padding: 2px;"><b>Allocation aux personnes âgées dépendantes</b></p> <p><b>Prestation en nature</b></p> <p>Pour les personnes de plus de 65 ans</p> <p>Sous conditions de ressources</p> <p>Avec obligation alimentaire et recouvrement sur succession</p> <p>Instruction des dossiers par une <b>équipe pluridisciplinaire</b> sur la base d'une <b>grille d'évaluation</b></p> <p>Attribution par le président du Conseil général</p> <p>Financement par le département, via un "fonds départemental de la dépendance" rassemblant les sommes déjà consacrées aux personnes âgées au titre de l'aide sociale</p> <p>Dotations de l'Etat en cas de sous-financement <b>en tenant compte des différences de structures démographiques et de potentiels fiscaux entre les départements</b></p> <p><i>Cette proposition de loi n'est pas allée au-delà de la 1<sup>ère</sup> lecture au Sénat</i></p>
<p>▶ 1994</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Loi relative à la sécurité sociale</p>	<p style="background-color: #395468; color: white; text-align: center; padding: 2px;"><b>Prestation expérimentale dépendance</b></p> <p>Expérimentation</p> <p><b>Prestation en nature</b></p> <p>La PED est composée de l'ACTP et d'une prestation supplémentaire extra-légale versée par la CNAVTS</p> <p>Sous conditions de ressources</p> <p>Périmètre limité aux ressortissants du régime général</p> <p>Montant plafonné à 80% de celui de la majoration spéciale tierce personne (MTP) versée aux pensionnés d'invalidité ou de retraite</p> <p>Conditions de mise en œuvre définies conjointement par le département, les organismes de sécurité sociale et éventuellement d'autres collectivités</p> <p>Dans le cadre d'un cahier des charges établi au plan national (ministère affaires sociales)</p> <p>Les objectifs affichés de ces expérimentations (12 départements sélectionnés) sont "la <b>validation d'une grille nationale d'évaluation de la dépendance</b> et d'une procédure de reconnaissance de la dépendance avalisée par toutes les institutions" et la "<b>mise en œuvre d'une prestation expérimentale dépendance</b>"</p> <p><i>Arrêt de certaines expérimentations dès 1995 devant l'imminence de la mise en place d'un dispositif potentiellement différent, annoncé dans le discours de politique générale d'A. Juppé</i></p>



▶	<b>1994</b>	<b>Prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes</b>
▶	<b>Projet de loi Codaccioni</b>	<b>Prestation en nature, affectée à des heures d'aide</b>
		Pour les personnes de plus de <b>60 ans</b>
		Dont le <b>montant est fonction de la perte d'autonomie</b> , avec <b>prise en compte de l'entourage</b>
		Sous conditions de ressources et différentielle
		Récupérable sur succession
		Prestation servie et gérée par le département
Charge pour les départements fixée sur la base des dépenses de la fraction des dépenses d'ACTP et des dépenses nettes d'aide sociale dédiées à des personnes âgées		
Dotations de l'Etat en cas de sous-financement et appel aux financements des communes		
<i>Devant l'ampleur des déficits des comptes sociaux et l'obligation de redresser ces derniers, le Gouvernement a été conduit à reporter la suite de l'examen de ce projet de loi.</i>		
▶	<b>1997</b>	<b>Prestation spécifique dépendance</b>
▶	<b>Loi 97-60</b> tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique	<b>Prestation en nature</b>
		Pour les personnes de plus de <b>60 ans et plus</b>
		<b>Montant fonction du besoin de surveillance et d'aide requis par l'état de dépendance de l'intéressé</b>
		<b>Seuls les GIR 1 à 3 y étaient éligibles (alors que les GIR 4 pouvaient bénéficier de la PED)</b>
		Sous conditions de ressources et différentielle
		Le passage de la notion de "montant" (Sénat) à celle de " <b>plafond</b> " a été introduit par l'Assemblée nationale
		Plan d'aide est élaboré par une <b>équipe pluridisciplinaire</b> , à l'aide d'une <b>grille nationale</b> fixée, en tenant compte de l'environnement de la personne et, le cas échéant, des aides publiques ou à titre gracieux dont elle dispose ( <b>subsidiarité de l'aide informelle</b> )
		Plan d'aide valorisé par le <b>coût de référence déterminé par le président du conseil général</b> pour les différentes aides prévues,
Prestation servie et gérée par le département		

Source : SG HCFEA

## B. La grille AGGIR n'a pas été conçue pour évaluer le niveau d'aide susceptible d'être financé par l'APA

L'APA a été créée en 2001. Elle s'est substituée à la prestation spécifique de dépendance (PSD). La manière dont ont été fixés les plafonds nationaux applicables à chacun des GIR lors de la mise en place de l'APA est peu documentée mais les éléments développés *infra* suggèrent que **les plafonds de l'APA** (et précédemment ceux de la PED et de la PSD) **ont été définis en fonction d'une partie de la charge en soins moyenne évaluée par GIR.**

### 1. La quantité de ressources nécessaires pour répondre aux besoins de soins des personnes âgées vulnérables est au cœur du modèle AGGIR

La grille AGGIR a été développée dans les années 1990 dans le cadre de la réflexion autour d'un **PMSI gériatrique** pour le financement des unités de long séjour, de l'hospitalisation à domicile, des soins infirmiers à domicile et des maisons de retraite.

La volonté de disposer d'une grille d'évaluation de l'autonomie tenait au fait que, selon les équipes gériatriques impliquées, **les restrictions d'autonomie ont une incidence à la fois sur le niveau de ressources à mobiliser pour une même (poly)pathologie et sur la nature des soins et des thérapies à mettre en œuvre.**

L'un des objectifs des concepteurs de la grille AGGIR est de fournir un **outil d'évaluation de l'autonomie et des coûts de réponse associés**, qui soit bien accepté par les professionnels susceptibles de l'appliquer, ce qui suppose, selon eux, que l'outil ne vienne pas apporter un travail supplémentaire mais s'appuie sur des outils ayant une utilité dans la pratique quotidienne des professionnels, notamment pour la coordination des interventions. En conséquence, un premier algorithme de classement est élaboré en utilisant 22 des 27 variables de l'instrument clinique GERONTE<sup>4</sup> utilisé en gériatrie.

## 2. Méthodologie mobilisée pour la construction du prototype AGGIR (conception du premier algorithme) et ajustements ultérieurs

Le principe retenu se décline en deux étapes<sup>5</sup> :

- Etape 1 : construire des groupes d'individus présentant des **profils d'autonomie similaires** sur la base des différentes dimensions du GERONTE, selon la logique des groupes homogènes de malades (GHM ou DRG), appliquée à l'autonomie.
- Etape 2 : **regrouper les profils qui nécessitent une charge en soins ou en aide similaire**, quel que soit leur profil d'autonomie ; on est ici dans la logique des GIR<sup>6</sup>.

### *Etape 1*

La constitution de la typologie des profils d'autonomie (étape 1) est fondée sur une analyse statistique<sup>7</sup> conduite sur un échantillon de 2533 individus. Elle a fait apparaître **10 variables discriminantes, dont deux le sont plus fortement pour les personnes à domicile : le fait de se déplacer à l'extérieur et l'utilisation des moyens de communication à distance** (comme le téléphone). Sur la base des évaluations faites de ces 10 variables discriminantes (la personne réalise-t-elle l'activité seule totalement ? / habituellement et correctement ? / partiellement ? / jamais ?), **13 profils homogènes pouvant s'ordonner en fonction du niveau d'autonomie** ont été mis en évidence<sup>8</sup>.

Les algorithmes mobilisés pour la constitution des profils homogènes ont été modifiés entre la construction initiale et la grille finalement retenue. Ainsi, la dimension « communication à distance » n'intervient plus dans la grille AGGIR présentée dans le décret de 1997. Les pondérations sont encore ajustées dans la grille AGGIR de la loi de 2001, avec une hausse de celle associée aux déplacements intérieurs et un poids désormais nul pour la dimension « déplacements extérieurs ». **A partir de 2001, les deux dimensions du GERONTE qui avaient un poids spécifique pour la population à domicile d'après les premiers travaux (« communication à distance » et « déplacements extérieurs ») n'apparaissent donc plus dans la grille AGGIR.**

---

<sup>4</sup> Besso, Saos, et Attalli, 1989

<sup>5</sup> Coutton-2001

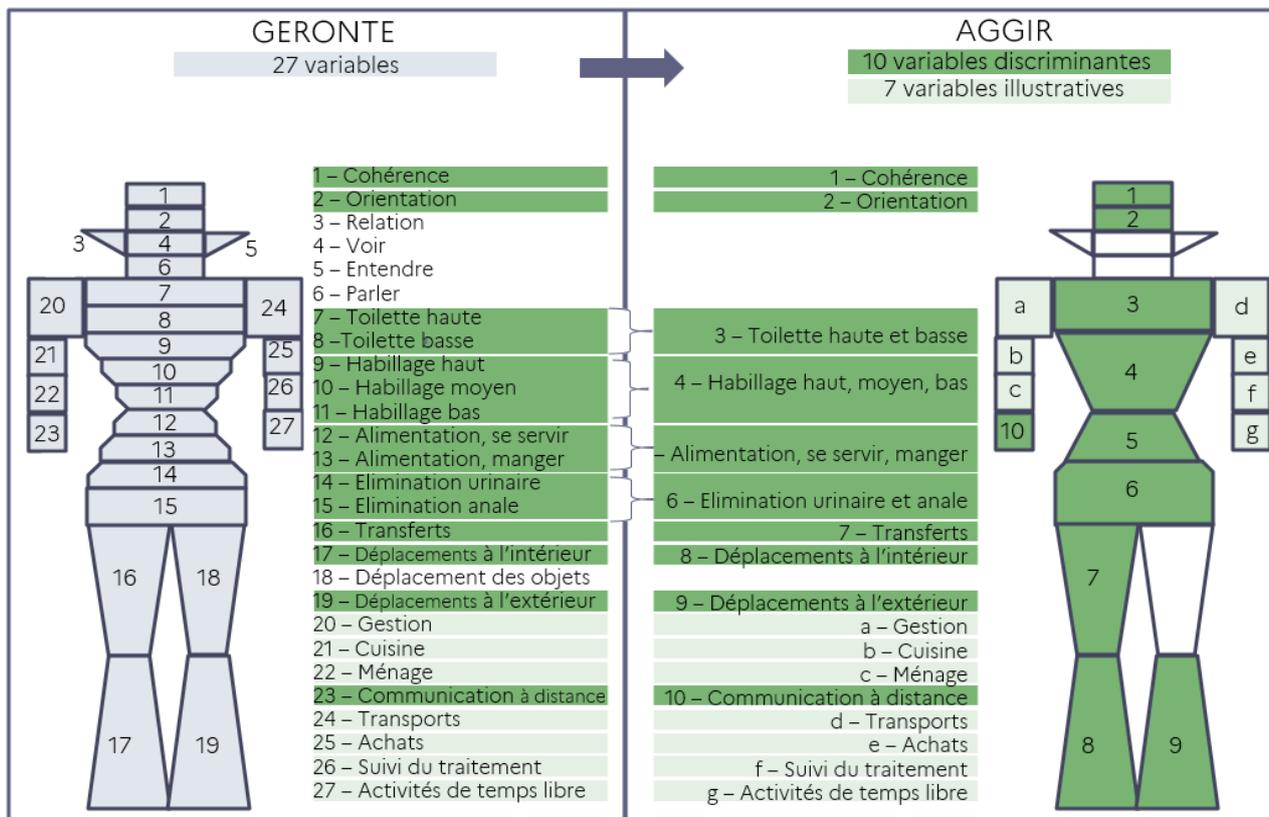
<sup>6</sup> Groupes iso-ressources ou RUG :resource utilization group

<sup>7</sup> Arnaud et al. 1993

<sup>8</sup> A l'aide d'une analyse en composante principale, puis d'une classification ascendante hiérarchique



Figure 6 | Passage du GERONTE aux 10 variables discriminantes de la grille AGGIR



Source : SG HCFEA à partir de GARY A. et al. - L'évaluation en gériatrie et en gérontologie, CHU Nice, hôpital de Magali RINAUDO, PLP STMS – LP Etoile Gardanne Relations entre Gêronte et AGGIR

### Etape 2

Ces 13 profils ont été rassemblés en 5 groupes iso-ressources sur la base de données complémentaires concernant la charge de travail, codifiées par le personnel soignant de deux institutions :

- des temps en soins de base infirmiers individualisés, mesurés<sup>9</sup> pendant un mois auprès de 230 personnes « relevant essentiellement du long séjour ».
- Une échelle analogique de charge de travail sur un échantillon de 202 personnes en long séjour, section de cure médicale et maison de retraite.

Globalement, le temps moyen en soins de base et la charge de travail diminuent avec le niveau d'autonomie, du profil 1 au profil 13. Initialement, il avait été choisi de regrouper les 13 profils en 5 groupes iso-ressources (GIR) par souci de simplification tarifaire. La méthode qui a permis de décider du passage des profils aux groupes iso-ressources est peu documentée.

<sup>9</sup> Codifiés avec l'outil SIIPS

Deux regroupements différents, un pour chaque échantillon, ont été proposés. Une **charge moyenne par groupe iso-ressource** a ensuite été déterminée (en heures pour le premier, en points de charge pour le second).

**Tableau 3 | Mesure de la charge en soins dans les deux échantillons mobilisés pour la construction de la grille initiale**

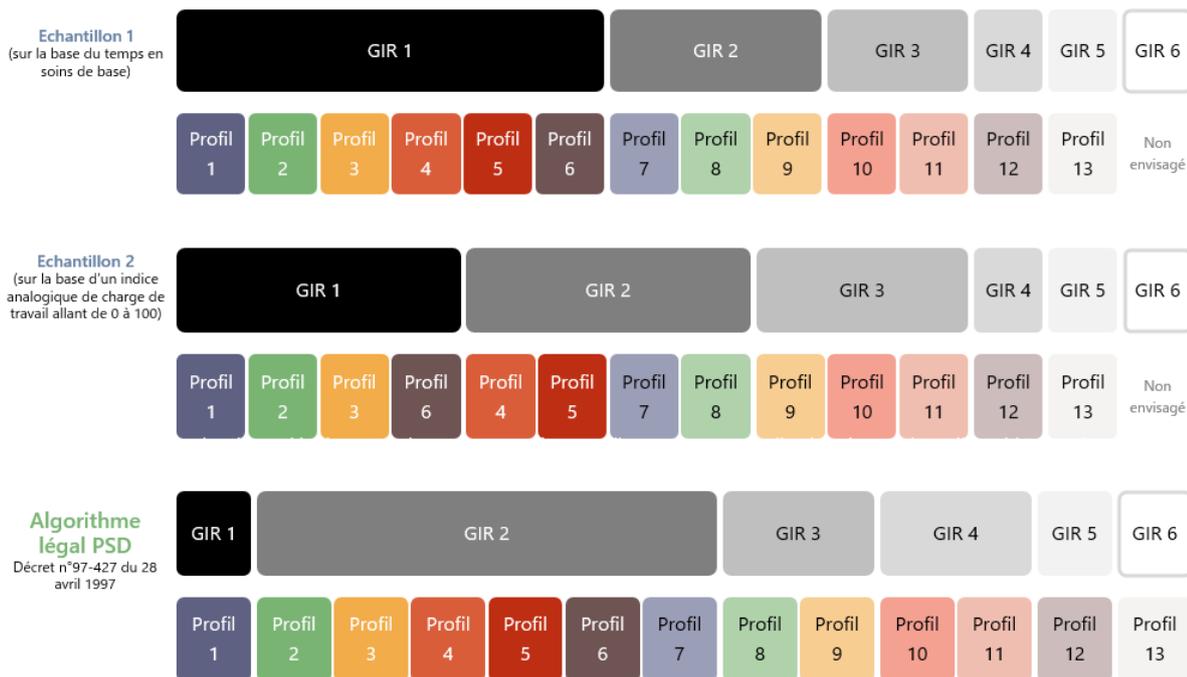
Profils iso-autonomie regroupés selon le GIR	Echantillon 1 (Sur la base du temps en soins de base) N=230	Echantillon 2 (Sur la base d'un indice analogique de charge de travail allant de 0 à 100) N = 202
<b>GIR 1</b>	De 86 à 110 heures par mois	80 à 86 points
<b>GIR 2</b>	De 66 à 82 heures par mois	73 à 75 points
<b>GIR 3</b>	De 50 à 54 heures par mois	45 à 51 points
<b>GIR 4</b>	25 heures par mois	28 points
<b>GIR 5</b>	5 heures par mois	17 points
<b>GIR 6</b>	<i>Non envisagé</i>	<i>Non envisagé</i>

Source : SG HCFEA

La ventilation des 13 profils au sein des 5 GIR différait pour les deux échantillons. Celle proposée *in fine* dans le cadre de la PSD était encore différente, elle avait donné lieu à des travaux complémentaires et prévoyait une **répartition selon 6 GIR**, contre 5 dans les versions précédentes. « *Dans des travaux ultérieurs, la même méthode a été appliquée sur un échantillon de 10 000 personnes âgées, dont 3 000 vivant à domicile et 7 000 hébergées en institution, qui a abouti au cours de la première étape à une classification opérationnelle de 13 rangs [ou profils] définie à partir de la combinaison des 10 variables discriminantes retenues dans le modèle Géronte et qui a conduit au cours de la deuxième étape au regroupement de ces 13 rangs en 6 GIR à partir de données représentatives en charge de soins gériatologiques : le PRN 80, les SIIPS et une échelle analogique de charge de travail.* »<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Coutton (2001). L'équipe du HCFEA n'a pas pu se procurer les documents correspondant à cette deuxième phase d'élaboration de la grille AGGIR.

Figure 7 | Comparaison des groupages



Source : SG HCFEA

### 3. La grille AGGIR n'avait pas vocation à mesurer le coût associé aux prises en charge

Le rapport du Conseil scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie notait en 2003 : « De la PED à l'APA, AGGIR passait du statut de guide d'évaluation (PED) à celui d'instrument d'éligibilité (PSD) puis à celui d'instrument de référence pour le niveau de prestation (APA) ». Le rapport Gisserot<sup>11</sup> indiquait qu'un « **élément de perturbation** dans l'application de la grille AGGIR provient du fait qu'elle remplit une **double fonction** : une fonction « biomédicale » d'évaluation de l'état de la personne pour **ouvrir les droits à l'APA** ; une fonction de **détermination du niveau d'aide** susceptible d'être financé par l'APA. Or la grille n'a pas été validée pour cette seconde fonction et on peut supposer que la corrélation avec la réalité des coûts de la dépendance n'est pas garantie. Ainsi une personne classée en GIR 3 peut avoir des besoins supérieurs à une personne classée en GIR 2 et recevra pourtant une aide de 25 % inférieure ».

De fait, la grille AGGIR ne permet pas de valoriser directement le coût de la charge en soin globale requise : elle repose sur une mesure de la charge qui est partielle et n'est pas proportionnelle à la charge totale puisque exprimée en heures et non en salaires horaires potentiellement variables d'une heure à l'autre.

<sup>11</sup> H. Gisserot, [Rapport](#) « Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix, mars 2007 »

Ces limites avaient été mises en avant par les concepteurs du premier algorithme, dès 1993. Ils soulignaient notamment l'impossibilité d'interpréter les rapports entre les niveaux de charge moyens calculés pour les différents groupes comme des rapports de coûts, pour les raisons suivantes :

- Les unités de charge de travail, qu'elles soient exprimées en heures ou points, n'ont pas de raison d'être toutes valorisées au même coût unitaire ;
- La mesure de la charge en soins est **partielle** puisqu'elle ne couvre que les **soins infirmiers de base** (l'étude ayant montré que les temps de soins techniques et relationnels ne variaient pas avec les profils, ils n'ont pas été mobilisés pour regrouper des profils). Le fait de concentrer l'analyse sur les soins infirmiers, seule partie de la charge qui varie fortement d'un groupe à l'autre, a pour conséquence d'augmenter les différences entre groupes. **Les écarts relatifs entre les différents groupes iso-ressources seraient en effet mécaniquement plus faibles si les soins techniques et relationnels y étaient intégrés**, puisqu'ils sont comparables d'un groupe à l'autre, *a fortiori* s'ils représentent une part importante du temps d'intervention.

Le rapport du Conseil scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie recommandait lui aussi de **ne conserver la grille AGGIR que pour déterminer l'éligibilité à l'APA** et de supprimer les plafonds par GIR au profit d'un seul plafond pour l'allocation quel que soit le GIR, considérant qu'il n'y avait pas à craindre une dérive des plans d'aide établis par les professionnels sur la base d'une évaluation multidimensionnelle.

### C. Cet outil de mesure de la charge en soins en institution n'aurait pas dû être mobilisé pour la définition des plafonds de l'APA à domicile

#### 1. La grille AGGIR a été construite selon une logique d'éligibilité à l'APA en institution, mais pas à domicile

La loi prévoit un seul et même algorithme quel que soit le lieu de résidence. Comme montré précédemment, la catégorisation en groupes iso-ressources de la grille AGGIR repose pourtant sur une codification de la charge de travail réalisée uniquement **en institution** (long séjour, section de cure médicale et maison de retraite pour les échantillons 1 et 2). L'utilisation d'un indicateur construit dans un environnement institutionnel pour apprécier le besoin d'aide en domicile ordinaire pose plusieurs problèmes. Les concepteurs de la grille de 1993 soulignaient d'ailleurs la **nécessité de poursuivre la validation de l'algorithme sur d'autres populations**, la mesure de la charge en soins ayant été effectuée, pour ces premiers travaux, dans un environnement spécifique (établissements d'hébergement).

Des travaux complémentaires étaient ainsi recommandés dès 1993 par les concepteurs de la grille autour **des personnes à domicile** pour intégrer « *les interventions effectuées par la famille et l'entourage* » et introduire des données sur l'environnement ;

Le Conseil scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie notait, dans son rapport de 2003, que « *la question posée est celle de la transposition d'un indicateur conçu pour établir une moyenne dans une collectivité [un établissement d'hébergement], à*



un indicateur pour traduire une situation individuelle et **par construction sa difficulté à prendre en compte la variabilité individuelle** ». Il renvoyait à des études<sup>12</sup> montrant une forte variabilité pour les GIR 3 et 4, ainsi qu'un important recouvrement des temps entre ces deux groupes de personnes.

Pour une population à domicile, la pertinence de la grille AGGIR ne serait en effet garantie que sous plusieurs hypothèses dont il est difficile de dire si elles ont été vérifiées, même pour la seule éligibilité, notamment :

- Les **profils d'autonomie discriminants sont les mêmes qu'en institution** (toutefois les variables « discriminantes » repérées initialement comme spécifiques de la population à domicile et non retenues dans l'algorithme légal (« déplacement à l'extérieur » et « communication ») semblent bien apparaître comme discriminantes pour les personnes en GIR 4 (ce sont les seules activités qu'une part des personnes ne réalise pas du tout) et probablement aussi pour les personnes en GIR 5 ou 6 (elles concernent une proportion faible de personnes, aux alentours de 10%, mais constituent la seule source de différence)<sup>13</sup>.
- **La couverture des besoins des différents rangs conduit au même groupage qu'en institution**

Même sous ces hypothèses il convient de garder à l'esprit que déterminer des montants de financement public en fonction de données moyennes n'a pas le même sens quand il s'agit de financer la prise en charge d'une population de résidents (en institution) où la variabilité des niveaux de besoins peuvent se compenser et celle d'une unique personne (à domicile) dont les besoins peuvent dépasser la moyenne.

## **2. La grille AGGIR ne tient pas compte des besoins spécifiques induits par la présence de troubles cognitifs**

Les concepteurs de la grille de 1993 appelaient également à compléter les travaux pour évaluer la charge en soins auprès de personnes présentant des pathologies psychiatriques afin d'étudier « *l'opportunité et les modalités d'un surclassement* ». **Les conséquences des troubles cognitifs et des troubles du comportement dans la vie en domicile ordinaire, sont en effet particulières dans la mesure où l'aide repose de manière déterminante sur l'entourage**. Au-delà de la stimulation souvent nécessaire dans le cas des personnes présentant des troubles cognitifs, le besoin de vigilance induit, au domicile, une charge en temps très différente de celle induite dans un environnement institutionnel.

---

<sup>12</sup> La prestation spécifique dépendance à domicile : l'évaluation des besoins par le plan d'aide ([Drees, ER n°136, Kerjosse, 2001](#)) et une étude des temps d'aide requis par incapacité sur la base de HID (document de travail n°2, annexé au rapport Colvez et al. 2005 remis à la DGAS).

<sup>13</sup> Résultats d'une étude conduite en 1994 par l'ORS des Pays de la Loire à la demande du département de la Sarthe donnant les résultats désagrégés de l'application de l'outil AGGIR sur un échantillon de 564 personnes de plus de 75 ans vivant en domicile ordinaire (Prévost, Vincke et Vuillemin 1996)

Le Conseil scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie soulignait, dans son rapport de 2003, que ces maladies « induisent une dépendance psychoaffective puis physique par rapport à l'entourage ». En conséquence, « on ne peut dissocier les personnes atteintes de la maladie de leur entourage dans la problématique de l'aide apportée ». « La question du risque est rapidement centrale et, en parallèle, le soutien des aidants est primordial ». « Le caractère non permanent des difficultés, souvent en rapport avec l'environnement, l'entourage proche mais aussi le milieu extérieur, rend encore plus difficile le repérage des difficultés et l'appréciation des risques pour la personne ».

#### D. Les classifications AGGIR successives pourtant ont été mobilisées pour établir les barèmes des prestations à destination des personnes âgées vulnérables (PED, PSD, puis APA)

##### 1. Les montants des plafonds nationaux APA applicables à chaque niveau de GIR correspondaient à ceux figurant dans le rapport Sueur de 2000<sup>14</sup>

Le rapport Sueur préconisait la mise en place de plans d'aide garantis ouvrant droit à des volumes d'aides uniformes sur tout le territoire, calculés en fonction du nombre de « points GIR ». Une telle garantie aurait ainsi supposé de fixer des plafonds en heures plutôt qu'en unités monétaires, dans un contexte de prix variables d'un département à l'autre. L'intention initiale était de fixer des **planchers** et des **plafonds**, différenciés selon les GIR. Les planchers avaient vocation à répondre à la problématique des disparités entre départements, avec un droit de tirage minimal, au nom du principe d'égalité. Les **plans d'aide subventionnés étaient exprimés en valeur monétaire** et leur montant déterminé par le seul niveau de dépendance de l'allocataire. Le dispositif correspondait ainsi à un **système de « droits de tirage »** : l'allocataire pouvait choisir d'utiliser tout ou partie de ce plan d'aide et acquittait un ticket modérateur fonction de ses revenus.

Le rapport de 2000 recommandait de retenir un **montant forfaitaire** (donc identique dans tous les départements) de 75 francs français (FF), pour une heure d'aide à domicile pour la valorisation des plans d'aide. Ce montant forfaitaire était également utilisé pour déterminer la participation horaire de l'allocataire. Cette dernière était en effet systématiquement calculée en retenant le montant de 75 FF même si l'allocataire optait pour un service facturant un tarif moins élevé. Ainsi, à **nombre d'heures donné, le modèle proposé neutralisait l'incitation financière directe, pour l'usager, de recourir à un service moins onéreux, et c'est le financeur public qui réalisait une économie dans ce cas<sup>15</sup>.**

---

<sup>14</sup> [L'aide personnalisée à l'autonomie : un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité \(jpsueur.com\), JP Sueur, mai 2000](#)

<sup>15</sup> L'allocataire pouvait éventuellement décider de recourir à davantage d'heures, dans la limite du nombre d'heures notifiées, valorisées par 75 FF



Ce choix traduisait la volonté de **préserver la liberté de choix du mode d'intervention** pour les allocataires, leur laissant la possibilité de recourir à un service prestataire, mandataire ou emploi direct et éventuellement de choisir d'employer un membre de leur famille. Il visait explicitement à supprimer l'influence excessive « *des considérations économiques au détriment de la qualité* » en proposant que « *le montant de sa participation financière ne soit pas déterminé par le coût de revient réel de la personne qui l'assiste, mais calculé selon un tarif moyen national proche du tarif d'un prestataire* ».

Ce **montant forfaitaire** de 75 FF, supérieur de 48 % au Smic horaire, **correspondait ainsi au tarif horaire** retenu cette même année pour le financement **des services prestataires agréés**<sup>16</sup>. Le rapport soulignait que le choix d'un tarif prestataire pouvait apparaître préférable au regard de la qualité (« *Il est vrai que le recours au service prestataire d'une association présente des avantages indiscutables, notamment une garantie de professionnalisme liée à l'encadrement et au souci de formation des personnels* ») mais qu'il était nécessaire de préserver le libre choix.

Les plans d'aide garanti présenté dans le rapport Sueur correspondait ainsi à la valorisation par ces 75 FF des plans d'aide correspondant à chaque GIR, exprimés en nombre d'heures (en cas d'utilisation intégrale pour financer des heures interventions à domicile).

**Tableau 4 | Plans d'aide garanti proposés dans le rapport Sueur de mai 2000 et traduction en heures d'intervention sous l'hypothèse d'un recours à l'aide humaine uniquement**

GIR	Montant du plan d'aide garanti	Equivalent-heures mensuelles (pour un tarif horaire de 75 FF)
GIR 1	7000 FF / mois	93,3
GIR 2	6000 FF / mois	80
GIR 3	4500 FF / mois	60
GIR 4	3000 FF / mois	40

Source : SG HCFEA, à partir du rapport Sueur de 2000

Interrogé dans le cadre de la préparation du rapport du Conseil de l'âge sur les conditions du bien-vieillir à domicile, le Sénateur Sueur a indiqué que le nombre d'heures retenu pour ses travaux de 2000 résultait d'un arbitrage, éclairé par les travaux de la Drees relatifs à la PSD. Le nombre d'heures moyen pour l'échelon d'aide le plus élevé observé par la Drees dans le cadre de ces travaux ayant été augmenté de sorte à corriger le fait qu'une partie des heures d'intervention considérées comme nécessaires n'étaient pas financées par la PSD.

<sup>16</sup> Informations complémentaires apportées par le Sénateur Sueur, interrogé dans le cadre des présents travaux : « Le tarif retenu est un calcul synthétique réalisé au niveau national en prenant pour base celui d'un prestataire de service. À titre d'illustration, le SMIC heure en 2000 était de 42,02FF. Soit un tarif horaire majoré de 78% »

### Encadré 3 | Compléments transmis en mai 2023 par le Sénateur Sueur en réponse aux questions du SG HCFEA concernant le rapport de 2000

« Concernant le calcul du nombre d'heures nécessaire selon le tableau GIR, s'il est vrai qu'il n'est pas clairement indiqué par quel raisonnement le nombre de 93 heures équivalent mensuel est obtenu, il est mentionné dans le rapport que « *L'équipe médico-sociale, dans la limite du droit légalement ouvert, aide la personne âgée à faire le diagnostic de ses besoins et à bâtir son plan d'aide concret. Ce plan comportera le plus souvent à la fois des heures d'aide à domicile et d'autres dépenses de natures diverses.* »

De plus, dans son étude numéro 136, de septembre 2001, « [La prestation spécifique dépendance à domicile : l'évaluation des besoins par le plan d'aide](#) », la DREES, donne des chiffres concernant le nombre d'heures nécessaires selon le score GIR, dans le cadre de la Prestation spécifique dépendance (PSD).

Ce rapport rappelle ainsi que « *le plan d'aide est proposé par l'équipe médico-sociale* » et expose de quelles façons sont distribuées ces heures. Il indique qu'en moyenne les primo demandeurs d'aide classés en GIR 1 se voient proposer 76 heures mensuelles d'aide et 85 en cas de renouvellement par les services médico-sociaux lors de l'élaboration des plans d'aide et se voient octroyer respectivement 66 et 77 heures d'aides dans le cadre de la PSD. Enfin, moins d'1% des demandeurs semblent nécessiter 90 heures ou plus d'heures dans le cadre de la PSD.

Il est difficile de trouver une méthode de calcul exacte du nombre moyen d'heures nécessaires. Il apparaît donc qu'un arbitrage ait été effectué en tenant compte des chiffres de la PSD et des heures nécessaires aux personnes demandeuses. L'APA venant remplacer ce dispositif, le plafond a été rehaussé afin de permettre une plus large prise en charge puisque comme exposé dans le rapport sur la PSD beaucoup d'heures jugées nécessaires par l'évaluation médico-sociale n'étaient en réalité pas attribuées par la PSD. »

Le dispositif de l'aide personnalisée à l'autonomie décrit dans le rapport Sueur retenait en outre un **taux de consommation moyen** des plans d'aide de 85 % pour les GIR 1 à 3 et de 75 % pour les GIR 4, conduisant pour chaque GIR à des nombres d'heures d'intervention plus faibles que ceux présentés dans le tableau 5.

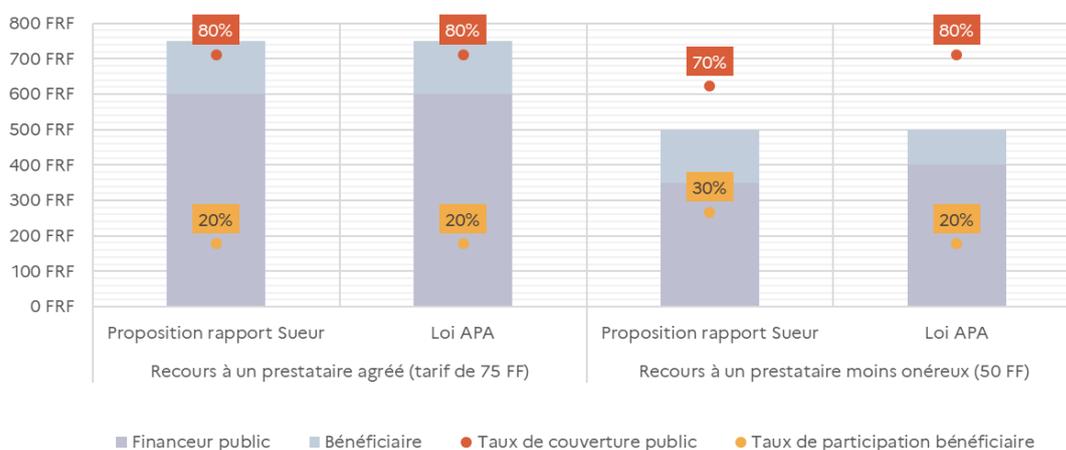
Enfin, le rapport Sueur précisait que les **plans d'aide ainsi définis étaient destinés à financer à la fois des heures d'aide à domicile et d'autres dépenses, de natures diverses**. Il proposait ainsi que la part pouvant servir à des aides autres que des interventions humaines puisse être portée ponctuellement, en valeur annuelle, à 50 % du montant du plan d'aide subventionné pour le GIR d'appartenance.

En conséquence, le nombre d'heures d'aide humaines couvertes par l'aide personnalisée à l'autonomie telle que définie dans le rapport Sueur se situait probablement à un niveau encore inférieur, pour chaque GIR, à ceux indiqués dans le tableau ci-dessous.



Ainsi, la neutralisation de la désincitation financière à recourir à des services prestataires, plus onéreux que les autres formes d'offre, qui était prévue dans le dispositif préconisé par le Rapport Sueur a été supprimée dans le dispositif d'APA finalement instauré<sup>18</sup>. En contrepartie, l'éventuelle économie pour le financeur public en cas de recours à un offreur moins coûteux a également disparu. La loi prévoyait néanmoins un dispositif correctif en majorant la participation de l'allocataire en cas de recours à un service prestataire non agréé ou en cas d'emploi direct : « La participation de l'allocataire de l'allocation personnalisée d'autonomie est majorée de 10 % lorsque ce dernier fait appel soit à un service prestataire d'aide-ménagère non agréé dans les conditions fixées à l'article L. 129-1 du code du travail ou non géré par un centre communal ou intercommunal d'action sociale, soit à une tierce personne qu'il emploie directement et qui ne justifie pas d'une expérience acquise ou d'un niveau de qualification définis par arrêté du ministre chargé des personnes âgées ».<sup>19</sup>

**Graphique 1 | Comparaison du taux de couverture des dépenses d'intervention humaine dans le modèle préconisé par le rapport Sueur de 2000 et dans celui retenu par la loi**



Note : illustration pour 10 heures d'intervention, valorisées à 75 FF, pour un assuré dont le taux de participation est 20 %

Source : SG HCFEA

### 3. La reconstitution de l'historique des plafonds de l'APA confirme ainsi qu'ils ont été déterminés en fonction de la seule charge moyenne en soins mesurée par la grille AGGIR

Une analyse retenant une base 100 pour le GIR 1 permet de reconstituer le passage de la modélisation initiale aux barèmes des prestations :

<sup>18</sup> Ce dispositif reste cependant en usage dans certains départements.

<sup>19</sup> Article R232-14 (abrogé en 2016)



Tableau 6 | Comparaison des charges en soins par groupe selon différentes sources  
(Indice 100 pour le GIR 1)

GIR (décret 97-427)	Echantillon 1* (1993)	Echantillon 2* (1993)	Prévost et al. (1996) <sup>20</sup>	Montant APA Rapport Sueur (2001)	Plafond APA (décret 2001-1084)
1	100	100	100	100	100
2	80	88	84	86	86
3	63	65	66	64	64
4	46	57	42	43	43

\* les regroupements de profils en GIR sont effectués sur la base du regroupement prévu dans le décret 97-427  
Source : SG HCFEA

Ces éléments suggèrent que **les plafonds de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ont bien été définis en fonction de la charge en soins** évaluée par la grille AGGIR selon la méthode décrite *supra* (les écarts entre la pondération de 1996 et celle de 2001 sont très contenus et sont probablement simplement liés à l'arrondi opéré lors de la valorisation des heures en francs pour l'élaboration des plafonds de l'APA).

En résumé, la construction des plafonds de financement de l'APA repose donc sur plusieurs approximations successives.

- La charge en soins infirmiers de base n'est pas la charge en aide totale : le périmètre donnant lieu à financement est donc partiel.
- En focalisant la mesure sur les seules charges en soins qui varient selon le niveau des incapacités, les écarts de charge entre GIR sont exacerbés : la générosité est alors d'autant plus élevée que le GIR passe de 4 à 1.
- Une mesure en heures ne se traduit pas en euros par un simple coefficient (75 FF), dès lors que lesdites heures correspondent à des niveaux de qualification et donc de salaires variables.
- Une charge moyenne peut fournir un ancrage pertinent pour fixer un montant de financement forfaitaire par GIR dans le cas d'un Ehpad. En revanche, cette méthode est inadaptée dans le cas d'un financement individuel, comme c'est le cas à domicile : elle conduit à ne pas assurer les personnes à domicile contre le risque d'avoir plus ou moins besoin d'aide que la moyenne des personnes du même GIR.
- Prendre une moyenne comme plafond conduit à venir relativement plus en aide aux personnes les moins dans le besoin, à GIR donné
- La charge en soins mesurée concernait des personnes accueillies en établissement d'hébergement.
- La catégorisation retenue pour calculer les moyennes transformées en plafond ne prend pas en compte les dimensions les plus pertinentes pour la population vivant en domicile ordinaire.

<sup>20</sup> Rapport de l'étude PATHOS réalisée en 2001 par Dr Patrice Prévost, Dr Claire Vuillemin, Dr Pierre Fender (CNAMTS/DSM), [publié en février 2003](#)

### III. Les plafonds de l'APA n'ont pas été réinterrogés - dans leur logique et leur pertinence - depuis son instauration, il y a plus de 20 ans

#### A. Les plafonds nationaux de l'APA ont toujours été exprimés en référence à la majoration pour tierce personne (MTP)

Les textes de loi successifs suggèrent que le plan d'aide est établi en nature (nombre d'heures d'intervention), puis que son montant est valorisé. Le dernier article de la procédure d'instruction et des modalités d'élaboration des plans d'aide inscrites dans la loi initiale stipule ainsi : « Pour la détermination du plan d'aide, la valorisation des heures d'aide-ménagère est opérée en tenant compte des dispositions régissant, selon les cas, les statuts publics ou les conventions collectives et accords de travail applicables aux salariés de la branche de l'aide à domicile agréés au titre de l'article L. 314-6 ou encore de celles relatives à la convention collective nationale des salariés du particulier employeur »<sup>21</sup>.

Depuis son instauration, les plafonds nationaux qui déterminent les montants maximaux des plans d'aide à domicile sont exprimés en proportion de la majoration pour tierce personne (MTP)<sup>22</sup>.

Les montants en francs, qui apparaissaient dans le rapport Sueur de 2000 ont été convertis en part de MTP et c'est ainsi qu'ont été déterminées les taux de conversion de la MTP en plafonds d'APA, au moment de sa mise en œuvre en 2002 :

Tableau 7 | Détermination des plafonds APA en proportion de la MTP au moment de sa mise en œuvre en 2002

GIR	Plafonds APA = Montant du plan d'aide garanti préconisé dans le rapport Sueur	Montant mensuel de la MTP en 2001	Ratio plafond/MTP = plafonds exprimés en part de MTP
GIR 1	7000 FF par mois	5881,24 FF	1,19
GIR 2	6000 FF par mois		1,02
GIR 3	4500 FF par mois		0,765
GIR 4	3000 FF par mois		0,51

Source : SG HCFEA

Les plafonds d'APA à domicile ont ainsi été rattachés à la MTP dès l'instauration de l'APA et sont actualisés chaque année selon le même coefficient, qui résulte des modalités réglementaires de revalorisation annuelle qui s'appliquent à la MTP et dépend de l'inflation.

<sup>21</sup> Article R232-9, version en vigueur avant 2005

<sup>22</sup> La MTP a été remplacée, depuis le 1er mars 2013, par la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP)



## B. Les hausses exceptionnelles des plafonds en 2016 et 2022 n'ont pas reposé sur une réévaluation du volume d'heures nécessaire à l'accompagnement des personnes âgées vulnérables

### 1. Les plafonds ont été augmentés une première fois en 2016 dans le cadre de la Loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015

La mesure principale de la loi ASV était la revalorisation des plafonds de prise en charge de l'APA<sup>23</sup>, exprimée en montants mensuels :

- De 1 312,67 € à 1 713,08 € mensuels pour les personnes en GIR 1, soit + 400 €
- De 1 125,14 € à 1 375,54 € mensuels pour les personnes en GIR 2, soit + 250 €
- De 843,86 € à 993,88 € mensuels pour les personnes en GIR 3, soit + 150 €
- De 562,57 € à 662,95 € mensuels pour les personnes en GIR 4, soit + 100 €

Tableau 8 | Montant des plafonds APA en proportion de la MTP suite à la Loi ASV

GIR	Augmentation des plafonds dans le cadre de la Loi ASV	Plafonds mensuels APA après revalorisation	Montant mensuel de la MTP en 2015	Ratio plafond/MTP = plafonds exprimés en part de MTP
GIR 1	400 € par mois	1 713,08 €	1103,08 €	1,553
GIR 2	250 € par mois	1 375,54 €		1,247
GIR 3	150 € par mois	993,88 €		0,901
GIR 4	100 € par mois	662,95 €		0,601

Source : SG HCFEA

Si la présentation de la mesure effectuée au moment de la mise en œuvre de la Loi ASV stipulait que « les nouveaux plafonds pourraient permettre de financer de nouvelles aides (aides techniques, accueils temporaires, aides à domicile...) pour les 180 000 allocataires de l'APA à domicile dont le plan d'aide atteignait le plafond »<sup>24</sup>, ses effets ont à nouveau été illustrés par une traduction intégrale des augmentations en nombre d'heures d'aide à domicile (en retenant un coût moyen de 20 € par heure).

<sup>23</sup> Les augmentations des plafonds avaient été calibrées pour conduire à une dépense supplémentaire annuelle évaluée à 153 M€, soit le quart du rendement de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), instaurée par la Loi ASV. Cette mesure était couplée à celle visant à alléger le reste à charge (ticket modérateur) pour les plans d'aide les plus lourds, pour un montant de 197 M€ par an. Ces éléments sont détaillés dans l'étude d'impact annexée à la Loi ASV.

<sup>24</sup> [Les mesures de la loi d'adaptation de la société au vieillissement | Pour les personnes âgées \(pour-les-personnes-agees.gouv.fr\)](https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr)

Figure 8 | Présentation de la mesure de revalorisation de l'APA dans le dossier de presse de la Loi ASV



Source : [Dossier de presse de la Loi ASV](#)

## 2. Plus récemment, les plafonds ont fait l'objet d'une nouvelle revalorisation, dans le cadre de la LFSS pour 2022

La mesure de la LFSS pour 2022 instaurant un tarif horaire minimal à 22 €<sup>25</sup> pour les services d'aide à domicile en mode d'emploi prestataire conduisant mécaniquement à une augmentation du montant des plans d'aide des allocataires de l'APA à domicile, le gouvernement a décidé d'accompagner cette mesure d'un relèvement des plafonds des plans d'aide.

L'ampleur du relèvement des plafonds applicables à chaque GIR a été déterminée par la Drees et visait à conserver le taux de saturation<sup>26</sup> des plans d'aide constaté avant mesure.

Tableau 9 | Montant des plafonds APA en proportion de la MTP suite à la LFSS 2022

GIR	Augmentation des plafonds dans le cadre de la LFSS 2022	Plafonds APA après revalorisation	Montant mensuel de la MTP en 2021	Ratio plafond/MTP = plafonds exprimés en part de MTP
GIR 1	59 € par mois	1807,89 €	1126,41 €	1,605
GIR 2	57 € par mois	1 462,08 €		1,298
GIR 3	42 € par mois	1056,57 €		0,938
GIR 4	28 € par mois	705,13 €		0,626

Source : SG HCFEA

<sup>25</sup> Le tarif plancher a été revalorisé en 2023 et porté à 23 € sans modification des plafonds de l'APA exprimés en proportion de la MTP

<sup>26</sup> Un plan d'aide est conventionnellement qualifié de « saturé » lorsque la somme des montants notifiés d'aide humaine et non humaine excède 96% du plafond associé au GIR de l'allocataire



### C. Une analyse conventionnelle du nombre d’heures maximal correspondant aux plafonds de l’APA montre une tendance à la baisse depuis sa création

Le rapport des plafonds applicables en 2023 au montant du tarif plancher, revalorisé à 23 € par la LFSS pour 2023 permet de déterminer un nombre d’heures maximal solvabilisables dans le cadre des plans d’aide.

Ce calcul est conventionnel et conduit à évaluer un nombre d’heures majorant :

- Il est calculé à partir du tarif minimal, alors que de nombreux services appliquent un tarif horaire plus élevé ;
- Il suppose que l’intégralité est consommée en heures d’intervention à domicile, et qu’aucune autre dépense n’est financée par le plan d’aide.

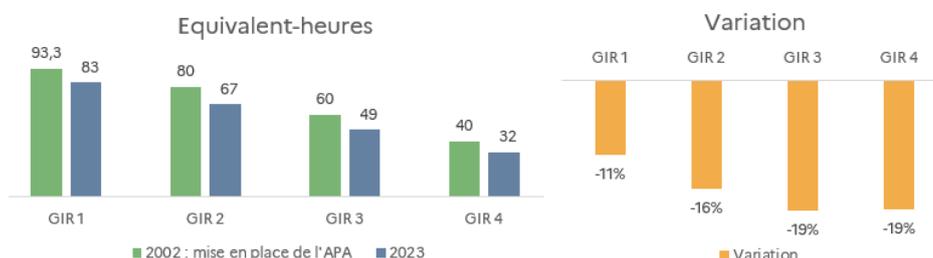
Tableau 10 | Montant des plafonds 2023 et nombre d’heures finançable (pour un SAAD pratiquant le tarif plancher et sous l’hypothèse d’un recours à l’aide humaine uniquement)

GIR	Plafonds mensuels APA 2023	Equivalent-heures mensuel (pour un tarif égal au plancher de 23 €)
GIR 1	1 914,06 €	83
GIR 2	1 547,94 €	67
GIR 3	1 118,62 €	49
GIR 4	746,54 €	32

Source : SG HCFEA

La comparaison du nombre maximal d’heures d’intervention au domicile correspondant aux plafonds APA (selon les calculs conventionnels présentés *supra*) fait apparaître une **diminution des équivalents-heures mensuels entre 2002, date de mise en place de l’APA, et aujourd’hui**. Cette diminution s’établit à 10 heures par mois pour les interventions auprès de allocataires classés en GIR 1, soit une baisse de 11 %. Elle est nettement plus forte pour les autres niveaux de GIR : -16 % pour les GIR 2 et -19 % pour les GIR 3 et 4.

Graphique 2 | Comparaison des équivalents-heures mensuels finançables par les plafonds APA à l’origine et aujourd’hui



Source : SG HCFEA

Cette réduction du volume d’heures solvabilisables par l’APA (dans l’hypothèse d’un plan d’aide finançant intégralement des interventions humaines) est **mécanique, dans la mesure où les rémunérations progressent plus rapidement que les prix, en particulier pour les rémunérations les plus modestes, compte-tenu des modalités de revalorisations du SMIC.**

## Partie 2

### Le modèle d'attribution des aides à domicile, en particulier via l'APA présente de nombreuses limites

#### I. L'outil AGGIR présente des faiblesses pour déterminer la réponse adaptée au besoin d'aide à domicile

L'analyse des modalités de construction de la grille AGGIR montre qu'elle n'est pas totalement adaptée pour servir d'outil de repérage des personnes en fonction du coût des réponses qu'appellent leurs besoins et leurs attentes. Pour autant, regarder les propriétés théoriques de cette grille n'apporte qu'une vision partielle, car elles peuvent avoir des conséquences concrètes très variables sur le système d'attribution des aides. Pour compléter le diagnostic, il est utile d'analyser les conséquences qu'ont la structure de la grille et son remplissage pour la population des personnes âgées présentant des restrictions d'activités (RA) en étudiant plus avant le profil de RA des allocataires de l'APA et en mesurant la fréquence des profils de RA qui ne rendent pas éligibles. Des analyses complémentaires sur la sensibilité de la grille aux cotations ont été conduites afin d'évaluer la proportion de personnes pour lesquelles l'éligibilité ou le classement dans un GIR donné dépend de modifications marginales dans l'utilisation de la grille (modification d'une seule lettre dans la cotation des 8 activités entrant dans l'algorithme).

#### Encadré 4 | Données mobilisées

Les analyses présentées dans ce document s'appuient sur les données issues de l'enquête CARE Ménage (CARE-M), réalisée par la Drees en 2015, et mobilisées pour étudier les caractéristiques de la première population (population générale des 75 ans et plus vivant en logement ordinaire) ainsi que sur les remontées individuelles de l'APA de 2017 (RI APA 2017), utilisées pour les analyses ayant trait à la seconde population, qui correspond aux allocataires de l'APA à domicile.

Les **RI APA** sont des données issues du suivi administratif des allocataires de l'APA qui permettent de disposer des informations collectées par les équipes médicosociales des départements dans le cadre des évaluations APA. Les effectifs couverts sont élevés, même après restriction de l'échantillon aux personnes âgées de 75 ans et plus (233 205 observations après suppression de celles pour lesquelles la cotation des axes n'est pas renseignée). Les RI étant représentatives à l'échelle des départements, elles permettent de faire des comparaisons interdépartementales. En revanche, ces données ne couvrent que les allocataires de l'APA, elles ne permettent donc pas d'observer les configurations de RA ne donnant pas droit à l'APA, ni de disposer d'une information complète de celles ouvrant droit à l'APA (non recours).



**L'enquête CARE-M** n'est pas spécifique aux allocataires de l'APA. Elle inclut donc aussi des individus non éligibles à l'APA ainsi que des individus éligibles à l'APA mais non allocataires de la prestation. Cette enquête permet de reconstituer les cotations A, B ou C sur chacune des activités entrant dans le calcul du GIR à partir des informations collectées auprès des individus enquêtés. Toutes les configurations de restrictions d'activité (RA) existantes sont donc potentiellement observables, y compris pour des individus non éligibles à l'APA. L'échantillon, restreint ici aux individus âgés de 75 ans et plus, comprend 5 941 observations. Cette taille réduite induit plusieurs limites pour les travaux présentés dans ce document. D'une part l'effectif est trop faible pour couvrir l'ensemble des configurations possibles de RA (plus nombreuses que la taille de l'échantillon), d'autre part l'extrapolation des résultats (à une population totale de 5,2 millions de personnes) comporte le risque de considérer les configurations de RA non observées dans l'échantillon comme inexistantes, alors qu'elle peuvent être observées chez des individus qui n'ont pas été enquêtés ou à l'inverse, le risque de considérer comme plus fréquente qu'elle n'est réellement une configuration extrêmement rare mais observée dans l'échantillon chez un individu représentatif d'un groupe d'individus important au regard d'autres caractéristiques (âge, sexe, GIR,...). D'autre part ces mesures reposent sur des données déclaratives et non sur une évaluation à domicile faite par une équipe médico-sociale, et ne constituent donc que des estimations. Par ailleurs, elles varient selon que l'on retienne ou non les personnes qui déclarent uniquement « quelques » difficultés à réaliser les activités. Dans la suite de la note, la définition large de la Drees est retenue, la définition restreinte des restrictions d'activités conduisant à un nombre d'individus éligibles à l'APA inférieur au nombre de allocataires effectifs.

Les classements en GIR obtenus en se fondant sur les données de l'enquête CARE-M sont, à l'instar de ceux issus des travaux conduits sur les données RI APA, très proches de ceux remontés dans les enquêtes les plus récentes<sup>27</sup>.

	Effectifs dans les échantillons		% dans les populations représentées		
	CARE-M (2015)	RI-APA (2017)	CARE-M (2015)		RI-APA (2017)
	Ensemble des 75 ans et plus	Allocataires de l'APA de 75+	Ensemble des 75 ans et plus	75 ans et plus en GIR 1-4	Allocataires de l'APA de 75+
<b>GIR 1</b>	111	5 618	1%	4%	2%
<b>GIR 2</b>	545	40 375	4%	21%	17%
<b>GIR 3</b>	535	54 490	3%	21%	24%
<b>GIR 4</b>	1 416	132 722	12%	54%	57%
<b>GIR 1 à 4</b>	<b>2 607</b>	<b>233 205</b>	<b>20%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>GIR 5</b>	797		10%		
<b>GIR 6</b>	2 537		70%		
<b>GIR 1 à 6</b>	<b>5 941</b>		<b>100%</b>		

Notes : L'échantillon RI-APA 2017 a été restreint aux individus âgés d'au moins 75 ans dont les 8 activités entrant dans le calcul du GIR sont renseignées. Le GIR présent dans l'enquête CARE-M est un GIR estimé.

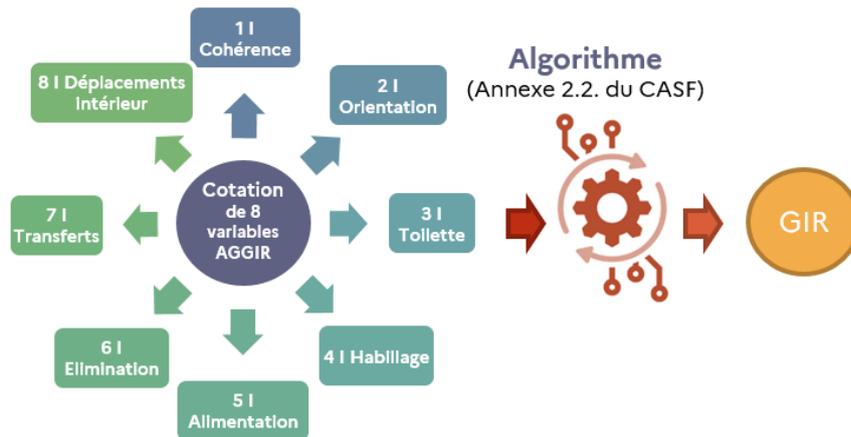
Source : SG HCFEA sur données Drees - enquêtes CARE-M (2015), RI APA 2017

<sup>27</sup> Sur le champ total, y compris les personnes âgées de moins de 75 ans, la proportion de personnes relevant de chacun des GIR parmi la population observée est ainsi globalement cohérente avec les résultats de l'enquête Aide sociale 2021 de la Drees

## A. La grille AGGIR est un outil excessivement complexe, dont les effets de classement sont peu lisibles

Si la capacité de réalisation des 17 activités de la grille AGGIR est théoriquement mesurée pour élaborer le plan d'aide, seules 8 d'entre-elles sont effectivement prises en compte pour le calcul du GIR (*cf. supra*).

Figure 9 | Activités mobilisées pour le classement dans un GIR donné



Source : SG HCFEA

### 1. Moins de 40 % des combinaisons de restrictions d'activité théoriquement possibles sont effectivement observées

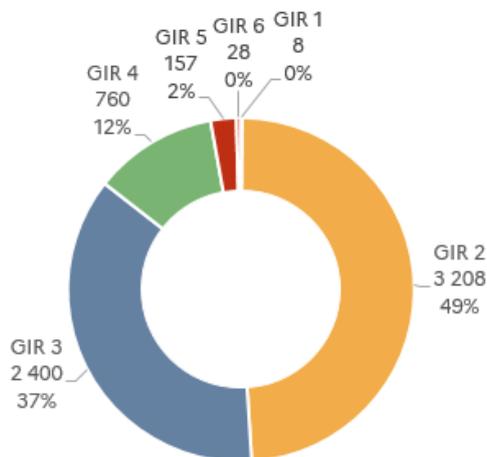
Sur la base des 8 activités de l'algorithme et des trois niveaux de cotations (A, B, C), la grille AGGIR permet de distinguer a priori 6 561 configurations de restriction d'activité<sup>28</sup> (RA). L'algorithme de classement en GIR permet de passer de ces 6 561 configurations à 6 groupes, 6 376 d'entre elles correspondant à des GIR 1, 2, 3 ou 4.

Une proportion significative des configurations de RA n'est pas observée, ni même observable, dans la population, certaines configurations étant aberrantes. Il est par exemple peu probable qu'un individu prépare ses repas spontanément, totalement, habituellement et correctement (codage en A sur la dimension « Alimentation ») s'il ne peut faire seul aucune des 7 autres activités (codage en C).

<sup>28</sup> Le terme « configuration de RA » désigne la synthèse des cotations sur l'ensemble des 8 restrictions d'activité entrant dans le calcul du GIR. Par exemple : « AACBAAAA », pour une personne pouvant réaliser seule l'ensemble des activités à l'exception de la toilette (restriction dite « absolue » dans le reste de la note) et de l'habillage (restriction dite « lourde » dans le reste de la note).



Graphique 3 | Ventilation des configurations de restrictions d'activité théoriquement possibles selon le GIR



Source : SG HCFEA

De fait, certaines restrictions d'activités apparaissent fréquemment associées. Par exemple les individus ayant une RA à l'item 5 | Alimentation sont plus de 80 % à avoir également une RA à l'item 3 | Toilette ou à l'item 4 | Habillage.

Tableau 11 | Probabilité d'avoir une restriction lourde (B) ou absolue (C) dans une activité (en ligne) conditionnellement au fait d'avoir une restriction lourde (B) ou absolue (C) dans une activité (en colonne), chez les 75 ans et plus\*

	1 I	2 I	3 I	4 I	5 I	6 I	7 I	8 I
1 I Cohérence		55%	54%	53%	64%	61%	50%	57%
2 I Orientation	57%		60%	60%	71%	68%	55%	67%
3 I Toilette	46%	50%		79%	81%	76%	68%	76%
4 I Habillage	43%	47%	75%		82%	73%	71%	75%
5 I Alimentation	29%	32%	43%	46%		52%	42%	47%
6 I Elimination	33%	35%	48%	48%	61%		49%	54%
7 I Transferts	39%	42%	62%	68%	73%	71%		73%
8 I Dépl. Intérieur	33%	38%	53%	54%	61%	59%	55%	

\* Vivant en logement ordinaire, allocataires ou non de l'APA

Lecture : La proportion d'individus ayant une RA (B ou C) dans l'axe 1 I Cohérence est de 55 % parmi ceux ayant une RA (B ou C) dans l'axe 2 I orientation, 54% parmi ceux une RA (B ou C) dans l'axe 3 I Toilette...

Source : SG HCFEA sur données de l'enquête CARE-M (Drees)

En revanche, les troubles de la cohérence et de l'orientation (items 1 et 2) sont statistiquement moins associés à d'autres restrictions : ainsi, parmi les individus de 75 ans et plus, allocataires ou non de l'APA, et ayant une RA (B ou C) à l'item 1 | Cohérence, moins de 50 % ont aussi une restriction pour les items 3 I Toilette ou 4 | Habillage (respectivement 46% et 43%). Il en est de même pour ceux ayant une RA (B ou C) à l'item 2 | Orientation (50% ont aussi une restriction pour l'activité 3 I Toilette et 47% pour l'activité 4 | Habillage).

Finalement, seules 2 510 configurations de RA, soit **38 % des configurations théoriquement possibles pour les GIR 1 à 4, sont observées chez les individus de 75 ans et plus allocataires de l'APA**. Dans l'échantillon de l'enquête CARE-M, de taille plus réduite, mais permettant d'observer également des configurations de RA n'ouvrant pas droit à l'APA, 843 configurations sont effectivement observées (dont 754 ouvrant droit à l'APA).

C'est en particulier dans les configurations de RA conduisant au classement dans les GIR 2 et 3, qui rassemblent près de 86 % des combinaisons possibles, que les ratios « nombre de configurations observées / nombre de configurations théoriques » sont les plus faibles (respectivement 30 % et 44 %).

**Tableau 12 | Nombre de configurations de restrictions d'activité (RA) possibles et effectivement observées dans les enquêtes RI APA (2017) et CARE-M (2015)**

	Configurations de RA possibles	Observations RI APA (n=233 205)		Observations CARE M (n=5941)	
		Configurations	% parmi les configurations théoriques	Configurations	% parmi les configurations théoriques
GIR 1	8	5	63%	2	25%
GIR 2	3 208	950	30%	197	6%
GIR 3	2 400	1046	44%	269	11%
GIR 4	760	509	67%	286	38%
<b>Total GIR 1 à 4</b>	<b>6376</b>	<b>2510</b>	<b>39%</b>	<b>754</b>	<b>12%</b>
GIR 5	157			72	46%
GIR 6	28			17	61%
<b>Total GIR 1 à 6</b>	<b>6 561</b>			<b>843</b>	<b>13%</b>

Source : SG HCFEA sur données Drees, enquête CARE-M et RI APA 2017

Notes : L'échantillon RI-APA 2017 a été restreint aux individus âgés de 75 ans et plus dont les 8 activités entrant dans le calcul du GIR sont renseignées. Le GIR présent dans l'enquête CARE-M est un GIR estimé.

## 2. L'éligibilité à l'APA définie par la grille AGGIR repose finalement sur cinq conditions alternatives

Compte-tenu de l'algorithme prévu par le CASF, l'analyse conduite sur la distribution des individus observés dans l'enquête CARE dans chacune des configurations de RA possibles aboutit à estimer que 20 % des individus de 75 ans et plus vivant en logement ordinaire sont éligibles à l'APA (*cf. supra*).

L'analyse menée par le SG du HCFEA montre que :

- Les individus ayant une seule restriction lourde (B) ou absolue (C) parmi les 8 activités prises en compte par l'algorithme ne sont jamais éligibles à l'APA ;



- Les personnes cumulant 2, 3 ou 4 restrictions lourdes ou absolues (B ou C) sont parfois éligibles mais parfois non. Avoir deux restrictions absolues (C) n'ouvre en particulier pas systématiquement droit à l'APA<sup>29</sup>;
- Les individus ayant au moins 5 restrictions lourdes ou absolues (B ou C) sont systématiquement éligibles à l'APA.

Une analyse approfondie de l'algorithme AGGIR permet d'aller plus loin et d'identifier 5 conditions alternatives permettant, en les appliquant successivement, de couvrir l'ensemble des personnes éligibles à l'APA. L'algorithme peut ainsi se résumer à ces 5 conditions, présentées ci-après de la plus simple et lisible à la plus complexe :

**Condition n°1** | 2 restrictions absolues (C) parmi les combinaisons de restrictions indiquées en **vert foncé** dans le tableau ci-contre

**Condition n°2** | Combinaison de deux restrictions lourdes (B) ou absolues (C) dans au moins 2 des 4 activités : 3 | Toilette, 4 | Habillage, 5 | Alimentation, 6 | Élimination.

**Condition n°3** | Combinaison de :  
Une restriction B à 7 | Transferts et une restriction B ou C à au moins une des 4 activités : 3 | 4 | 5 | 6 |

Une restriction B à 8 | Déplacement à l'intérieur et une restriction C à au moins une des 4 activités : 3 | 4 | 5 | 6 |

**Condition n°4** | Combinaison de 2 restrictions C parmi les combinaisons de RA indiquées en **vert clair** dans le tableau et d'une restriction B dans l'une des 6 autres activités.

**Condition n°5** | Combinaison de :  
Une restriction absolue (C) à 7 | Transferts  
Une restriction B sur au moins une des 4 activités : 3 | 4 | 5 | 6 |

Une restriction B à 8 | Déplacement interne ou de deux restrictions lourdes à 1 | Cohérence ou 2 | Orientation

**Associations de RA ouvrant droit à l'APA**

	1   Cohérence	2   Orientation	3   Toilette	4   Habillage	5   Alimentation	6   Élimination	7   Transferts	8   Dépl. Int.
1   Cohérence	■	■	■	■	■	■	■	■
2   Orientation	■	■	■	■	■	■	■	■
3   Toilette	■	■	■	■	■	■	■	■
4   Habillage	■	■	■	■	■	■	■	■
5   Alimentation	■	■	■	■	■	■	■	■
6   Élimination	■	■	■	■	■	■	■	■
7   Transferts	■	■	■	■	■	■	■	■
8   Dépl. Intérieur	■	■	■	■	■	■	■	■

Une restriction absolue (C) pour les deux activités

Une restriction absolue (C) pour les deux activités, associée une restriction sévère (B) dans une des six autres activités.

*Lecture : Un codage en C, restriction absolue, dans les 2 activités inscrites en abscisse et en ordonnée conduit à l'éligibilité de l'APA pour toutes les combinaisons en vert foncé., pour celle en vert clair, il faut que ces restrictions absolues soient combinées à une restriction sévère sur un autre axe. Ainsi, pour la première ligne le codage en C de l'axe 1, combiné au codage en C des axes 2, 5, 6, 7 conduit à une éligibilité à l'APA, tandis que le codage en C des axes 3 et 4 ne suffit pas à l'ouvrir : elle ne sera effective que si une autre des 6 activités (2, 5, 6, 7, 8) est codée en B*

<sup>29</sup> 2 600 individus ayant une restriction absolue dans 2 activités ne sont pas éligibles à l'APA. Tous sont des individus avec une restriction absolue sur l'axe 2.-Orientation. L'autre restriction concerne dans 84 % des cas l'axe 8-Déplacement et dans 16 % des cas l'axe 3-Toilette

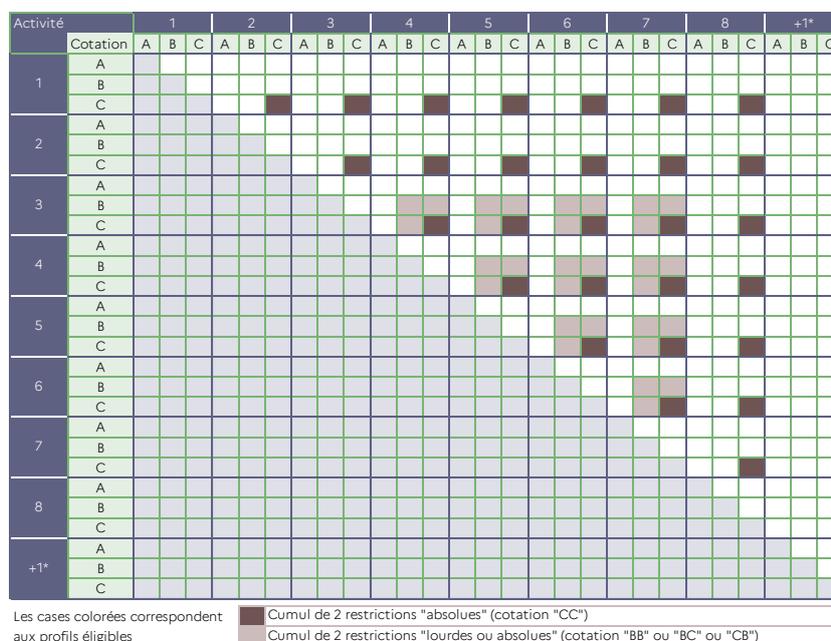
### 3. Une éligibilité pouvant être définie de manière simplifiée, avec une incidence marginale sur le périmètre des personnes éligibles

Les analyses conduites par le SG du Conseil de l'âge montrent que des résultats similaires à ceux obtenus actuellement, en termes d'éligibilité à l'APA, pourraient être obtenus avec une règle nettement plus simple et lisible, qui ne nécessite pas l'utilisation de calculs sous-jacents et permet d'identifier la quasi-totalité des combinaisons de RA que l'algorithme AGGIR définit comme éligible à l'APA.

**Condition d'éligibilité simplifiée :** Cumul de 2 restrictions absolues (C) parmi les 8 activités ou de 2 restrictions lourdes ou absolues (B ou C) parmi les activités 3 | Toilette, 4 | Habillage, 5 | Alimentation, 6 | Élimination ou 7 | Transferts.

 Cette traduction simplifiée de l'éligibilité telle que définie par la grille AGGIR aboutit à des résultats très proches de ceux effectivement obtenus avec les modalités d'éligibilité actuelles : sur les 6 376 configurations de RA donnant actuellement droit à l'APA, cette règle d'éligibilité simplifiée permet d'en identifier 6360. Les 16 configurations ouvrant droit à l'APA mais non identifiées ne sont quasiment pas représentées dans la population (~300 personnes) si bien que la règle simplifiée couvre plus de 99,9 % des personnes éligibles à l'APA (résultat identique que l'on considère l'enquête CARE-M ou les RI APA). Elle conduit cependant à considérer éligibles 41 configurations ne donnant actuellement pas droit à l'APA selon une application stricte de la grille AGGIR (ou des 5 conditions précédentes). Ces 41 configurations de RA ne représenteraient toutefois que 2 600 individus selon l'extrapolation effectuée sur la base de l'enquête CARE-M.

Figure 10 | Conditions d'éligibilité simplifiées à l'APA selon la grille AGGIR



\* Parmi les activités mesurées dans la grille AGGIR mais non prises en compte actuellement pour déterminer l'éligibilité à l'APA : 9 | Déplacement à l'extérieur, 10 | ..., 16 | Suivi de traitement

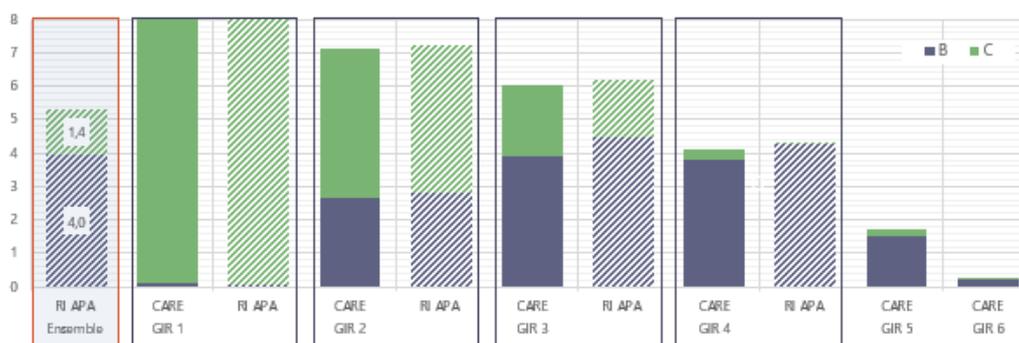
Source : SG HCFEA



#### 4. Le nombre de restrictions lourdes ou absolues et la part des restrictions absolues s'accroissent avec le GIR

Dans la pratique, l'algorithme qui permet de passer des 6 561 combinaisons de restrictions d'activité aux 6 GIR conduit à ce que les allocataires de l'APA âgés de 75 ans et plus présentent en moyenne plus de restrictions d'activité que le reste de la population du même âge : ils sont en moyenne caractérisés par 4 RA lourdes (B) et 1,4 RA absolue (C). A chaque GIR est néanmoins associé un nombre moyen de RA et une proportion relative de restrictions lourdes (B) et absolues (C) plus ou moins importants. Les individus classés en GIR 1 sont ainsi pour la quasi-totalité caractérisés par des restrictions absolues (C) pour les 8 items pris en compte dans le classement en GIR tandis que les individus en GIR 4 sont en moyenne caractérisés par un peu plus de 4 RA lourdes (B), très généralement sans RA absolues. Les GIR 2 et 3 sont dans une situation intermédiaire en cumulant respectivement 7 et 6 RA en moyenne.

Graphique 4 | Nombre moyen de restrictions d'activité (B = lourdes ; C = absolues) par GIR

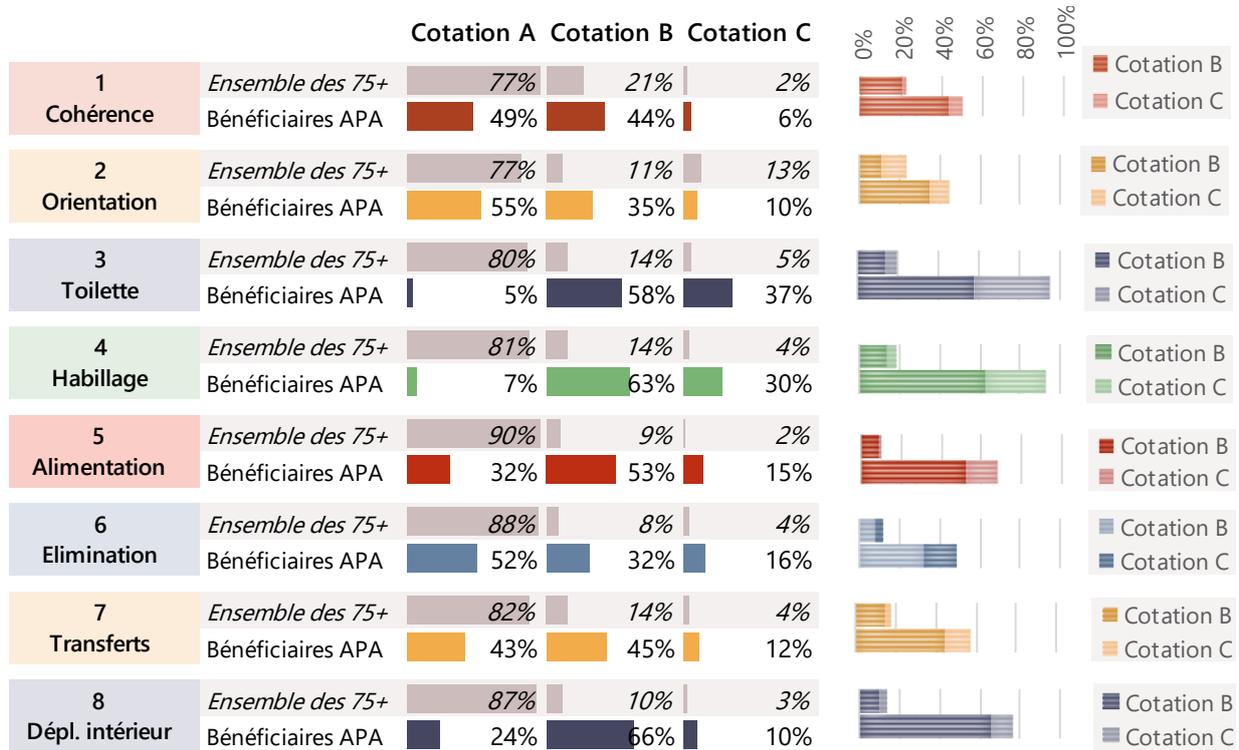


Notes : L'échantillon RI-APA 2017 a été restreint aux individus âgés d'au moins 75 ans dont les 8 activités entrant dans le calcul du GIR sont renseignées. Le GIR présent dans l'enquête CARE-M est un GIR estimé. Source : SG HCFEA sur données Drees - enquêtes CARE-M (2015), RI APA 2017

#### 5. La prévalence des restrictions d'activité naturellement plus forte parmi les bénéficiaires de l'APA que dans le reste de la population âgée, l'est moins nettement pour les items « Orientation » et « Cohérence »

Le taux de prévalence des restrictions est plus faible dans la population générale des personnes âgées d'au moins 75 ans que dans la population des allocataires de l'APA (d'au moins 75 ans) pour chacune des 8 activités. Les écarts sont cependant plus ou moins marqués selon les activités. La population des allocataires de l'APA se distingue en particulier moins du reste de la population âgée au regard des items 1 | Cohérence et 2 | Orientation, qu'au regard des autres items.

Graphique 5 | Proportion d'individus présentant des restrictions d'activités lourdes (B) ou absolues (C) pour chacune des huit activités entrant dans le calcul du GIR



Note : L'échantillon RI-APA 2017 a été restreint aux individus âgés de 75 ans et plus dont les 8 activités entrant dans le calcul du GIR sont renseignées.

Lecture : Pour l'activité 1 | Cohérence, la part des personnes présentant des restrictions lourdes (B) s'établit à 44 % parmi les allocataires de l'APA et 6 % pour les restrictions absolues (C).

Source : SG HCFEA sur données de l'enquête CARE-M (Drees) et des RI APA 2017 (Drees)

Au sein de la population générale des personnes âgées d'au moins 75 ans vivant en logement ordinaire, les prévalences des restrictions (B ou C), mesurées à partir des déclarations des personnes enquêtées ou d'un membre de leur entourage, varient de 11 % pour l'item **5 | Alimentation** à 23 % pour les items **1 | Cohérence** et **2 | Orientation**. Dans la majorité des cas, il s'agit de restrictions lourdes (B) plutôt qu'absolues (C), sauf pour l'item **2 | Orientation**, où les restrictions absolues concernent plus d'un individu sur deux.

Chez les allocataires de l'APA de 75 ans ou plus, les prévalences des restrictions (B ou C), mesurées cette fois-ci par les équipes médico-sociales des départements en charge de l'évaluation des demandes d'APA, varient de 45 % pour l'item **2 | Orientation** à 93 % et 95 % pour les items **4 | Habillage** et **3 | Toilette**.

## 6. Neuf allocataires de l'APA sur dix ont des restrictions sur les items « Habillage » et « Toilette »

Lorsqu'on considère les configurations de restrictions d'activité, la combinaison des items **4 | Habillage** et **3 | Toilette** joue un rôle majeur. L'algorithme fait que, comme détaillé *infra*, être coté en B ou C sur chacun des deux items rend éligible à l'APA quelle que soit la cotation



sur les 6 autres items. De fait, les restrictions sur les deux items 4 | Habillage et 3 | Toilette sont communes à une très grande majorité des allocataires : 90 % sont caractérisées par des restrictions sur les deux activités (B ou C), 9 % par des restrictions sur l’une ou l’autre et 1 %, seulement, par aucune restriction sur ces deux activités.

Tableau 13 | Répartition des allocataires de l’APA à domicile de 75 ans ou plus selon la cotation aux items 3 | Toilette et 4 | Habillage

		3   Toilette			
		A	B	C	Ensemble
4   Habillage	A	1 %	3 %	<1%	5 %
	B	6 %	49 %	3 %	58 %
	C	<1 %	11 %	27 %	27 %
	Ensemble	7 %	63 %	30 %	100 %

Note : l’échantillon RI-APA 2017 a été restreint aux individus âgés de 75 ans et plus dont les 8 activités entrant le calcul du GIR sont renseignés.

Lecture : 27 % des allocataires de l’APA sont cotés en C sur à la fois que l’axe 3 | Toilette et l’axe 4 | Habillage

Source : SG HCFEA, à partir des données des RI-APA 2017 (Drees)

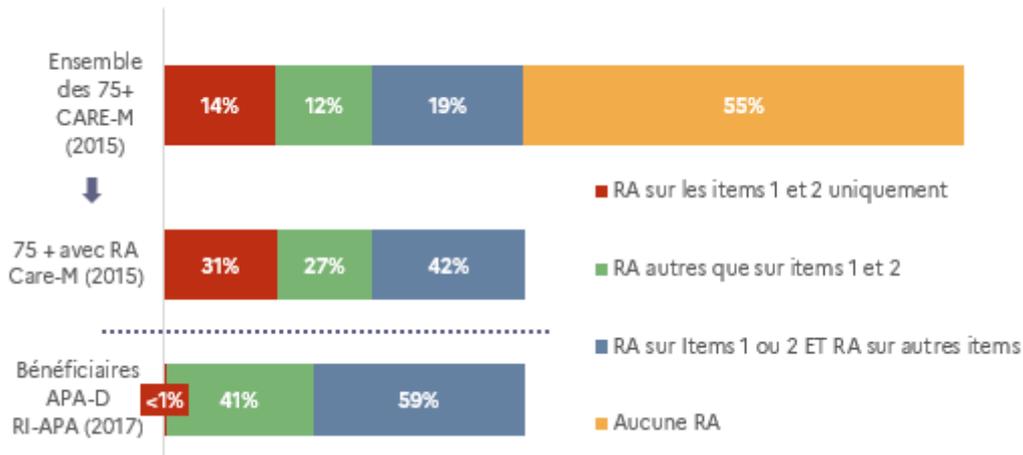
## B. Les personnes souffrant de troubles cognitifs sans autres restrictions d'activité sont fortement exclues de l'APA

Parmi les différents items entrant dans le calcul du GIR, les items 1 | Cohérence et 2 | Orientation sont ceux pouvant être le plus directement associés à l’existence de troubles cognitifs.

### 1. Les allocataires de l’APA ayant des troubles cognitifs sont presque tous confrontés à d’autres restrictions d’activité

Selon l’algorithme de la grille AGGIR, les individus présentant des RA sur l’un ou l’autre des items 1 | Cohérence et 2 | Orientation, sans aucune autres RA, ne sont éligibles à l’APA que s’ils sont cotés en difficulté absolue (C) simultanément sur les 2 items (ils sont alors classés en GIR 2). De fait, les allocataires de l’APA ne sont que de manière très exceptionnelle uniquement touchés par des RA sur ces deux items : les allocataires ayant des RA aux items 1 | Cohérence et 2 | Orientation sont en effet quasiment tous confrontés également à des RA sur au moins un autre item.

Graphique 6 | Proportion d'individus présentant des restrictions d'activités lourdes (B) ou absolues (C) pour chacune des huit activités entrant dans le calcul du GIR



Lecture : parmi la population totale des personnes âgées d'au moins 75 ans vivant en logement ordinaire, 14 % présentent des limitations d'activité uniquement sur les activités 1 et 2 (cohérence et orientation). En restreignant le champ aux personnes présentant au moins une RA (et pouvant à ce titre avoir besoin d'aide) cette proportion atteint 31 %. Elle est pourtant inférieure à 1 % parmi les allocataires de l'APA à domicile.  
 Source : SG HCFEA sur données des enquêtes CARE-M (Drees) et RI-APA (Drees), restreint aux 75 ans et plus

## 2. Les troubles de la cohérence et de l'orientation ne sont associés à aucune autre RA pour près d'une personne sur quatre

Avoir des restrictions sur ces deux items sans restrictions sur les autres items de la grille AGGIR n'est pourtant pas rare : 27 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivant en logement ordinaire sont uniquement caractérisées par des limitations d'activité sur l'item 1 | Cohérence et 24 % uniquement sur l'activité 2 | Orientation (cf. supra) Ainsi, au global, 14 % de l'ensemble des 75 ans et plus en logement ordinaire cumulent des RA sur les 2 items 1 | Cohérence et 2 | Orientation mais sont pourtant, dans leur quasi-totalité, inéligibles à l'APA puisque toute autre combinaison que CC (soit les combinaisons BB, BC ou CB), sans autres RA, conduit à une évaluation en GIR 6.

Tableau 14 | Nombre moyen de RA (en B ou C) parmi les personnes de 75 ans et plus, selon le type de RA

		Aucune autres RA	Nombre moyen d'autres RA (si au moins une autre)
Individus côté B ou C dans l'item...	1. Cohérence	27%	3,8
	2. Orientation	24%	3,9
	3. Toilette	7%	4,3
	4. Habillage	5%	4,3
	5. Alimentation	4%	5,2
	6. Elimination	6%	4,9
	7. Transfert	10%	4,3
	8. Dép. intérieur	6%	4,8

Source : SG HCFEA sur données de l'enquête CARE-M (Drees)



L'analyse des propriétés de la grille AGGIR confirme ainsi son caractère inadapté pour l'évaluation des besoins d'accompagnement associés aux troubles cognitifs. Ces limites, soulignées dès l'origine par les concepteurs de la grille (*cf. supra*) ont été rappelées dans de nombreux travaux. A titre d'illustration, une étude de la ventilation selon le GIR réalisée en suivi de la cohorte PAQUID<sup>30</sup> a conduit à classer la moitié des personnes diagnostiquées comme souffrant de la maladie d'Alzheimer dans les GIR 4 à 6<sup>31</sup>.

Ces constats remontent également des enquêtes de terrain et des témoignages recueillis en 2023 par le Conseil de l'âge dans le cadre de ses travaux autour des conditions du bien-vieillir à domicile, attestant de l'urgence de conduire des ajustements afin de mieux prendre en compte les spécificités des accompagnements dont doivent bénéficier les personnes affectées par des maladies neurodégénératives.

#### Encadré 5 | Alertes remontant des professionnels ou des associations intervenant auprès de personnes souffrant de troubles cognitifs quant à l'inadaptation de la grille AGGIR pour ce public

Les enquêtes<sup>32</sup> conduites en 2023 par le Conseil de l'âge auprès des acteurs de terrain sont révélatrices de l'inadéquation de l'outil AGGIR pour l'évaluation des besoins des personnes affectées par des troubles cognitifs ou psychiatriques et des maladies neurodégénératives :

- Dans de trop nombreux cas, les SAAD ne sont pas informés de l'existence de telles problématiques chez les personnes âgées qu'ils accompagnent ;

Les difficultés rencontrées par les EMS pour l'évaluation des situations et de besoins de ces personnes ont été mises en avant comme des problématiques prioritaires ;

Ces enquêtes viennent en cela confirmer les conclusions et les témoignages qui apparaissent dans celle publiée en 2019 par la Fondation Médéric Alzheimer<sup>33</sup> :

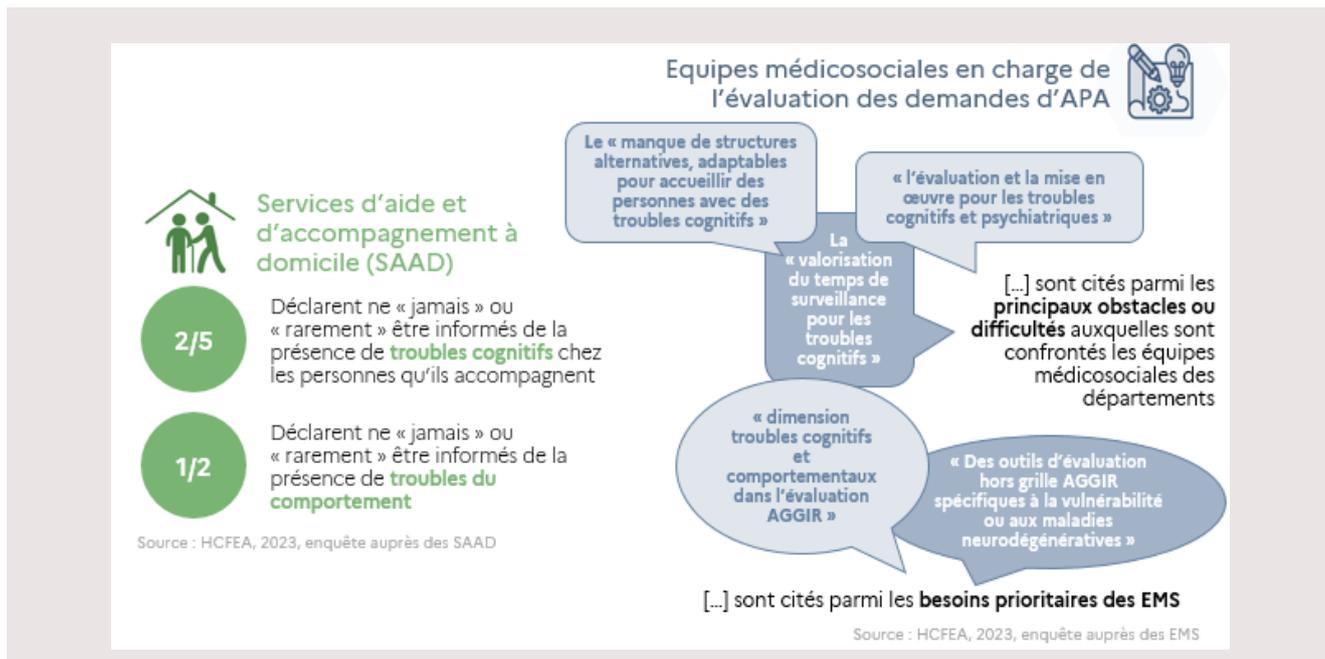
- « 31 % des professionnels ayant participé à l'enquête estiment qu'une adaptation du référentiel d'évaluation est nécessaire. Les réponses apportées au volet qualitatif de l'enquête montrent que certaines difficultés sont liées plus spécifiquement à l'usage de la grille AGGIR. Plusieurs répondants ont souligné qu'une application stricte de cette grille peut conduire à priver d'aides une personne atteinte de troubles cognitifs, mais encore autonome sur le plan physique » (page 16).
- « C'est souvent lorsque la personne malade est en GIR 4, c'est-à-dire lorsque ses besoins d'aide à l'autonomie reste modérée, que l'on constate un besoin d'aide et d'accompagnement très important, notamment pour l'aidant » (Témoignage de Mme Huon, vice-présidente déléguée France Alzheimer et maladies apparentées, page 14)

<sup>30</sup> L'étude PAQUID suit, depuis 1988, 3 777 personnes de 65 ans et plus en Gironde et Dordogne, afin d'étudier les processus de vieillissement

<sup>31</sup> Évaluer la dépendance à l'aide de groupes iso-ressources (GIR) : une tentative en France avec la grille AGGIR, *Gérontologie et société* 2001/4 (vol. 24 / n° 99), pages 111 à 129

<sup>32</sup> Les résultats de ces enquêtes sont présentés dans l'Eclair 'Âge Enquêtes conduites auprès des acteurs locaux du Grand Âge (HCFEA, décembre 2023)

<sup>33</sup> Fondation Médéric Alzheimer, [lettre de l'observatoire n° 54 « les professionnels chargés de l'évaluation APA »](#), juillet 2019



Source : SG HCFEA

### C. L'étude de la sensibilité de l'éligibilité à l'APA et du classement dans un GIR à la cotation des RA tend à confirmer la complexité excessive de l'algorithme

Pour quantifier l'impact de la grille AGGIR, des analyses complémentaires peuvent être menées pour déterminer dans quelle mesure l'éligibilité à l'APA et le classement dans un GIR donné sont sensibles à la cotation d'un seul axe. Ces analyses permettent de quantifier l'impact de la cotation (choisir B plutôt que C par exemple), mais aussi le poids réel de chacune des 8 activités entrant dans l'algorithme AGGIR dans l'éligibilité à l'APA.

#### 1. Un changement de cotation sur l'un des huit items suffit à modifier l'éligibilité à l'APA pour près d'un individu sur cinq

L'utilisation des données administratives sur les allocataires de l'APA (RI APA, 2017) permet seulement d'étudier comment un changement de cotation peut leur faire perdre l'éligibilité à l'APA. Pour analyser pour quelles personnes le changement d'une seule cotation peut les rendre éligibles, il est nécessaire d'utiliser des données d'enquêtes qui portent sur des personnes non éligibles. L'analyse est faite ici à partir de l'enquête CARE-Ménage conduite en 2015.

L'analyse montre qu'alléger la cotation (passage de C à B, de C à A ou de B à A) pour un seul des items de la grille AGGIR suffit à faire perdre leur éligibilité à 22 % des allocataires de l'APA et à 29 % des personnes considérées comme éligibles dans l'enquête CARE. A contrario, pour 14 % des personnes considérées comme non éligibles dans l'enquête CARE, alourdir la cotation (passage de A à B, de A à C ou de B à C) pour un seul item les rendraient éligibles à l'APA.



L'éligibilité à l'APA ne dépend donc que de la cotation d'un seul des 8 axes pour près d'une personne sur cinq. Pour la quasi-totalité d'entre elles, la modification du statut d'éligibilité est provoquée par le simple passage à la cotation directement inférieure/supérieure.

Tableau 15 | Synthèse - Proportion d'individus dont l'éligibilité à l'APA est sensible la cotation d'un axe

	Allocataires de l'APA	Individus éligibles à l'APA	Individus non éligibles à l'APA
Eligibilité non sensible, quel que soit l'axe	78%	71%	86%
Eligibilité sensible au passage de A à B (resp. de B à A) ou de B à C (resp. de C à B) sur un axe	21%	28%	14%
Eligibilité uniquement sensible à un passage de A à C (resp. de C à A) sur un axe	1%	1%	<1%

Source : SG HCFEA sur données Drees - enquêtes CARE-M (2015) et RI APA 2017

Lecture : parmi les allocataires de l'APA (première colonne) 21 % perdraient leur éligibilité en faisant varier la cotation d'un seul axe de C à B ou de B à A.

## 2. Les axes Cohérence, Orientation et Déplacements intérieurs n'ont d'effet sur l'éligibilité que pour très peu de personnes

Les différents axes n'ont pas le même impact sur le changement de statut vis-à-vis de l'APA.

Parmi les allocataires de l'APA, très peu d'individus (1 %) en perdraient le bénéfice si la cotation d'un seul des 4 axes parmi **1 | Cohérence**, **2 | Orientation**, **6 | Elimination** et **8 | Déplacements intérieurs** était modifiée (passage de C à B ou de B à A). Ces résultats sont similaires lorsque l'exercice est conduit sur le sous-échantillon des personnes éligibles à l'APA de l'enquête CARE, hormis pour l'activité **6 | Elimination**, pour laquelle la proportion de personnes dont l'éligibilité est sensible à la cotation atteint 7 %.

Des proportions un peu plus élevées, mais restant contenues à 5 %, de personnes deviendraient non-éligibles à l'APA, en cas de modification de la cotation des axes **5 | Alimentation** et **7 | Transferts**. Si la fraction de ces personnes est comparable pour l'axe **5**, elle est en revanche significativement plus élevée pour l'activité **7 | Transferts** dans l'échantillon des personnes éligibles à l'APA.

Des fractions significatives de personnes perdraient le bénéfice de l'APA si, toutes choses égales par ailleurs, la cotation des axes **3 | Toilette** et **4 | Habillage** était modifiée, avec des proportions de allocataires perdants s'élevant à respectivement 8 % et 16 % (et à 14 % et 16 % sur l'échantillon des individus éligibles à l'APA).

Sur le champ des personnes non éligibles à l'APA, la modification de la cotation d'une seule des 8 activités, dans le sens d'une plus grande sévérité de la restriction (passage de A à B ou de B à C), ferait basculer des proportions plus élevées d'individus dans la population des personnes éligibles à l'APA, hormis pour les activités **2 | Orientation** et **8 | Déplacements intérieurs** (1 % de personnes devenant allocataires).

La part de personnes devenant éligibles suite à une modification de la cotation l'axe **1 | Cohérence** demeure contenue (4 %), mais, pour chacune des 5 autres activités (**3 | Toilette**, **4 | Habillage**, **5 | Alimentation**, **6 | Elimination**, **7 | Transferts**) un changement de notation ouvrirait droit à l'APA pour des proportions significatives d'individus, (12 à 16 %).

Tableau 16 | Proportions d'individus pour lesquelles l'éligibilité à l'APA est sensible la cotation d'un axe, toutes choses égales par ailleurs

	Allocataires de l'APA (RI_APA)	Individus éligibles à l'APA (CARE_M)	Individus non éligibles à l'APA (CARE_M)
<b>1   Cohérence</b>	1%	1%	4%
<b>2   Orientation</b>	1%	1%	1%
<b>3   Toilette</b>	8%	14%	12%
<b>4   Habillage</b>	16%	16%	13%
<b>5   Alimentation</b>	5%	4%	16%
<b>6   Elimination</b>	1%	7%	15%
<b>7   Transferts</b>	3%	13%	12%
<b>8   Déplacements</b>	1%	1%	1%

Source : SG HCFEA sur données Drees - enquêtes CARE-M (2015)

Lecture : 4 % des personnes non éligibles à l'APA deviendraient éligibles si leur cotation sur l'item 1|Cohérence passait de A à B ou de B à C.

La faible sensibilité de l'éligibilité à l'APA à la cotation des axes **1 | Cohérence**, **2 | Orientation** et **8 | Déplacements intérieurs**, difficile à objectiver au regard de l'algorithme de la grille AGGIR et dans les conditions d'éligibilité à l'APA qu'il sous-tend, apparaît en revanche clairement dans la forme simplifiée de l'éligibilité actuelle à l'APA identifiée *supra* (cf. Partie 2.1.A.2). Alors que la combinaison de 2 restrictions absolues (C) ouvre droit à l'APA quelle que soient les activités parmi les 8, les combinaisons de 2 restrictions lourdes ou absolues (B ou C) ouvrant droit à l'APA exclues les axes **1 | Cohérence**, **2 | Orientation** et **8 | Déplacements intérieurs**.

### 3. L'analyse de la sensibilité du classement en GIR parmi les allocataires de l'APA montre que la cotation en « C » est le principal déterminant pour le classement dans un GIR donné

Pour les personnes éligibles à l'APA, la cotation des différents axes a également des conséquences sur le classement dans un niveau de GIR donné, plus ou moins importantes selon l'axe considéré.

La sensibilité du classement en GIR peut être évaluée sur la base des remontées individuelles des allocataires de l'APA, en comparant les classements obtenus en appliquant systématiquement une cotation A, B ou C pour un axe donné, et en laissant inchangées les cotations des autres axes.



Si le passage d'une cotation systématique d'un axe en A à une cotation systématique en B joue de manière importante sur le fait d'être ou non éligible à l'APA ces analyses montrent que ce changement de cotation n'a que peu d'effets sur la répartition par GIR des allocataires. La cotation des axes en C (plutôt que A ou B) est en revanche déterminante pour le classement dans un GIR donné.

Ce constat s'observe pour la plupart des axes, hormis l'activité **2 I Orientation** et l'activité **8 I déplacements**, dont la cotation A, B ou C n'a quasiment pas d'effet sur la répartition des allocataires selon le GIR.

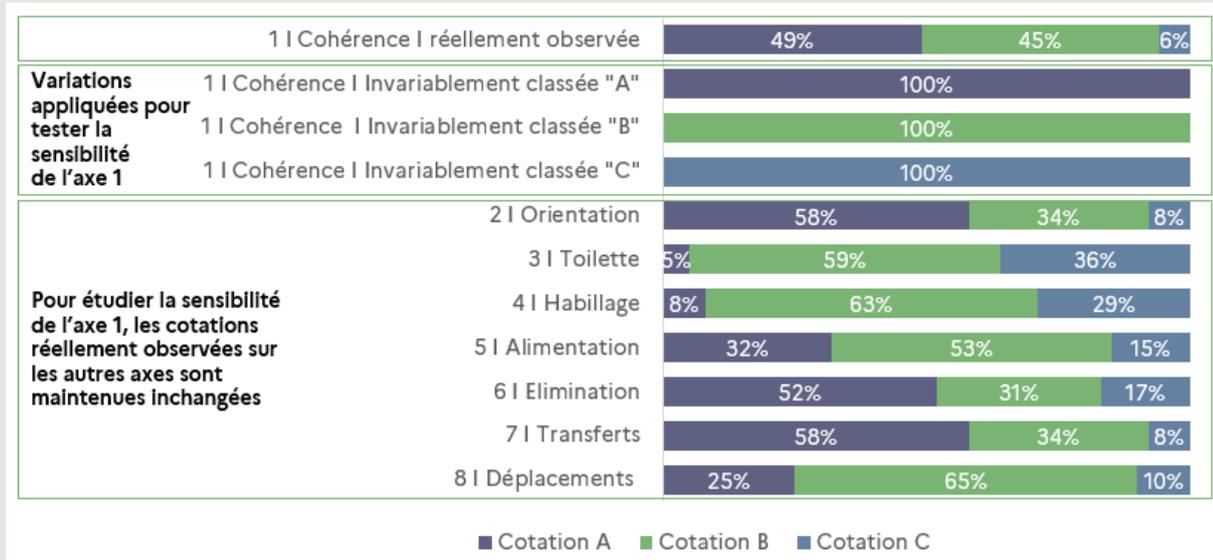
Pour les 6 autres activités, la cotation en C conduit à :

- Une forte augmentation de la part des allocataires en GIR 3 pour les axes **3 I Toilette**, **4 I Habillage** et **6 I Elimination**, avec une diminution concomitante de la part des allocataires en GIR 4
- Des hausses notables des fractions de allocataires classés en GIR 3 et en GIR 2 pour les axes **1 I Cohérence**, **5 I Alimentation** et **7 I Transferts**, avec une diminution concomitante de la part des allocataires en GIR 4

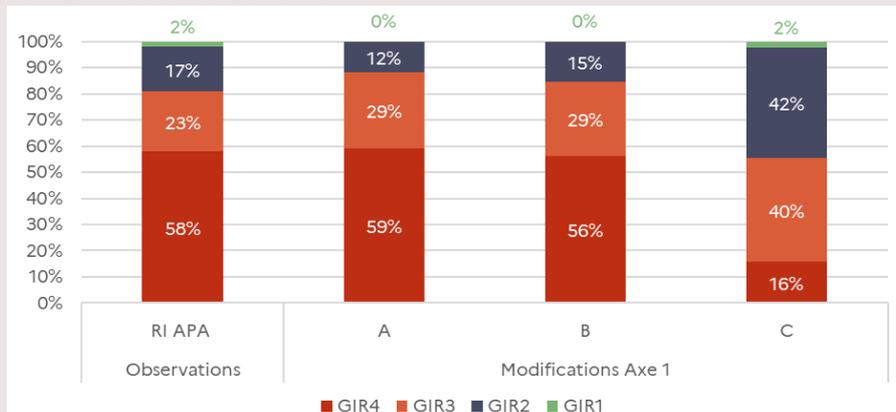
Cette analyse confirme ainsi le caractère « manipulable » du classement en GIR, parfois signalé par les professionnels des équipes médicosociales en charge des évaluations APA. Certains ont d'ailleurs indiqué qu'il leur arrivait de « forcer » la cotation, c'est-à-dire de coter un axe en « C » en présence de restrictions lourdes plutôt qu'absolues, afin d'aboutir à un classement dans un GIR plus sévère. Ces pratiques visent ainsi à faire bénéficier l'allocataire d'un plafond d'aide plus élevé et à financer un volume d'heure plus important que celui qui aurait pu être envisagé avec un classement dans un GIR moins sévère.

## Encadré 6 | Lecture des graphiques illustrant les effets de la cotation des axes sur le classement en GIR – exemple appliqué sur l’activité 1 | Cohérence

L’analyse consiste à ne faire varier la cotation que pour un seul axe à la fois, toutes choses égales par ailleurs, afin de tester la sensibilité de la répartition en GIR à la cotation de chacune des activités. Par exemple, pour l’étude de la sensibilité du classement en GIR à la cotation de l’**axe 1 | Cohérence**, les cotations de cet axe sont successivement automatiquement placées en « A », puis en « B » puis en « C ».



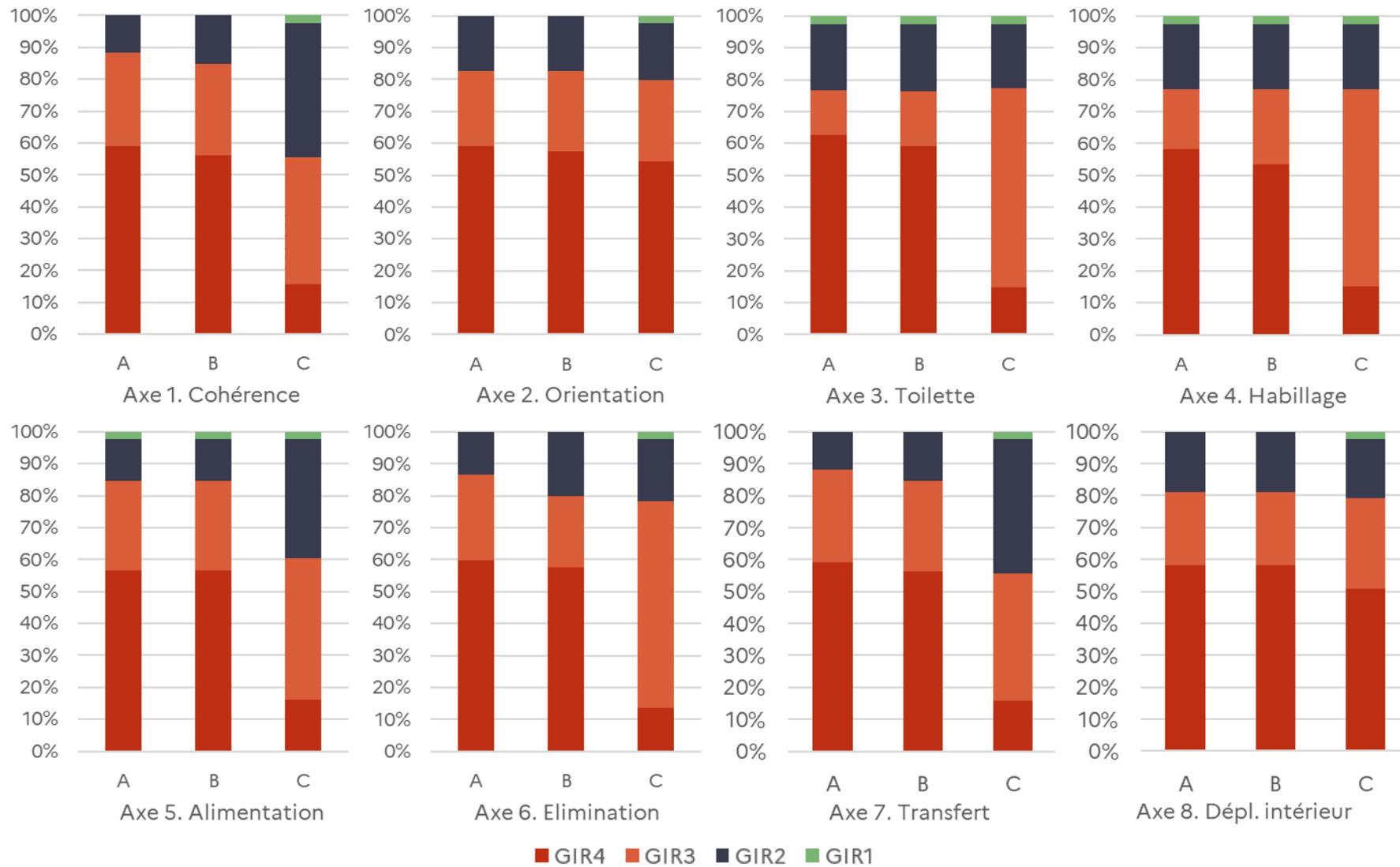
La modification, pour l’ensemble des allocataires de l’APA, de la cotation de l’**axe 1 | Cohérence**, en appliquant systématiquement la **cotation « A »** et en laissant inchangées les cotations des 7 autres activités conduirait au classement de 59 % des allocataires de l’APA en **GIR 4.**, 29 % en **GIR 3**, 17 % en **GIR 2** et aucune en **GIR 1**.



La comparaison avec la répartition des allocataires qui serait obtenue si l’**axe 1 | Cohérence** était invariablement coté « B » montre que le **passage de « A » en « B »** n’aurait que des conséquences marginales : réduction de 3 points de pourcentage pour les **GIR 4**, stabilité de la proportion de **GIR 3** et augmentation de 3 points de la fraction de allocataires classées en **GIR 2**.

La cotation systématique en « C » a en revanche un impact significatif : avec cette modification de la notation de l’**axe 1 | Cohérence**, et toutes choses par ailleurs sur les autres axes, la part des allocataires en **GIR 4** ne s’établirait plus qu’à 16 %, celles des **GIR 3** et **2** augmenteraient fortement pour s’établir à respectivement 40 et 42 %. Avec cette modification, 2 % des allocataires seraient donc classés en **GIR 1**.

Graphique 7 | Synthèse - Proportion d'individus dont l'éligibilité à l'APA est sensible la cotation d'un axe



Source : SG HCFEA sur données Drees – RI APA 2017

## II. Les modalités d'attribution de l'APA, en termes de tarification comme de population cible, ont des conséquences problématiques

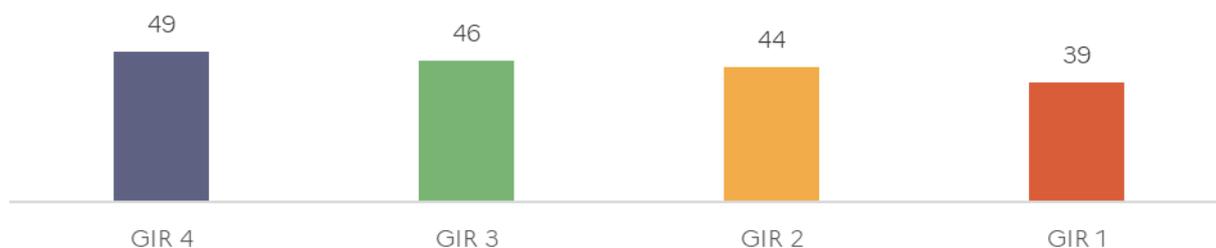
### A. La sous-consommation de l'aide humaine est fréquente

Alors que l'aide humaine constitue l'essentiel des montants alloués dans le cadre des plans d'aide APA (près des neuf-dixièmes), les analyses mettent en lumière une sous-consommation, c'est-à-dire un recours à un volume d'heures inférieur à celui notifié dans le plan d'aide, très répandue.

#### 1. Pour la moitié des allocataires de l'APA, le volet « aide humaine » des plans n'est consommé en moyenne qu'aux deux-tiers

Les travaux conduits par la Drees autour des données administratives individuelles de plus de 600 000 allocataires de l'APA à domicile en 2017 l'ont conduite à estimer que « près d'un allocataire sur deux (47 %) ne consomme pas l'intégralité du montant d'aide humaine qui lui a été notifié »<sup>34</sup>. Elle note en outre que **cette sous-consommation décroît avec l'ampleur du besoin d'aide à l'autonomie** : la proportion de allocataires de l'APA à domicile n'utilisant pas l'intégralité du volume d'heures d'aide humaine notifié dans leur plan APA varie ainsi de 49 % en GIR 4 à 39 % en GIR 1.

Graphique 8 | Part des allocataires sous-consommant leur plan d'aide selon le GIR (%)



Source : SG HCFEA sur données Drees (E&R n°1153)

Cette étude montre aussi que pour « les allocataires [qui] ne consomment pas l'intégralité de leur plan, **un tiers du montant de l'aide humaine n'est pas utilisé** ». Cette fraction est quasiment identique pour l'ensemble des GIR mais ce pourcentage s'appliquant à des plans plus coûteux lorsque les besoins d'aide à l'autonomie sont plus importants, le montant non consommé est plus élevé pour les allocataires classés dans les GIR les plus sévères (près de 4 fois plus en GIR 1 qu'en GIR 4).

<sup>34</sup> « Allocation personnalisée d'autonomie : en 2017, un allocataire sur deux n'utilise pas l'intégralité du montant d'aide humaine notifié », Louis Arnault, Delphine Roy, Drees E&R n°1153, 2020



La littérature met en avant deux facteurs distincts d'explication de cette sous-consommation de l'aide humaine :

- Elle s'expliquerait d'abord par un **renoncement** des allocataires de l'APA, induit par l'importance de la dépense **restant à leur charge** ;
- Elle résulterait également d'une **capacité amoindrie de l'offre** à assurer la mise en œuvre du plan d'aide sur une partie du territoire ;

## 2. La sous-consommation des plans d'aide s'expliquerait en partie par le niveau du reste à charge pour certains allocataires ...

Dans la plupart des cas, l'APA ne couvre que partiellement les dépenses prévues dans le plan d'aide. La dépense qui reste à la charge des allocataires de l'APA dépend en outre de plusieurs paramètres :

- Elle résulte en premier lieu du plafonnement des plans d'aide : au-delà du plafond, le financement des heures est intégralement à la charge de l'allocataire
- Elle provient ensuite de l'éventuel **écart entre le tarif appliqué par l'offreur** (service ou professionnel en emploi direct) **et le tarif de référence retenu par le conseil départemental**. Si le tarif pratiqué par l'offreur est supérieur à ce tarif de référence alors l'écart (ou « dépassement ») est **intégralement à la charge de l'allocataire**.
- Si le tarif pratiqué par l'offreur est identique au tarif de référence appliqué au niveau départemental, alors le reste à charge au titre du dépassement est nul. L'allocataire de l'APA peut néanmoins être assujéti à la **participation financière légale**, qui dépend à la fois de son **niveau de ressources**, du **GIR dans lequel il est classé**, et du **montant du plan d'aide notifié**. Un barème défini par la loi prévoit en effet que l'allocataire finance une part d'autant plus importante que son revenu est élevé : son taux de participation varie de 0 % pour les ménages les plus modestes (dont les revenus individualisés<sup>35</sup> sont inférieurs à 864,60 € par mois en 2023) à 90 % pour les plus aisés (dont les revenus individualisés sont supérieurs à 3 184,11 € en 2023). Pour la tranche intermédiaire (entre 846,60 € et 3184,11 € mensuels), le taux de participation est croissant avec les ressources à GIR donné.

Des travaux conduits en 2014 par une équipe de recherche<sup>36</sup> estimaient que « *les allocataires de l'APA sont sensibles à la variation du reste à charge : [...] une augmentation du reste à charge horaire de 10 % conduirait à une baisse du volume d'heures professionnelles consommées de 5,5 % en moyenne* ». Cette étude concluait alors que « **le comportement de demande des allocataires ne dépend donc pas uniquement de leur niveau de besoin mais prend aussi en compte ce que leur coûte effectivement une heure d'aide** ».

<sup>35</sup> Si l'allocataire de l'APA est en couple, les ressources considérées sont celles du couple, divisées par 1,7 afin de les individualiser (ou par 2 pour un couple non-cohabitant)

<sup>36</sup> *Les déterminants du volume d'aide professionnelle pour les allocataires de l'APA à domicile : le rôle du reste-à-charge*, Cécile Bourreau-Dubois, Agnès Gramain, Helen Lim, Jingyue Xing, Quitterie Roquebert, Notes du projet MODAPA, 2014 ; financement IRESP et ANR.

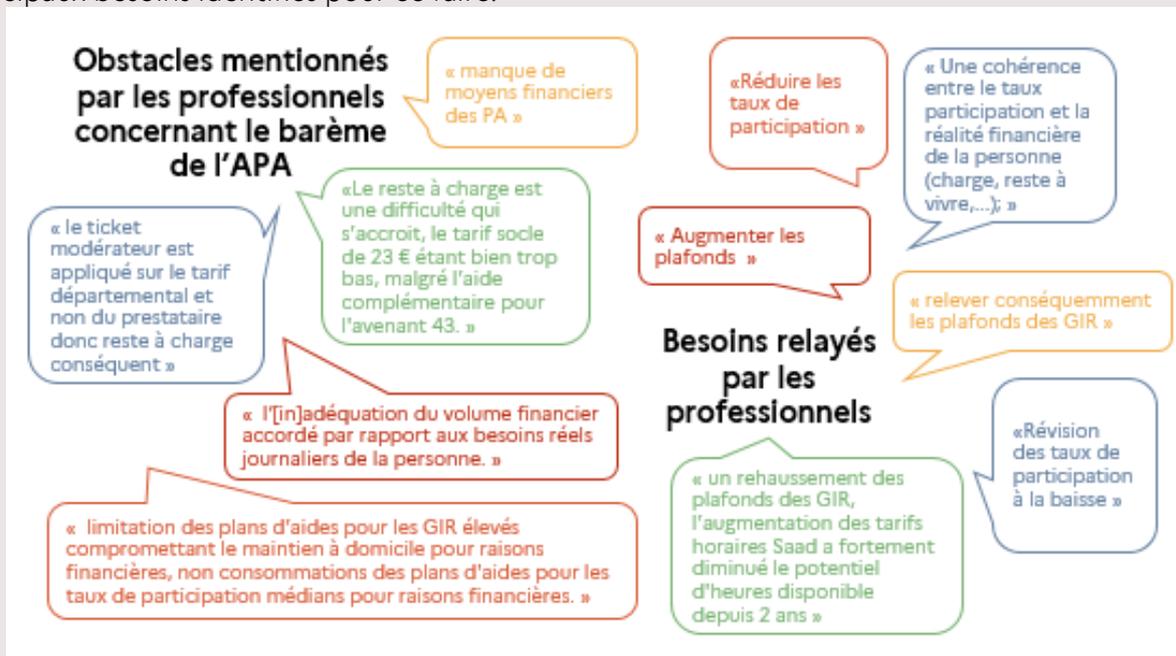
Les réponses obtenues aux enquêtes conduites en 2023 par le Conseil de l'âge auprès des équipes médicosociales (EMS) des départements responsables des évaluations des besoins des demandeurs de l'APA et des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) qui interviennent auprès de ces personnes confortent cette analyse.

Les professionnels du grand âge ayant répondu à ces enquêtes sont en effet nombreux à souligner la nécessité d'ajuster le modèle tarifaire de l'APA pour permettre aux personnes âgées vulnérables de bénéficier de plans d'aide en réelle adéquation avec leurs besoins d'accompagnement. Le niveau des plafonds de l'APA est ainsi fréquemment désigné comme insuffisant par les acteurs, tandis que les taux de participation sont qualifiés de trop élevés.

### Encadré 7 | Enseignement des enquêtes conduites par le Conseil de l'âge en 2023 auprès des EMS et des SAAD concernant le modèle tarifaire de l'APA

- 4 SAAD sur 10 indiquent que la sous-consommation des plans d'aide induite par des restes à charge trop élevés constitue « systématiquement » ou « souvent » une difficulté pour la mise en œuvre des plans d'aide APA ;
- La même proportion déclare être amenée « souvent » (28 %) ou « très fréquemment » (14 %) à adapter la durée des interventions en réponse à une demande de la personne âgée ou de son entourage afin de réduire les dépenses qui restent à sa charge ;

Cette problématique figure parmi les principaux obstacles à la mise en place de plans d'aide en adéquation avec les besoins cités par les professionnels du secteur (SAAD et EMS), ou parmi les principaux besoins identifiés pour ce faire.



Source : SG HCFEA sur données des enquêtes conduites en 2023 par le Conseil de l'âge auprès des SAAD et des EMS

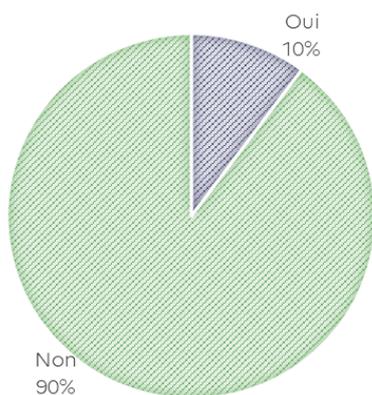


Plusieurs professionnels mentionnent également la **problématique du reste à charge extralégal** (lié à l'écart entre le tarif de référence et le tarif effectivement pratiqué par les services), en signalant qu'il risque de **s'accroître** du fait d'un **tarif plancher encore insuffisant**.

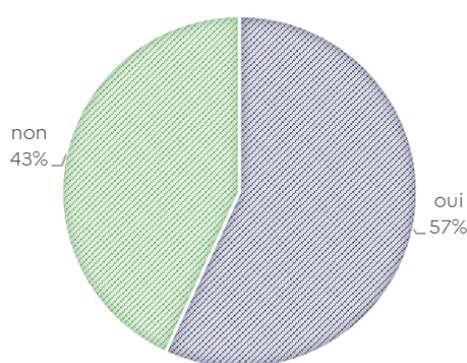
Cette alerte semble assez largement partagée dans la mesure où **9 SAAD sur 10** ont répondu que les **financements alloués** par le département et les autres financeurs publics ne **leur permettent pas de couvrir l'intégralité des coûts de fonctionnement**. **6 SAAD sur 10** indiquent ainsi avoir appliqué récemment ou prévoir d'appliquer prochainement une **augmentation du reste à charge extralégal** demandé aux personnes accompagnées.

**Graphique 9 | Enseignements de l'enquête conduite auprès des SAAD concernant les tarifs appliqués**

Part de SAAD indiquant que les financements qui leur sont alloués ne permettent pas de couvrir leurs frais de fonctionnement



Part de SAAD ayant augmenté le reste à charge extralégal récemment (ou prévoyant de le faire)



Source : SG HCFEA sur données de l'enquête conduite auprès des SAAD (312 réponses)

**3. ... la sous-consommation des aides humaines résulte également d'une insuffisante disponibilité de l'offre lié aux difficultés de recrutement**

Les travaux de la Drees cités précédemment relèvent également des écarts en termes de sous-consommation selon les spécificités du territoire sur lequel résident les allocataires, en notant que la probabilité de sous-consommation des plans est plus élevée dans les communes densément peuplées que dans les communes très peu denses, à caractéristiques identiques. L'étude met en avant, parmi d'autres hypothèses, celle selon laquelle « Ces écarts pourraient souligner **le lien entre sous-consommation et accessibilité** aux différents types de services d'aide »<sup>37</sup>.

<sup>37</sup> « Allocation personnalisée d'autonomie : en 2017, un allocataire sur deux n'utilise pas l'intégralité du montant d'aide humaine notifié », Louis Arnault, Delphine Roy, Drees E&R n°1153, 2020

Là encore, les résultats des enquêtes conduites par le Conseil de l'âge en 2023<sup>38</sup> auprès des acteurs du grand âge permettent de confirmer cette hypothèse.

En effet le manque de professionnels disponibles pour l'accompagnement des personnes âgées vulnérables arrive en tête des difficultés les plus fréquemment citées par les EMS pour l'établissement de plans d'aide en adéquation avec les besoins de personnes.

Ces tensions de recrutement ont des conséquences directes sur la qualité des accompagnements et sur la qualité de vie au travail des intervenants au domicile :

- Un quart des SAAD déclare rencontrer « systématiquement » des difficultés d'organisation pour la mise en œuvre des plans d'aide en raison du manque de personnel et 7 SAAD sur 10 y être confrontés « souvent » ou « systématiquement » ;
- La moitié des SAAD indique être « souvent » ou « systématiquement » amené à ajuster les jours d'intervention préconisés dans les plans d'aide à cause du manque de personnel ;
- 4 SAAD sur 10 affirment être « souvent » ou « systématiquement » contraints d'ajuster la durée des interventions pour cette même raison ;

## **B. La couverture par l'APA d'autres dépenses, hors interventions humaines, est prévue, mais peut dans certains cas imposer d'arbitrer entre ces dispositifs et le volume d'aide humaine**

Si la couverture d'autres dépenses, hors interventions humaines, par l'APA, est prévue depuis l'origine et a été explicitée par la loi ASV, une part encore importante des plans d'aide ne prévoit que le financement d'heures d'aide et d'accompagnement. La faiblesse du recours aux autres types d'aide s'expliquerait, au moins en partie, par les modalités d'articulation de ces financements avec ceux couvrant le recours à des heures d'accompagnement, qui pourraient avoir des effets désincitatifs.

### **1. En 2017, la moitié des plans d'aide prévoyaient le financement d'autres dépenses que de l'aide humaine**

Selon la Drees « *plus de la moitié des plans incluent d'autres types d'aides [autres que l'aide humaine], comme des aides techniques ou des solutions d'accueil temporaire. Cette proportion est en hausse par rapport à 2011, où seulement quatre plans sur dix incluaient des aides non humaines. [...] »*<sup>39</sup>.

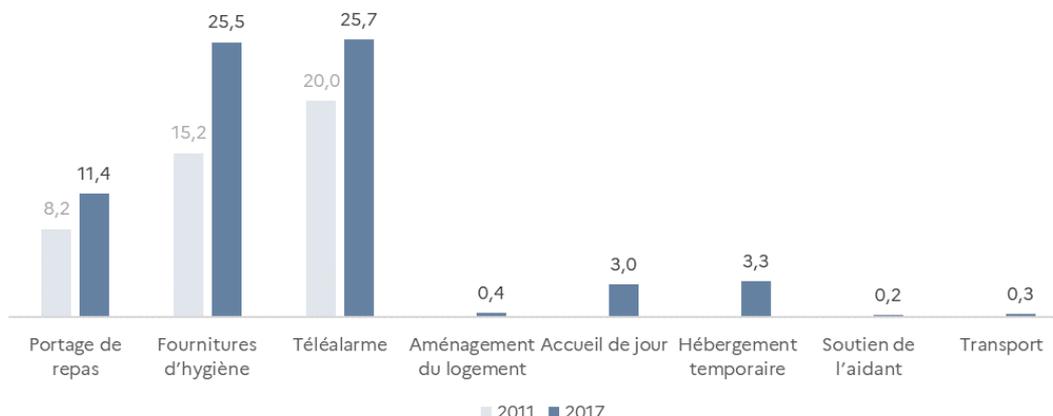
- Les dispositifs autres que l'aide humaine les plus mobilisés dans les plans d'aide APA notifiés sont les aides techniques et notamment les fournitures d'hygiène et la téléalarme, qui sont prescrits dans un quart des plans (tous GIR confondus).

<sup>38</sup> Cf. Eclair ' Âge « Enquêtes conduites auprès des acteurs locaux du Grand Âge », HCFEA, 2023

<sup>39</sup> Drees, *Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : la moitié des plans incluent des aides techniques*, [ER 1214](#), 2021



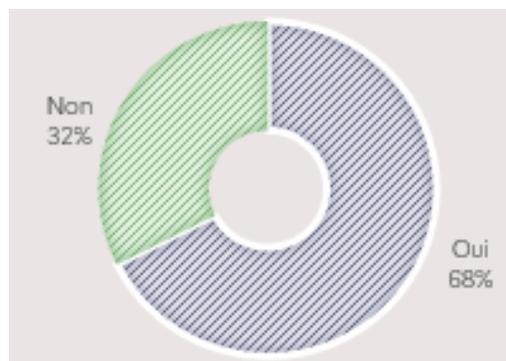
Graphique 10 | Part de plans d'aide incluant l'une des composantes des aides techniques ou des aides à l'accueil temporaire, par GIR, en 2017



Source : SG HCFEA sur données Drees (ER 1214)

- 1 plan d'aide APA sur 10 incluait également le **portage de repas en 2017**. Cette proportion peut apparaître faible, mais il est probable que cette prestation ne soit pas prescrite lorsqu'elle peut être proposée par la municipalité dans laquelle réside l'allocataire. L'enquête auprès des CCAS et des CIAS conduite en 2023 par le Conseil de l'âge a ainsi montré que ce type d'actions relevait fréquemment du bloc communal.

Encadré 8 | Près de 7 CCAS/CIAS sur 10 indiquent fournir des aides sociales ou des aides à l'autonomie extralégale (enquête 2023 du Conseil de l'âge du HCFEA)



68 % des 147 structures ayant renseigné la question « *Le CCAS/CIAS propose-t-il des aides ou services sociaux facultatifs aux personnes âgées vulnérables ?* » de l'enquête 2023 du Conseil de l'âge<sup>40</sup> ont sélectionné la réponse « Oui, par la fourniture d'aides sociales ou aides à l'autonomie extra-légales (livraisons de repas, courses, aide aux déplacements, soutien à la mobilité...) ».

Source : SG HCFEA à partir des données de l'enquête conduite en 2023 par le Conseil de l'âge auprès des centres communaux et intercommunaux d'action sociale

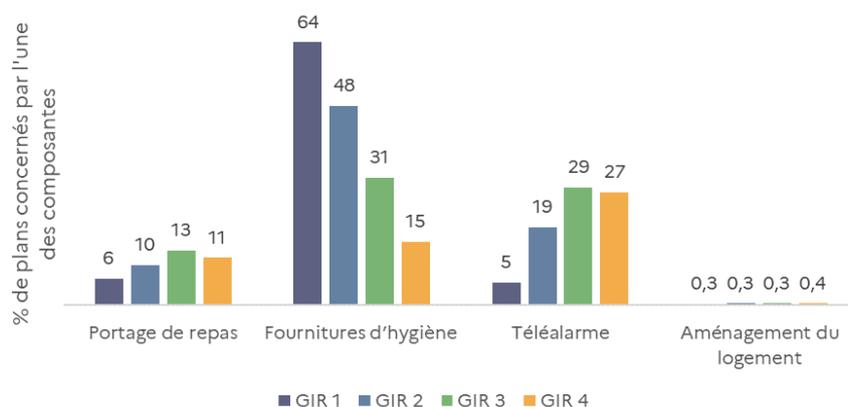
<sup>40</sup> Les résultats détaillés des trois enquêtes (EMS, SAAD et CCAS) conduites en 2023 par le Conseil de l'âge sont présentés dans l' Eclair 'Âge « *Enquêtes conduites auprès des acteurs locaux du Grand Âge* » disponible sur le site Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge | (hcfea.fr)

- La prescription d'aides techniques au titre de l'aménagement du logement était encore exceptionnelle en 2017 : elle ne figurait que dans 0,4 % des plans d'aide
- Les aides à l'accueil temporaire concernaient également une faible part des plans d'aide en 2017 : environ 3 plans sur 100 incluaient des dépenses au titre de l'accueil de jour ou de l'hébergement temporaire et très peu des dépenses de transport (0,3 %) ou au titre du soutien aux aidants (0,2 %).

Les travaux de la Drees<sup>41</sup> montrent enfin que « plus le niveau de dépendance augmente, plus les plans incluant plusieurs types d'aides sont courants ». Cela s'explique principalement par le fait que les aides à l'acquisition des fournitures d'hygiène, concernent deux-tiers des plans d'aide APA pour le GIR 1 et la moitié des plans d'aide pour le GIR 2.

« L'utilisation de fournitures d'hygiène croît avec la perte d'autonomie de l'allocataire, quand l'abonnement à la téléalarme diminue avec celle-ci. ».

Graphique 11 | Part de plans d'aide incluant des aides techniques, par composantes de l'aide technique et par GIR, en 2017

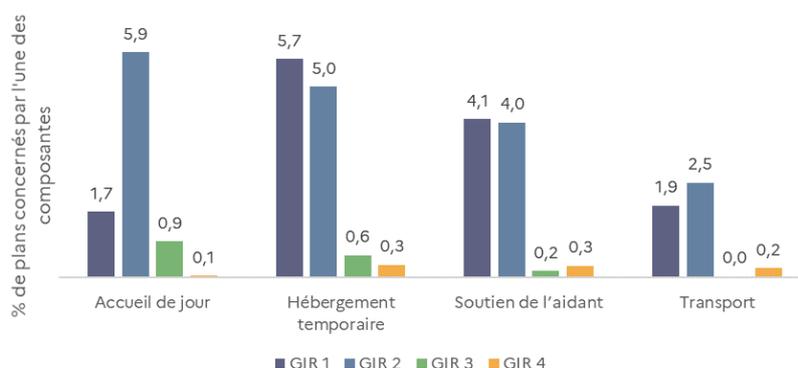


Source : SG HCFEA sur données Drees ([ER 1214](#))

<sup>41</sup> Drees, Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : la moitié des plans incluent des aides techniques, [ER 1214](#), 2021



Graphique 12 | Part de plans d'aide incluant des aides à l'accueil temporaire, par composantes des aides à l'accueil temporaire et par GIR, en 2017



Source : SG HCFEA sur données Drees ([ER 1214](#))

## 2. Le plafonnement des plans d'aide semble limiter l'inscription d'aides techniques, d'aménagement du logement ou de répit/accueil temporaire dans les plans d'aide

Ces constats en termes de fréquence de prescription d'aides autres qu'humaine ont été obtenus par la Drees sur la base de données 2017, avec donc un faible recul par rapport à la Loi ASV de 2016 qui avait précisé les dépenses entrant dans le champ des plans d'aide APA et prévu notamment le volet « répits des aidants » de la prestation. La prochaine édition de l'enquête autonomie permettra de vérifier si les proportions de plans d'aide prévoyant l'une ou l'autre de ces aides techniques ou à l'accueil temporaire ont augmenté.

L'enquête conduite en 2023 par le Conseil de l'âge auprès des équipes médicosociales des départements a montré que si les besoins en aides techniques et les besoins des aidants étaient mesurés dans une majorité de cas, les plans d'aide notifiés ne comportaient pas toujours d'aide ou de dispositifs visant à y répondre.

La préconisation d'actions complémentaires, telles que des mesures d'aménagement du logement, ponctuelles mais éventuellement coûteuses, peut en effet s'avérer incompatible avec un nombre d'heures d'accompagnement suffisant (notamment lorsqu'il conduit à une dépense proche du plafond de l'APA).

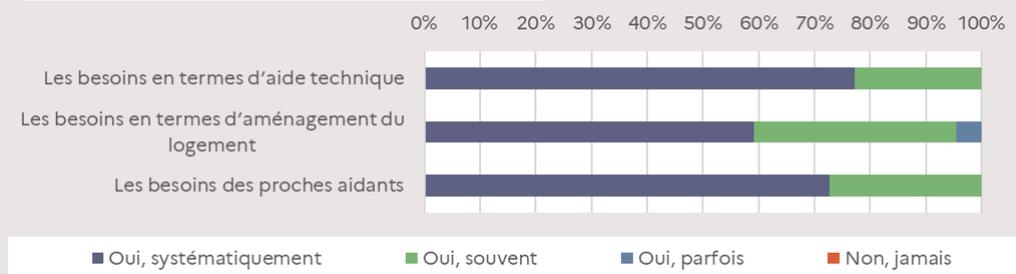
Les modalités de fonctionnement de l'APA peuvent de ce fait imposer un arbitrage entre le financement d'actions ponctuelles ou temporaires et le nombre d'heures d'intervention d'un accompagnant professionnel, ce qui n'apparaît pas souhaitable, ni en termes de lisibilité pour les acteurs (allocataires comme régulateurs), ni en termes de politique de prévention de la dégradation de l'autonomie des personnes âgées vulnérables.

### Encadré 9 | Enseignements de l'enquête conduite en 2023 par le Conseil de l'âge<sup>42</sup> à propos des pratiques des EMS concernant l'évaluation et la prescription d'aides techniques ou d'aide à l'accueil temporaire dans les plans APA

L'une des enquêtes menées par le Conseil de l'âge en 2023 s'adressait aux **équipes médicosociales des départements** en charge de l'évaluation des plans d'aide APA. Son objectif était de disposer d'éclairages récents sur les modalités d'évaluation des besoins des allocataires de l'APA et d'élaboration des plans d'aide.

Interrogées sur les besoins évalués au-delà du nombre d'heures d'intervention, la totalité des EMS ont indiqué évaluer « systématiquement » ou « souvent » les besoins en termes d'aides techniques ou les besoins des proches-aidants (en termes de répit notamment). Près de **8 sur 10 recueillent « systématiquement » les besoins en termes d'aides techniques** et un peu plus de **7 sur 10 mesurent les besoins des aidants**. **La part des EMS indiquant évaluer les besoins en termes d'aménagement du logement est un peu plus faible** : seules 6 EMS sur 10 conduisent « systématiquement » une telle évaluation.

Question : Les éléments suivants sont-ils abordés dans le cadre des évaluations ?

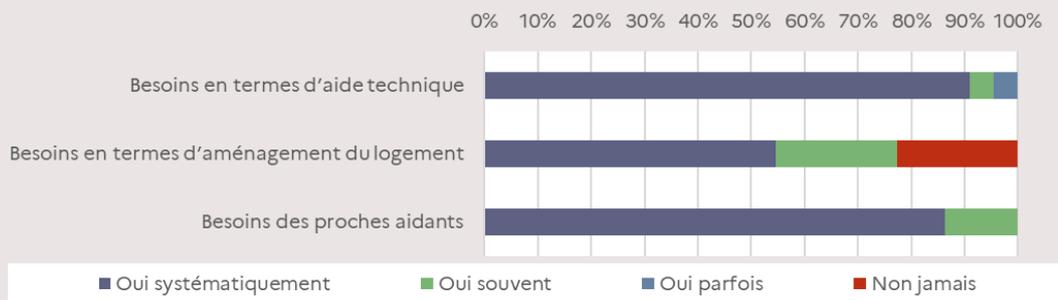


La part de plans d'aide élaborés en couvrant effectivement ces besoins est encore plus élevée : plus de 9 EMS sur 10 indiquent prendre « systématiquement » en considération les besoins en termes d'aides techniques dans l'élaboration des plans d'aide et 85 % répondent tenir « systématiquement » compte des besoins des proches aidants. En revanche, seules 55% des EMS indiquent tenir « systématiquement » compte des besoins en termes d'aménagement du logement et 1 EMS sur 5 répondent que ces besoins ne sont « jamais » pris en compte dans l'élaboration du plan d'aide.

<sup>42</sup> Les résultats détaillés des trois enquêtes (EMS, SAAD et CCAS) conduites en 2023 par le Conseil de l'âge sont présentés dans le document d'éclairage Enquêtes conduites auprès des acteurs locaux du Grand Âge disponible sur le site [Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge | \(hcfea.fr\)](http://hautconseildefamille.fr)



Question : Les besoins suivants sont ils pris en compte dans l'élaboration du plan d'aide?



Les EMS ayant contribué à l'enquête ont été sollicités une seconde fois afin de mieux comprendre les pratiques en termes d'aménagement du logement. Les réponses obtenues témoignent d'une grande variabilité des pratiques départementales et de la prise d'initiatives visant à pallier les contraintes intrinsèques au modèle tarifaire de l'APA. Ainsi, dans certains cas, les dépenses au titre de l'adaptation du logement sont couvertes, en tout ou partie, par d'autres financements que l'APA, sur des enveloppes extralégales. Dans d'autres cas, elles restent couvertes par l'APA mais lissées sur plusieurs années de sorte à s'affranchir de la contrainte des plafonds.

Nous traitons les demandes d'adaptation du logement (ADL) et aides techniques (AT) dans le plan APA + nous disposons d'un fond volontariste qui finance en complément pour l'ADL et la CFPPA (conférence des financeurs) qui finance pour les AT

Sur notre département, l'APA participe à la prise en charge d'aménagements de logement, en complément des cofinancements éventuels (ANAH, caisses de retraite...), si ces aménagements répondent bien à un besoin de compensation de la perte d'autonomie des personnes concernées (prise en charge correspondant au montant restant disponible dans le plan d'aide, sur 6 mois).

Les besoins d'aménagement sont systématiquement évalués dans le cadre de l'APA et peuvent être financés dans le plan d'aide.

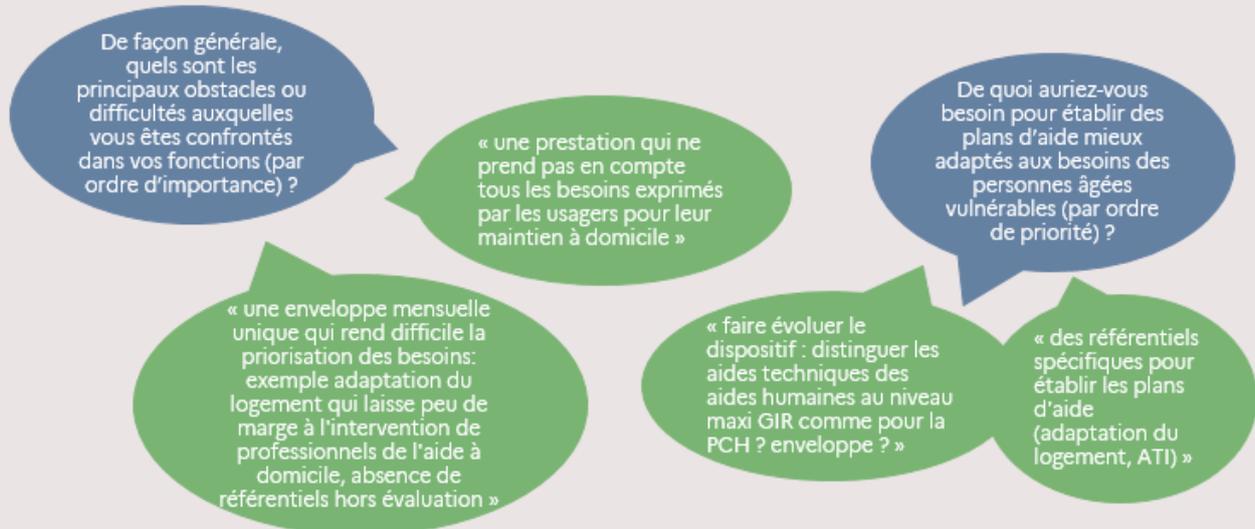
L'évaluation générale du besoin est réalisée par l'EMS qui réoriente les demandes concernant l'habitat vers un service dédié au CD, ce qui n'impute donc pas le plan d'aide APA.

Nous avons 3 ergothérapeutes dans l'équipe, et ce depuis 2002, nous avons donc toujours intégré les aménagements dans l'APA si le plan d'aide est saturé nous finançons une partie en extra-légal

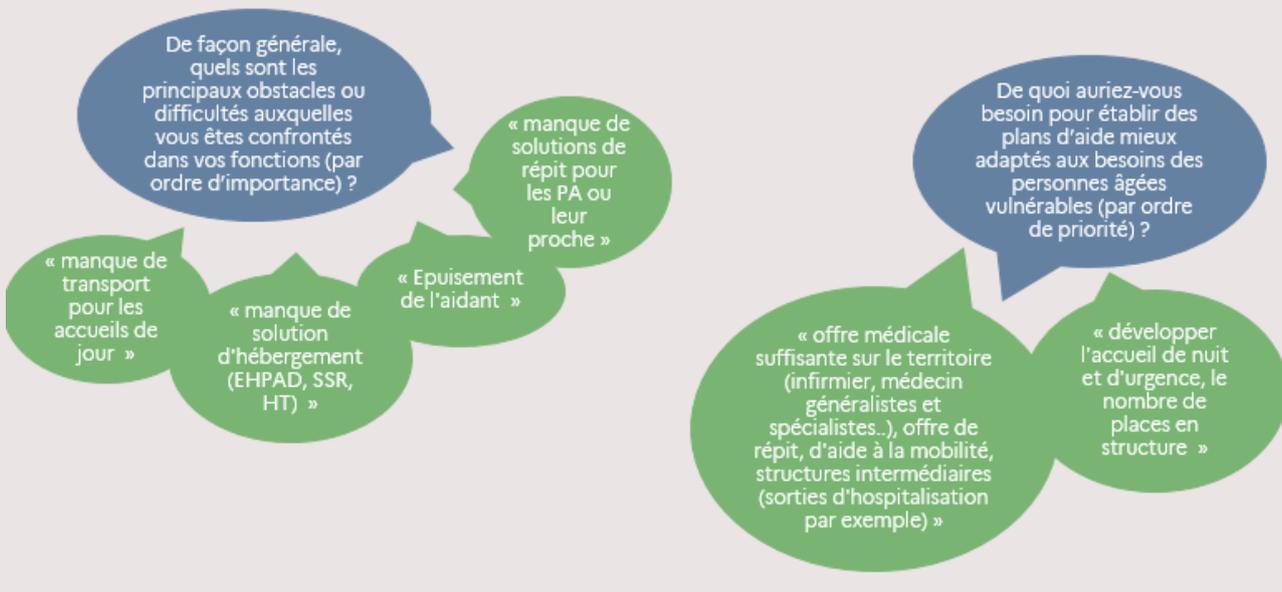
Les adaptations du logements sont financées par l'APA mais en dehors du plan d'aide classique afin de s'affranchir du plafond du GIR qui ne permet pas de financer les aménagements importants (type adaptation de salle de bain). Le RDAS fixe les plafonds d'intervention et une durée pendant laquelle l'aide ne pourra plus être sollicitée. (ex aide de 2000€/5 ans).

**Question HCFEA : Un quart des EMS ayant répondu indiquent ne jamais prendre en compte les besoins d'aménagement du logement dans l'élaboration des plans d'aide. Ces besoins peuvent néanmoins être couverts par l'APA. Si ce n'est pas le cas, est-ce pour des raisons de contrainte budgétaire (car les plafonds des plans d'aide sont trop bas), ou parce que ces dépenses sont couvertes par un autre dispositif ou traitées par un autre service ?**

La nécessité d'arbitrer entre le nombre d'heures d'aide et d'accompagnement humains et la prescription d'aides ponctuelles, parfois coûteuses, remonte comme l'une des principales difficultés pouvant être rencontrées par les EMS lors de l'élaboration des plans d'aide ou l'une des principales actions qu'ils recommandent pour améliorer l'adéquation des plans d'aide aux besoins des personnes.



La très faible part de plans intégrant des aides à l'accueil temporaire semble par ailleurs résulter directement de l'insuffisance de l'offre (près du quart des EMS ayant répondu à l'enquête ont en effet cité le manque de solutions temporaires comme une des principales difficultés rencontrées dans le cadre de leur activité professionnelle).

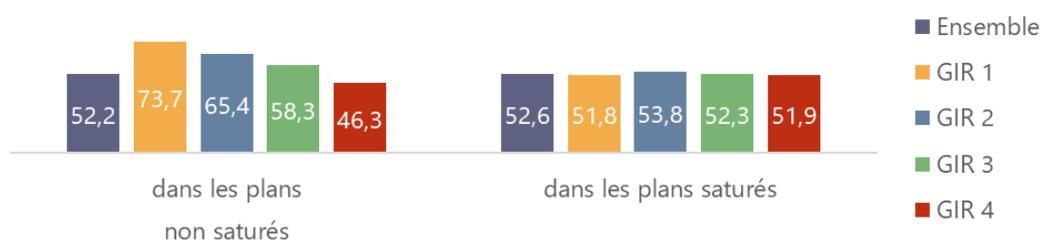


Source : SG HCFEA sur données de l'enquête « EMS » conduite en 2023 par le Conseil de l'âge



Les travaux conduits par la Drees tendent à confirmer cet « arbitrage imposé » : « la proportion de plans contenant des aides non humaines est, en règle générale, plus faible parmi les plans saturés que parmi les non saturés. [...] L'effet de la saturation sur le recours aux aides non humaines est négatif pour les allocataires en GIR 1, 2 et 3 et d'ampleur d'autant plus importante que le GIR est faible. [...] **La part moins forte de plans prévoyant des aides non humaines parmi les plans saturés en GIR 1 à 3 peut s'expliquer par le fait que les aides humaines sont relativement plus chères que les non humaines, ce qui les mène plus facilement à la saturation. Une deuxième explication possible serait un arbitrage lors de l'arrivée à saturation (particulièrement en GIR 1 et 2) au détriment des aides non humaines** »<sup>43</sup>.

Graphique 13 | Part de plans d'aide incluant des aides autres qu'humaine



Source : SG HCFEA sur données Drees (ER 1214)

### C. La segmentation des dispositifs en fonction de l'âge ou d'une caractérisation médico-administrative pose également des difficultés

L'âge de 60 ans est qualifié de « barrière d'âge » parce qu'avant cette borne d'âge les politiques d'autonomie relèvent de la politique du handicap, tandis qu'après, elles relèvent de celle du grand âge. Elles peuvent donner lieu à des difficultés à double titre :

- Certains dispositifs du secteur gériatrique ou établis dans le cadre de la politique à destination des personnes âgées ne sont pas accessibles aux personnes de moins de 60 ans ;
- Symétriquement, des personnes de plus de 60 ans, ne bénéficient pas d'une prise en charge adaptée parce qu'elles ne remplissent plus les conditions pour y accéder.

#### 1. Les personnes âgées de moins de 60 ans souffrant d'une forme de perte d'autonomie précoce n'ont pas accès à certains dispositifs dédiés aux personnes âgées, malgré un maintien à domicile complexe

L'accès de ces personnes aux dispositifs dédiés aux personnes âgées vulnérables n'est pas aisé ou automatique, alors même que les structures d'autres secteurs (handicap, adultes en difficultés sociales) ne sont pas adaptées et que le maintien à domicile est très difficile voire impossible (absence de domicile privatif).

<sup>43</sup> Drees, Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : la moitié des plans incluent des aides techniques, ER 1214, 2021

### a. Le cas des personnes souffrant de troubles neurodégénératifs précoces avant 60 ans (Alzheimer, Parkinson, syndrome de Korsakoff).

Les personnes souffrant d'une maladie d'Alzheimer (ou apparenté – MAMA/ MASA) précoce sont en risque de ne pas pouvoir bénéficier à la fois d'un accompagnement de leur maladie et d'un accompagnement social du fait des faiblesses globales de ces offres, et en raison d'une filière de prise en charge largement structurée autour des secteurs gériatriques ou dédiés aux personnes âgées.

Comme le relève un rapport de l'IGAS de 2021 : « *D'une part, au-delà du déficit général qui existe en ville en professionnels de santé (médecins, paramédicaux...) afin de répondre aux besoins des personnes âgées à domicile, on y constate toujours un déficit très important d'offre de dispositifs spécialisés, notamment lorsque les troubles psychologiques et du comportement apparaissent chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Ainsi, 50 000 personnes seulement peuvent bénéficier des services des ESA [équipes spécialisées Alzheimer] chaque année, soit moins de 5 % du total des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. En outre, une large partie du territoire n'est pas couverte, d'où d'importantes listes d'attente. Enfin, les services offerts par les ESA ne permettent pas de répondre aux patients dont la situation est trop dégradée* »<sup>44</sup>.

Par ailleurs, leur accès à une place d'EHPAD, où existent des unités spécialisées est largement conditionné à la possibilité de faire valoir une « dérogation d'âge » (voir *infra*) et de trouver une place dans un EHPAD disposant de ces services. « *Ensuite, un déficit similaire existe dans les établissements, en dépit des efforts d'investissements réalisés. Ainsi, le nombre de PASA, d'UHR, d'UCC et d'UVA demeure modeste par rapport au nombre total d'EHPAD et aux caractéristiques de leurs publics* ».

### b. La situation des personnes en situation de handicap, souffrant de troubles cognitifs ou encore des personnes concernées par un vieillissement prématuré de l'organisme (personnes anciennement à la rue)

L'enquête EHPA<sup>45</sup> de 2019 indiquait que le nombre de personnes de moins de 60 ans hébergées en EHPAD était d'environ 5 300 personnes, soit à 0,7 % des résidents des EHPAD. L'accès à l'EHPAD est en effet possible avant 60 ou 65 ans sous certaines conditions :

- Pour les personnes en situation de handicap : Si l'entrée d'un **adulte en situation de handicap vieillissant** en établissement pour personnes âgées ne constitue pas toujours la solution la plus adaptée, celle-ci peut toutefois répondre à certaines situations. Toute

---

<sup>44</sup> [Evaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives](#), 2021, Dr Nicole Bohic, Delphine Corlay, Louis-Charles Viossat (IGAS).

<sup>45</sup> L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) est conduite par la Drees. Elle recueille des informations sur l'activité des établissements médico-sociaux accueillant les personnes âgées, ainsi que sur les personnes âgées qui y résident.



personne handicapée de moins de 60 ans dont l'incapacité permanente est égale à 80 % ou qui est, compte tenu de son handicap, dans l'impossibilité de se procurer un emploi, peut être hébergée dans un établissement d'accueil pour personnes âgées<sup>46</sup>.

- En l'absence de reconnaissance du handicap, toute personne ayant été reconnue **inaptes au travail** peut également être admise en EHPAD avant 60 ans.
- Dans les autres cas, on parle de « **dérogation d'âge** » à la décision du président du Conseil départemental, qui peut être donnée aux personnes dont l'âge est compris entre 60 à 65 ans et qui n'ont pas été reconnues inaptes au travail.

Les personnes admises en EHPAD avant 60 ou 65 ans ont souvent des **besoins spécifiques que les forfaits et dotations « classiques » des Ehpad ne prennent pas en compte** :

- Les forfaits « soin » et « dépendance » de la tarification des Ehpad ne couvrent pas les besoins particuliers de réadaptation, d'intervention éducatives de certains professionnels (ergothérapeutes, psychomotriciens), de prise en compte des problèmes d'addiction.
- Ces personnes ne pouvant pas forcément être classées dans un GIR, les besoins spécifiques liés à leur prise en charge ne seront pas couverts par la mesure du niveau moyen de « perte d'autonomie » des résidents de l'établissement (GMP), qui est pourtant censée refléter l'ampleur des moyens mobilisés pour les résidents.

## **2. Passés 60 ans, les personnes ne sont plus éligibles à la PCH alors que cette prestation pourrait être mieux adaptée à leur situation**

Le bénéfice de la PCH était initialement réservé aux personnes âgées de moins de 60 ans au moment de la demande d'ouverture des droits (en sachant que les allocataires de la PCH peuvent en conserver le bénéfice après 60 ans).

Un premier assouplissement a permis, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021<sup>47</sup>, l'ouverture des droits pour les personnes âgées de moins de 75 ans dès lors qu'elles répondaient aux critères d'attribution de la PCH avant leurs 60 ans.

Deux autres dérogations existent pour devenir allocataire de la PCH après 60 ans, elles concernent :

- les personnes qui exercent toujours une activité professionnelle à cet âge et dont le handicap répond aux critères d'attribution de la PCH au moment de la demande ;
- les personnes qui bénéficient de l'allocation compensatrice pour tierce personne ou pour frais professionnel (ACTP- ACFP) : elles peuvent opter pour la PCH à tout âge dès lors qu'elles répondent aux critères d'attribution liés au handicap (dans ce cas, le choix de la PCH est définitif).

---

<sup>46</sup> Ces personnes peuvent bénéficier de l'aide sociale aux personnes handicapées pour les aider à payer le tarif hébergement. Il n'y a pas d'obligation alimentaire ni de recours sur succession sur cette aide sociale.

<sup>47</sup> Décret n° 2020-1826 du 31 décembre 2020

### Encadré 10 | Les allocataires de l'APA à domicile âgés de moins de 75 ans

La plupart des éléments statistiques présentés dans ce document portent sur les individus âgés de 75 ans ou plus, qui représentent 86 % des allocataires de l'APA à domicile.

Une analyse complémentaire a été conduite afin de comparer les caractéristiques des allocataires de l'APA à domicile avant ou après cette borne d'âge de 75 ans.

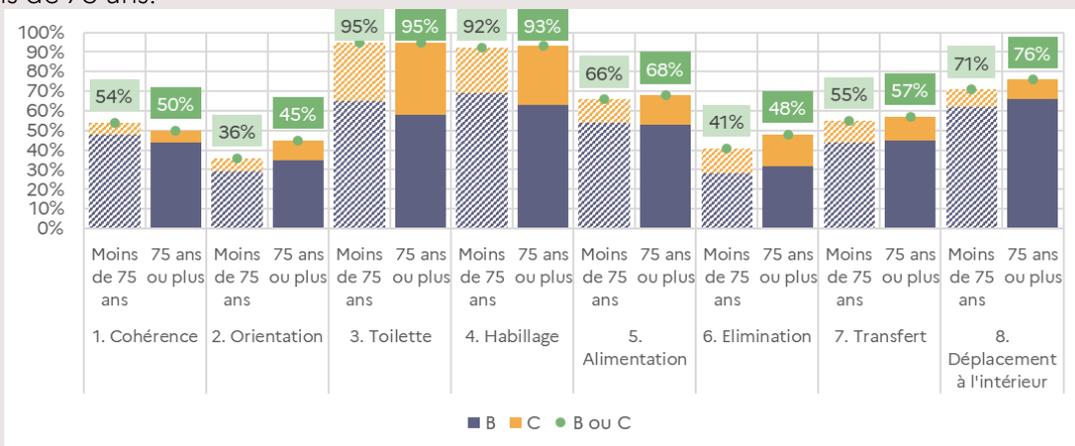
Comparativement aux allocataires de l'APA de 75 ans ou plus, ceux âgés de 60 à 74 ans sont plus souvent de sexe masculin et vivent davantage en couple.

Ils sont proportionnellement près de 3 fois plus nombreux à bénéficier d'une protection juridique. Ils se caractérisent également par des ressources en moyenne plus faible.

Ils bénéficient de plans d'aide dont les montants sont en moyenne plus faible et présentent une plus grande proportion de GIR 4 que les 75 ans ou plus.

	Entre 60 et 74 ans	75 ans ou plus
<b>GIR</b>		
1	1,4%	2,4%
2	14,9%	17,3%
3	19,1%	23,4%
4	64,6%	56,9%
<b>Profil de RA</b>		
RA sur les items 1 et 2 uniquement	<1 %	<1 %
RA autres que sur items 1 et 2	41%	41%
RA sur Items 1 ou 2 ET RA sur autres items	59%	59%
<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>		
Age moyen	70 ans	87 ans
% de femmes	64%	74%
% en couple	39%	34%
% bénéficiant d'une protection juridique	12%	4%
Ressources moyennes au sens de l'APA	1 175 €/mois	1 373 €/mois
Plan d'aide moyen	484 €/mois	558 €/mois

A l'exception de l'axe **1 | Cohérence** où ils sont très légèrement plus nombreux à avoir difficultés lourdes (« B »), ils ont en moyenne sur l'ensemble des autres items moins de restrictions d'activités que les 75 ans et plus. La prévalence des restrictions d'activité est néanmoins très proche entre les deux classes d'âge pour les items **3 | Toilette**, **4 | Habillage**, **5 | Alimentation** et **7 | Transferts**, avec toutefois une plus faible proportion de difficultés absolues (cotation « C ») parmi les personnes âgées de moins de 75 ans.



Note : L'échantillon RI-APA 2017 a été restreint aux individus dont les 8 activités entrant dans le calcul du GIR sont renseignées. Source : SG HCFEA sur données de l'enquête RI APA 2017 (Drees)



Bien que le nombre de allocataires de la PCH puisse sembler faible par rapport au nombre estimé de personnes concernées par un handicap, **les critères d'éligibilité à la PCH sont moins drastiques que ceux de l'APA** (cf. partie 3 *infra*)

Les deux prestations sont pourtant marquées par des similarités<sup>48</sup> :

- Ce sont des prestations en nature ;
- Elles couvrent toutes deux des types de dépenses comprenant des aides humaines, des aides techniques et du répit pour les aidants ;
- Elles permettent le libre choix des personnes sur le mode d'effectuation des aides humaines : services prestataires, mandataires, emploi direct, emploi familial ;
- Elles sont individuelles, non soumises à obligation alimentaire et à recours sur succession.

Toutefois, **elles ont aussi des différences**, et « des plus et des moins ».

- En plus pour l'APA : l'inclusion prévu de l'aide à l'entretien du domicile ;
- En plus côté PCH :
  - Des plans d'aide **sans plafond global** (uniquement des plafonds par compartiment) et **plusieurs compartiments**,
  - Des **forfaits spécifiques**, notamment celui dédié à la **surveillance**.
  - **Pas de reste à charge sur la PCH « aide humaine »** si la personne respecte le volume horaire défini dans son plan d'aide et recourt à des offreurs pratiquant les tarifs horaires préconisés par l'administration.

Si un droit d'option de la PCH vers l'APA est possible à tout âge, ça n'est pas le cas de l'APA à la PCH, le fait de remplir les conditions de la PCH avant 60 ans devient alors surdéterminant.

Pourtant, comme exposé précédemment, les critères d'éligibilité à l'APA et le classement dans un niveau d'aide requise pour l'autonomie des personnes résultant de la grille AGGIR ne sont pas conçus pour certaines prises en charge, requérant particulièrement du temps de surveillance et des accompagnements spécifiques, notamment en présence de troubles cognitifs.

La perte de chances de pouvoir choisir entre la PCH et l'APA, liée aux conditions à remplir pour bénéficier de la PCH, peut alors avoir des conséquences sérieuses, pouvant aller jusqu'à contraindre une personne à recourir à une prise en charge institutionnelle du fait de l'insuffisance des moyens pouvant être mis en œuvre dans le cadre de l'APA (ce qui n'aurait pas été le cas si elle avait été éligible à la PCH).

---

<sup>48</sup> Denis Piveteau, [APA et PCH : le rapprochement est-il possible ?](#), Les Tribunes de la santé 2022/4

### Encadré 11 | Illustration de la perte de chances induites par la barrière d'âge dans le cas d'un Alzheimer sévère

Dans le cadre des travaux 2023 du Conseil de l'âge, l'équipe permanente a souhaité observer les pratiques des EMS afin de mieux mesurer les marges de manœuvre dont elles disposent pour proposer les prises en charge les mieux adaptées aux besoins des personnes. Elle a eu l'opportunité d'accompagner une équipe du CD 75<sup>49</sup> en charge de l'évaluation des besoins des demandeurs d'APA. A cette occasion, l'équipe du Conseil de l'âge a pu observer la situation suivante, qui illustre parfaitement la perte de chances induite par la barrière d'âge :

La visite de l'EMS concernait une femme tout juste sexagénaire ayant été diagnostiquée comme sévèrement atteinte de la maladie d'Alzheimer juste avant ses 60 ans.

L'entretien préalable à l'élaboration du plan d'aide APA s'est tenu en présence de sa fille (principale aidante).

A l'issue de la visite, l'évaluatrice a pu proposer un plan d'aide APA correspondant à un classement en GIR 2 et donnant lieu à 67 heures mensuelles (sans reste à charge compte tenu des revenus de la demandeuse).

Une demande de PCH avait été faite quelques semaines auparavant auprès de la MDPH mais l'évaluation au domicile par une personne de l'EP de la MDPH 75 n'avait pas encore donné lieu à la proposition d'un plan d'aide. La famille ne savait alors pas quelle « filière et prestations » choisir.

La MDPH ayant confirmé que la personne aurait dans tous les cas une possibilité d'opter plus tard pour la PCH, il a été convenu d'ouvrir immédiatement l'APA, notamment pour couvrir les dépenses d'accompagnement déjà engagées par la personne et son entourage, et de compléter cet accompagnement avec une demande de prescription de soins infirmiers et d'intervention d'une équipe spécialisée Alzheimer.

Deux mois plus tard, la MDPH a notifié le plan d'aide pouvant être proposé dans le cadre de la PCH. Ce plan d'aide comportait un forfait « aides aux actes de la vie quotidienne » de 104 heures (soit un peu moins du double du volume proposé dans le cadre du plan d'aide APA) et un forfait surveillance régulière de 121 heures mensuelles (soit un total de 225 heures par mois qui change tout, puisqu'il permet à la personne de rester vivre dans son appartement sans se mettre en danger, ce qui n'était pas envisageable à moyen terme avec le plan d'aide APA).

---

<sup>49</sup> L'équipe du Conseil de l'âge a ainsi pu bénéficier, souvent grâce aux membres du Conseil, de plusieurs « immersions » pour mieux appréhender les pratiques des professionnels du grand âge. Ces déplacements et rencontres ont bien entendu été conduits au-delà du seul territoire parisien ou francilien, qui comporte un certain nombre de particularités. Le cas réel décrit ici, s'il a été observé à Paris, peut néanmoins être considéré comme représentatif des effets de la barrière d'âge.



## Partie 3

### Vers une meilleure adéquation des outils du soutien à l'autonomie aux besoins des personnes

Par rapport à des principes et des dispositifs restés très stables entre les lois médicosociales de 1975 et la fin des années 1990, les années 2000 – 2020 ont été marquées par des évolutions majeures, souvent apparues dans le champ des politiques de lutte contre les exclusions (loi de 1998), des droits des malades et des personnes (loi « droits des malades » et loi de rénovation de l'action sociale de 2002), du handicap (loi de 2005) et que l'on peut résumer sommairement ainsi :

- L'irruption de l'approche par les droits des personnes, qui s'ajoute et bouscule les logiques anciennes de protection ou compensation ;
- La volonté d'une prise en compte plus globale partant des aspirations et des besoins des personnes, avec les principes d'auto-détermination, de faire non seulement « pour » mais aussi « avec » la personne, sa famille, ses aidants ;
- La prise en compte ou même la construction de parcours qui sont de plus en plus tournés vers le maintien ou l'accompagnement vers le droit commun ou le « milieu ordinaire ».

#### *Un droit à la prise en compte des besoins, qui n'est pas un droit à une évaluation globale*

Les principes de prise en compte et de réponse aux besoins des personnes âgées et de leurs aidants, et la participation à la définition de leurs accompagnements et leurs parcours sont présents dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF), dans des rédactions différentes suivant les politiques et les publics concernés.

L'inscription dans le CASF d'une définition du travail social, en 2016, a posé les principes transverses à tous les publics et accompagnements<sup>50</sup>. Il dispose que le travail social vise à permettre l'accès des personnes à l'ensemble des droits fondamentaux, à faciliter leur inclusion sociale et à exercer une pleine citoyenneté et qu'il participe au développement des capacités des personnes à agir pour elles-mêmes et dans leur environnement. Il prévoit également la mobilisation des savoirs issus de l'expérience des personnes bénéficiant d'un accompagnement social, « **celles-ci étant associées à la construction des réponses à leurs besoins** ».

Cette prise en compte des besoins à partir d'une évaluation et d'une interaction avec la personne est également présente dans les missions et référentiels professionnels de certaines professions sociales. A titre d'exemple, s'agissant des assistants de service sociale

<sup>50</sup> [Article D. 142-1-1](#)

(ASS), le CASF<sup>51</sup> prévoit que leur diplôme d'Etat « atteste des compétences requises pour mener des interventions sociales, individuelles ou collectives, en vue d'améliorer par une approche globale et d'accompagnement social les conditions de vie des personnes et des familles ». Le nouveau référentiel professionnel (ou d'activité) des ASS adopté à l'issue de la réingénierie de 2016-2018 indique que « **l'assistant de service social évalue, analyse la situation de la personne et coconstruit un plan d'actions négocié et contractualisé.** Dans le cadre de l'évaluation, il identifie les ressources du territoire pour orienter la personne vers les partenaires adaptés. ». S'agissant des personnes âgées, le CASF<sup>52</sup> prévoit que « [...], **la personne âgée en perte d'autonomie a droit à des aides adaptées à ses besoins et à ses ressources, dans le respect de son projet de vie, pour répondre aux conséquences de sa perte d'autonomie, quels que soient la nature de sa déficience et son mode de vie.** ». Par ailleurs, le CASF<sup>53</sup> prévoit que les « **personnes âgées et leurs familles bénéficient d'un droit à une information sur les formes d'accompagnement et de prise en charge adaptées aux besoins et aux souhaits de la personne âgée en perte d'autonomie, qui est mis en œuvre notamment par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, par les départements et par les centres locaux d'information et de coordination** ».

## I. Les dernières décennies sont marquées par d'importants changements conceptuels dans la définition et la mesure des besoins en matière d'autonomie

### A. La définition et la nomenclature des besoins d'aide à l'autonomie

Dans tout le champ de la protection sociale, pendant très longtemps, les besoins pris en compte en matière « d'autonomie »<sup>54</sup> étaient limités par l'approche compensatoire et le périmètre pris en compte par les grandes prestations des champs « Vieillesse-survie » et « Santé incapacités »<sup>55</sup> :

- Majoration tierce personne du risque invalidité (porté par la branche maladie) ;
- Allocation compensatrice tierce personne portée par l'Etat puis par les départements depuis 1983, « ancêtre » de l'APA et de la PCH.

Très schématiquement, les dépenses éligibles à ces prestations en nature étaient les aides humaines, l'aide à l'acquisition d'aides techniques permettant de compenser certaines limitations physiques, motrices ou sensorielles et/ou des aides à l'adaptation des véhicules et logements.

---

<sup>51</sup> [Article D451-29](#)

<sup>52</sup> [Article L113-1-1](#)

<sup>53</sup> [Article L113-1-2](#)

<sup>54</sup> Le mot n'était pas alors utilisé

<sup>55</sup> Ces champs sont entendus au sens des Comptes de la protection sociale produits par la Drees



Une longue évolution conceptuelle, appuyée par la révolution qu'a été l'adoption de la Nouvelle Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 2001 au travers de la résolution [WHA54.21](#), a conduit de nombreux pays à évoluer par rapport à cette vision (cf. *supra* et Eclair 'Âge « Les grands courants d'approche de l'autonomie des personnes âgées vulnérables dans les pays confrontés au vieillissement de leur population »<sup>56</sup>).

L'objectif initial de la CIF était de fournir un langage uniformisé et un cadre pour la description et l'organisation des informations relatives à la personne, ainsi qu'une échelle d'évaluation des incapacités (*World Health Organization – Disability Assessment Schedule*). Elle permettait aussi de s'extraire de diagnostics ou d'évaluations fondés uniquement sur la classification en maladies, comme c'était le cas quand il n'existait que la Classification internationale des maladies (CIM). Une telle approche permet de mettre en avant l'interaction dynamique entre plusieurs composantes dans une approche multidimensionnelle :

- Fonctions organiques et les structures anatomiques des individus
- Activités que font les individus et les domaines de la vie auxquels ils participent
- Facteurs environnementaux qui influencent leur participation
- Facteurs personnels

Les travaux de comparaison internationale conduits par le Conseil de l'âge<sup>57</sup> ont montré que la plupart des pays confrontés aux enjeux du vieillissement démographique ont réorienté leur politique d'autonomie vers une approche globale, transversale et coordonnée. Nombres d'outils de mesure des besoins d'aide à l'autonomie ont été développés, reflétant ces évolutions.

## **B. Les autres outils de définition et/ou d'évaluation des besoins utilisés dans le champ de l'autonomie**

### **1. Différents outils d'évaluation, couvrant d'autres ou davantage de dimensions de la fragilité ou de la vulnérabilité, existent**

La grille AGGIR prend place dans un éventail large d'outils et référentiels de repérage, de quantification et de valorisation des besoins individuels de compensation. Dans la lignée des travaux engagés par la CNSA à la fin des années 2010<sup>58</sup>, le Conseil de l'âge a souhaité approfondir l'analyse de plusieurs de ces outils pour mieux comprendre à la fois les conceptions, parfois implicites, dans lesquelles ils s'inscrivent ainsi que les forces et les faiblesses que leur confèrent les méthodes utilisées pour les construire et les évaluer.

---

<sup>56</sup> HCFEA, 2023

<sup>57</sup> HCFEA, Conseil de l'âge, [Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées, quelques comparaisons internationales](#), 2019 et *Grands courants d'approche de l'autonomie des personnes âgées vulnérables dans les pays confrontés au vieillissement de leur population*, Eclair 'Âge, 2023

<sup>58</sup> [Pratiques d'évaluation: une étude des organisations et des représentations | CNSA](#)

## Encadré 12 | Précision de périmètre

Le Conseil de l'âge, dans le cadre de son plan de travail et les temps impartis, ne s'est pas livré à un recensement exhaustif de l'ensemble des outils, grilles ou guide d'évaluation des besoins. Il s'est concentré sur ceux prévus par la législation et la réglementation, élaborés et fournis par le niveau national, ou utilisés à l'international dans d'autres pays.

Figure 11 | Tableau récapitulatif des principales dimensions qui permettent de distinguer les outils d'évaluation étudiés

Usages	Objectifs visés	Places des troubles cognitifs	Méthode
<ul style="list-style-type: none"> <li>Le grand nombre d'outils existant s'explique d'abord par la variété des usages</li> <li>Évaluation d'une situation</li> <li>Repérage de besoins potentiels</li> <li>Repérage de besoins réels</li> <li>Elaboration de réponses aux besoins</li> <li>Détermination de l'éligibilité à la solidarité collective</li> <li>Détermination d'un montant d'aide publique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les différents outils ne mesurent pas tous les mêmes objets :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Incapacités</li> <li>Besoins</li> <li>Qualité des accompagnements</li> <li>Rationalité de l'attribution de moyens</li> <li>...</li> </ul> </li> <li>La notion de « besoin » n'est pas définie de la même manière : la place faite au projet de vie, i.e. à la personne et ses attentes, et l'articulation de ces dernières avec la norme sociale n'est pas la même</li> <li>Les populations cible différent : quand certains outils s'appliquent à toutes les personnes âgées, d'autres ciblent certains lieux de vie ou groupe de patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les modalités de prise en compte des troubles cognitifs varient selon les outils</li> <li>Ils apparaissent à travers des incapacités spécifiques (orientation, cohérence)</li> <li>Ils peuvent être pris en compte intrinsèquement dans la cotation des différentes activités (capacité à faire correctement, spontanément)</li> <li>Enfin, ils peuvent intervenir de manière systématique dans la définition des incapacités (« être capable de s'habiller » vers « être capable de s'habiller de manière adaptée (à la météo, au contexte...) »)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les données : certains outils sont lourds à mettre en œuvre car ils supposent un recueil de données spécifiques et nombreuses tandis que d'autres font le choix de la parcimonie, soit par le nombre d'informations, soit par l'utilisation de données déjà disponibles (telles que les données administratives)</li> <li>Les produits : certains construisent un score unidimensionnel, d'autres plusieurs scores, d'autres encore conduisent à des profils sur plusieurs domaines ou à des groupes de malades (qui ne sont pas ordonnés); d'autres enfin combinent plusieurs logiques et plusieurs outils</li> </ul>

Source : SG HCFEA

Cette analyse a été conduite en mettant en avant les quatre principales dimensions par lesquelles ils se distinguent. Une dimension plus transversale peut aussi être mise en évidence : celle de la forme de **normativité** qui structure les outils, et plus précisément de la place faite aux normes de la personne dont on évalue la situation, aux normes professionnelles, aux normes sociales et à leurs potentiels conflits. Si cette normativité marque chaque outil dans son ensemble, elle transparaît de manière particulièrement nette dans la place donnée aux troubles du comportement.

La grille AGGIR ne laisse pas de place à la subjectivité de la personne, à son projet de vie personnel et à sa définition propre de ce que sont ses besoins, autrement dit de ce que sont les activités qu'il est important pour elle de pouvoir réaliser. Les normes sociales sont aussi assez peu présentes dans l'outil si ce n'est à travers l'adverbe « correctement », qui peut tout autant renvoyer à une norme professionnelle. Etant donnée l'histoire de la grille AGGIR, l'outil conduit donc à uniformiser la grille de lecture des besoins en imposant une norme gériatrique, celle qui définit les interventions nécessaires du personnel infirmier en Ehpad. Les autres outils d'évaluation étudiés retiennent des approches différentes (*cf. infra*). Evidemment, les modes de passation des différents outils peuvent venir transformer la normativité originale : ces outils sont le plus souvent conçus pour être remplis par des professionnels, mais l'interaction avec la personne et son entourage peuvent brouiller sensiblement la logique initiale.



Dans le cas de la grille AGGIR, la normativité est probablement bien plus partagée dès lors que ce ne sont pas les professionnels mais la personne et son entourage qui déterminent ce qu'il faut entendre par « régulièrement » ou « complètement ».

## 2. Présentation de quelques outils développés dans le champ de l'autonomie

Différents outils ont été développés pour l'évaluation des besoins et des attentes des personnes âgées vulnérables. L'utilisation d'une partie d'entre eux a été soutenue en France par les acteurs du grand âge (CNSA et caisses de retraite) notamment :

- **L'outil d'évaluation multidimensionnelle des gestionnaires de cas des MAIA : Le « Resident Assesment Instrument » (RAI)**

Mettant en œuvre la mesure 3 du plan national maladies neurodégénératives 2014-2019, la CNSA a retenu en 2016 et déployé progressivement à compter de 2017 un outil d'évaluation multidimensionnelle, à savoir le volet domicile d'inter-RAI (outil *inter-RAI Home Care*). Les gestionnaires de cas des MAIA (désormais intégrées aux Dispositifs d'appui à la coordination – DAC) doivent l'utiliser pour conduire une évaluation multidimensionnelle à domicile.

Le RAI est une **procédure complète**, développée initialement aux Etats-Unis dans les années 1980 pour mesurer la qualité des prises en charge et permettre l'accréditation des établissements d'hébergement. Elle s'est ensuite déclinée en une quinzaine d'instruments (correspondant à différents lieux de soins ou groupes de patients)<sup>59</sup>, qui ont l'avantage de partager un même glossaire et donc de permettre le transfert et le suivi d'informations individuelles.

Le RAI Home Care correspond au volet domicile de la **prise en charge de personnes vulnérables à domicile**, qui comprend :

- Une grille d'évaluation structurée, le Minimum Data Set (MDS), qui permet de recueillir des données fiables.
- Un logiciel qui génère des échelles et des tableaux d'alarme qui permettent de faire une liste des problèmes et partant de là, de rédiger un plan d'intervention.
- Un manuel de l'utilisateur qui contient en particulier des guides d'analyse par problème et contribue à la formation des professionnels.
- Des indicateurs de qualité qui permettent de suivre et d'évaluer les effets d'une intervention chez un patient, de faire des comparaisons transversales entre services d'aide et de soins à domicile ou encore de faire des comparaisons chronologiques (en fonction du temps, dans le même service d'aide et de soins à domicile, par exemple).
- Un système de case-mix qui permet d'identifier des groupes de patients iso-consommateurs de ressources et de faire des projections en termes de planification de services de santé

---

<sup>59</sup> Les droits d'auteur de la méthode RAI sont détenus par un groupe international de chercheurs et cliniciens qui gère la société à but non lucratif interRAI ([www.interrai.org](http://www.interrai.org)) et garantit la rigueur d'utilisation de l'outil.

Pour ce qui concerne les incapacités dans les activités de la vie quotidienne, qui constituent 1 des 19 domaines explorés par le MDS, le RAI prévoit un système en 5 niveaux de réponses dont « une aide sans les mains ». En ce qui concerne la normativité, depuis sa troisième version, le RAI intègre des items spécifiques concernant la satisfaction des préférences et des attentes des personnes. Outre son utilisation en France par les gestionnaires de cas des MAIA (maintenant intégrées dans les Dispositifs d'appui à la coordination – Voir le document d'éclairage **Aspects relatifs à la santé et à l'accès aux soins**), le RAI Home-Care est utilisé dans une trentaine de pays.

- **Le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la CNSA (REMD)**

Pendant longtemps, la grille AGGIR, qui n'est qualifiée de « *grille nationale d'évaluation* » que dans un article isolé du CASF (*cf.* Introduction), a joué une fonction « détournée » d'outil d'évaluation des besoins. L'Etat et la CNSA ont pris conscience, dans les années 2008 – 2013, du caractère très limitatif de la grille dans son utilisation pour évaluer globalement les besoins de la personne dans son environnement. Le REMD (ou OEMD<sup>60</sup>) a été coconstruit par les équipes de la CNSA et une large représentation de conseils départementaux et son utilisation au niveau national introduite par la loi ASV<sup>61</sup>. Prévu à l'article [L. 232-6](#) le REMD repose sur une **approche globale** et une **analyse de la situation** d'une personne dans toutes ses dimensions (12 dimensions étant identifiées, parmi lesquelles la grille AGGIR) et vise à évaluer la situation et des besoins de la personne âgée, **afin d'élaborer un plan d'aide cohérent et complet**. Pour aider les équipes médico-sociales des conseils départementaux, la CNSA l'a accompagné d'un guide d'utilisation et d'un formulaire, support pour l'évaluation.

**L'instauration et la généralisation de l'usage de cet outil ont ainsi conduit à distinguer outil d'évaluation de l'éligibilité et instrument de mesure des besoins et des attentes des personnes accompagnées.**

#### Encadré 13 | Article L232-6 du CASF

L'équipe médico-sociale :

1° Apprécie le degré de perte d'autonomie du demandeur, qui détermine l'éligibilité à la prestation, sur la base de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 ;

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 ;

3° Propose le plan d'aide mentionné à l'article L. 232-3 (...).

<sup>60</sup> Pour outil d'évaluation multidimensionnel

<sup>61</sup> Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement, article 41

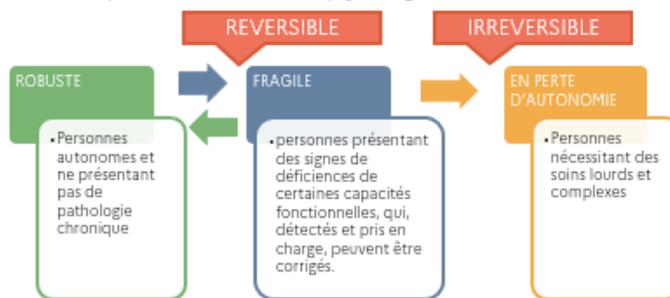


• **Les outils d'évaluation de l'interrégimes des caisses de retraite de base**

Dans le cadre de sa politique de prévention, l'interrégimes<sup>62</sup> de retraites a mis en place un dossier d'évaluation, baptisé Support interrégimes d'évaluation des besoins (SIREVA), intégrant l'évaluation de la fragilité des retraités au travers de la grille FRAGIRE, un outil permettant de mesurer la fragilité. Il a été conçu pour être complémentaire aux outils existants, en particulier la grille AGGIR, et s'applique aux personnes non éligibles à l'APA, classées en GIR 5 ou 6. Le Pôle de Gérontologie Interrégional (PGI) en charge de ce projet, a réuni un comité d'experts qui a élaboré une pré-grille composée de 60 items relevant de 10 dimensions clés (psychique, cognitive, environnementale, ...). Un score reposant sur la pondération des différents items a ensuite été construit à partir d'une étude sur un échantillon d'environ 400 retraités : les poids ont été calculés en prenant le fait d'avoir demandé une aide financière à sa caisse de retraite comme indicateur de fragilité à prédire. L'analyse statistique des résultats et l'avis du comité d'experts ont abouti à une grille reposant sur 18 items (état de santé et ressenti physiologique, dépression, plaisir, idées suicidaires, environnement social et culturel, situation d'aidant, sexualité, suivi buccodentaire, motricité...) et 3 tests (score de mémoire, détection de la démence et vitesse de marche). **Les objectifs de cet outil sont l'attribution d'un score de fragilité, l'homogénéisation des pratiques et la détection des situations à risque afin d'orienter les personnes et de prévenir la « perte d'autonomie ».** La démarche de construction de FRAGIRE a été reconduite sur les données de l'enquête SHARE. Le score de fragilité construit, qui repose sur des poids différents de ceux de FRAGIRE, a permis d'aboutir à un outil prédictif de l'apparition d'incapacités à trois ans<sup>63</sup>.

Figure 12 | Le syndrome de fragilité

- La Société Française de Gérontologie et Gériatrie propose de **définir la fragilité comme un syndrome clinique** : « la fragilité se définit par une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est considéré comme un déterminant de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome »
- Le processus de vieillissement n'est pas linéaire, et 3 profils d'individus âgés peuvent être différenciés en fonction des caractéristiques relatives à la santé, la psychologie, l'environnement et l'activité sociale



Source : SG HCFEA

<sup>62</sup> Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV), Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) et Sécurité Sociale des Indépendants (ex-RSI)

<sup>63</sup> Magali Dumontet, Magali, et Nicolas Sirven. « Évaluation de la grille Fragire à partir des données de l'enquête Share », Retraite et société, vol. 80, no. 2, 2018, pp. 121-149. NB : l'évaluation a porté sur la démarche et non sur les performances de l'outil

### Encadré 14 | La démarche PARI du RSI, pour un repérage du risque de fragilité à partir des données administratives

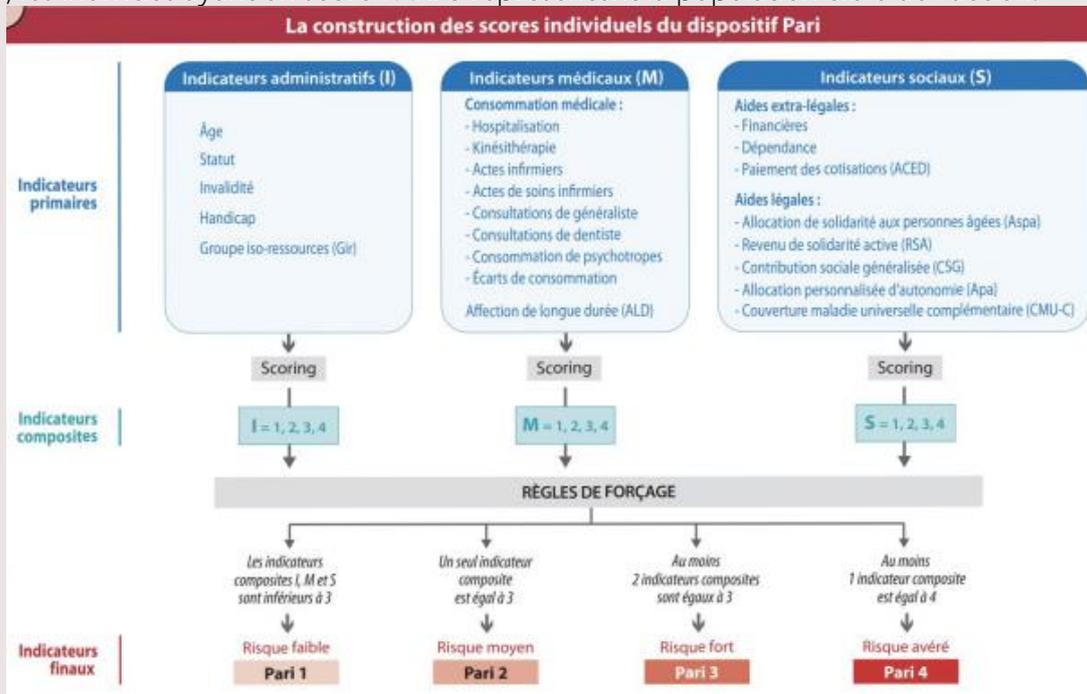
Le programme PARI (Programme d'Actions pour une Retraite Indépendante) a été introduit par le RSI sous forme expérimentale en 2015, puis étendu en 2017. Ses objectifs étaient la **prévention de la « perte d'autonomie »**, couplée à une **allocation efficace des ressources** aux allocataires (artisans et commerçants âgés de 60 à 79 ans ayant un nombre de trimestres cotisés majoritaires au RSI). Il s'agit d'une démarche visant à repérer, à partir des **données administratives** dont dispose le régime de retraite, de personnes à fort risque de « perte d'autonomie » afin de proposer une **réponse personnalisée aux besoins dans une approche globale** : la réponse se fait en partenariat avec le médecin traitant, et combine des aides de différentes natures (sanitaires et sociales) qui peuvent être portées par le RSI mais aussi par d'autres prestataires exerçant sur le territoire autour du domicile.

Le score repose sur trois groupes de données désigné chacun par une lettre (I, M, S : Individuelles, Médicales, Sociales). Dans chaque groupe, chaque variable (ou indicateur primaire) donne un certain nombre de points qui sont additionnés pour donner un indicateur composite en quatre classe (1 I faible, 2 I moyen, 3 I fort, 4 I avéré) ; les trois indicateurs composites sont ensuite combinés selon la règle suivante :

- PARI 1 – chacun des 3 indicateurs composites (IMS) est inférieur à 3 ;
- PARI 2 – un seul des 3 indicateurs composites (IMS) est égal à 3 ;
- PARI 3 – au moins 2 indicateurs composites (IMS) sont égaux à 3 ;
- PARI 4 – au moins 1 indicateur composite (IMS) est égal à 4 ;

Une règle dite de « forçage » s'ajoute, à partir de certains critères spécifiques, afin de classer en PARI 3 des individus qui seraient initialement classés ailleurs, par exemple à cause de certaines pathologies, handicaps ou limitations fonctionnelles, ou parce qu'ils bénéficient de certaines aides sociales.

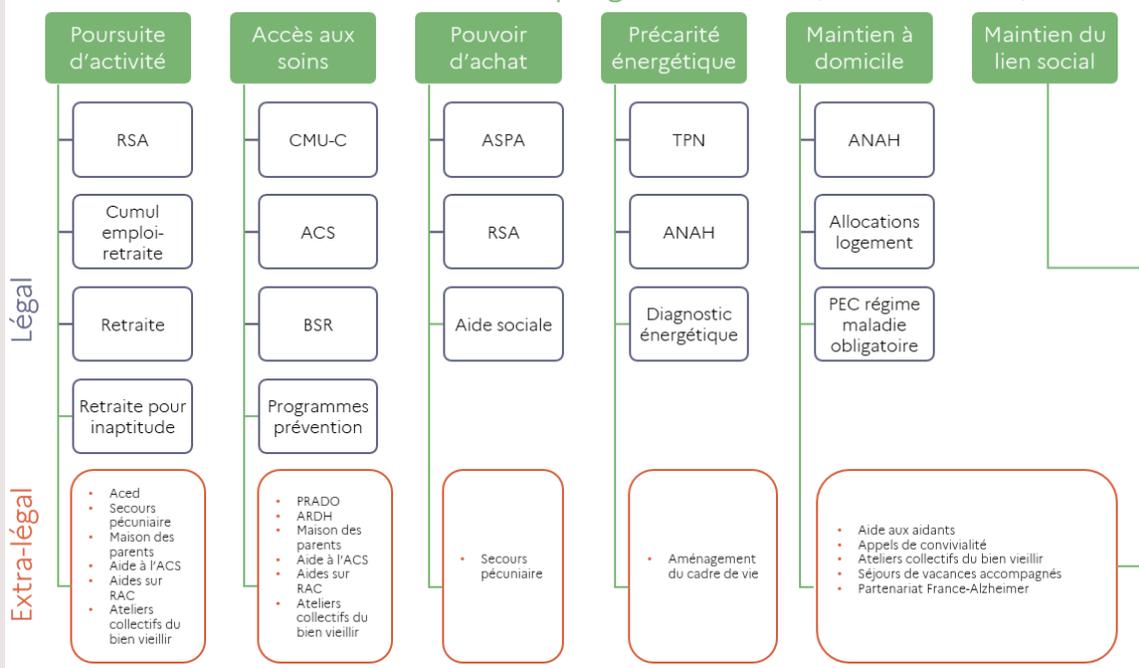
Au final, les individus ayant un score PARI 3 représentent la population cible de l'action.



Source : RSI, figure parue dans *Questions d'économie de la santé n°224* – IRDES, Mars 2017



Les offres dans le cadre du programme PARI (non exhaustif)



Source : SG HCFEA à partir de la documentation du RSI

D'autres outils ont été développés mais sont peu mobilisés en France pour l'évaluation des besoins et des attentes des personnes âgées vulnérables, en particulier :

• **Le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle – SMAF**

Le SMAF, qui a été conçu à la fin des années 1980 principalement au Québec, fournit deux scores entre 0 et 100 : un score d'incapacités et un score dit « de handicap » à partir de l'identification des ressources matérielles et sociales mises en place pour compenser chacune des incapacités observées. La grille s'appuie sur le concept fonctionnel de l'autonomie de l'OMS pour une utilisation clinique dans le cadre d'un programme de maintien à domicile ou pour l'admission et le suivi de patients dans les services gériatriques et en établissement d'hébergement. Dans ces contextes, le SMAF complète les informations médicales, médicamenteuses, infirmières et sociales pour fournir des informations sur les besoins de soins et services. Les études réalisées au Québec montrent que le score d'incapacités obtenu est très corrélé avec le temps de soins infirmiers requis (20 points de plus correspondent à un doublement du nombre d'heures par jour). Cet instrument a été utilisé dans plusieurs enquêtes épidémiologiques et de recherche évaluatives et son usage est généralisé dans le réseau de santé et services sociaux du Québec, mais il est *a priori* peu usité en France.

Le SMAF repose sur 29 items qui sont regroupés sous 5 dimensions (activités de la vie quotidienne, mobilité, communication, fonctions mentales et tâches domestiques) et cotés selon 5 valeurs (0 : autonomie, -0,5 : tâche pouvant être réalisée mais avec des difficultés, -1 : besoin de surveillance et de stimulation, -2 : besoin d'aide et -3 : « dépendant »). Le score de handicap repose sur les mêmes 29 items, les ressources disponibles pour combler les incapacités (voisin, famille, bénévole, professionnel...) étant codée de 0 à -3.

Enfin, les propriétés des outils développés pour l'évaluation des besoins d'aide à l'autonomie dans le **champ du handicap** apportent un éclairage supplémentaire sur les approches et les méthodes envisageables.

## Encadré 15 | Démarches conduites dans le champ du handicap

### Le GEVA

La CIF a directement inspiré la conception du [volet 6 « Activités, Capacités fonctionnelles » du Guide d'évaluation des besoins de compensation](#) de la personne handicapée (GEVA, France, 2005) utilisé par les Maisons Départementales pour les Personnes Handicapées (MDPH) ou encore la conception de la [procédure d'évaluation standardisée des besoins individuels des enfants](#) en vue de l'attribution de mesures renforcées de pédagogie spécialisée. (Suisse, 2007).

### Le projet SERAFIN-PH

Dans le secteur des ESMS pour personnes en situation de handicap (PH), la très grande variété des structures, du fait d'un régime d'autorisations très ramifié, l'absence de connaissance des prestations délivrées au regard des besoins des personnes, sont apparues comme des obstacles à la fois à la rénovation de leurs modalités de financement et à la conduite des plans successifs de développement quantitatif de l'offre de solutions.

Suite aux constats et aux préconisations de deux missions de 2012 et 2013 de l'IGF et de l'IGAS, le gouvernement a lancé en 2014 une démarche d'évolution de l'allocation des ressources aux ESMS PH, le projet SERAFIN-PH<sup>64</sup>, piloté par la DGCS et la CNSA.

A l'issue de travaux associant largement les parties prenantes, experts et scientifiques, deux nomenclatures ont été validées en 2015-2016 : l'une des besoins des personnes handicapées, l'autre des prestations y répondant. Cette nomenclature s'articule avec une définition originale des besoins, combinant norme personnelle et norme sociale qui s'accorde avec celle du GEVA. L'outil Serafin-PH explicite en effet une combinaison originale des aspirations individuelles et de la norme sociale dans la mesure des besoins : les besoins sont définis comme l'écart entre ce que la personne est en mesure de réaliser et ce qu'est son projet de vie personnel, défini dans des limites socialement admises. Autrement dit, c'est ici la norme sociale qui est convoquée, non pas pour définir le périmètre des incapacités à prendre en considération mais pour venir encadrer dans une fourchette les aspirations de chacun<sup>65</sup>. En dépit de la précision et de la qualité du travail réalisé, certains besoins et attentes paraissent moins bien pris en compte que d'autres, et notamment ceux liés à la participation à la vie sociale. Dans son rapport<sup>66</sup>, Denis Piveteau notait que « *la nomenclature SERAFIN-PH traduit encore trop sommairement les activités par lesquelles une équipe professionnelle peut diriger directement son expertise et ses services vers la société ordinaire, au-delà du parcours particulier des personnes qu'elle accompagne.* »

<sup>64</sup> Pour « Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées ».

<sup>65</sup> L'exemple illustratif donné par le groupe technique national concerne la fréquence des toilettes : « Si la norme sociale convenue relative à la propreté d'une personne renvoie à la prise d'une toilette quotidienne, un seuil bas d'admissibilité pourrait être fixé à quatre toilettes par semaine et un seuil haut à deux toilettes par jour. Dès lors, si la personne souhaite prendre cinq toilettes par jour ou au contraire une toilette par semaine, le professionnel peut considérer que cette attente ne correspond pas à un objectif personnel de réalisation en tant qu'il ne s'inscrit pas dans la fourchette d'une norme sociale communément admise. Un objectif « hors-norme » de ce type peut au contraire caractériser un besoin de la personne d'être aidée dans son rapport aux règles communément admises en matière d'hygiène. »

<sup>66</sup> [Experts, acteurs, ensemble...pour une société qui change](#), Denis Piveteau, 2022



Tableau 17 | Principales caractéristiques des différents outils d'évaluation

	AGGIR /APA	AGGIR	SMAF	RAI / MAIA	Serafin-PH	OEMD
Objet de l'outil / Mesure de ...	Classement en GIR	Incapacités	Incapacités & Handicap	Situation gériatrique globale	Besoins individualisés et normalisés	Evaluation multi-dimensionnelle de la personne âgée et de ses proches aidants
Production d'alarmes	Non	Non	Non	Oui	Non	Non
Usage pour construire un plan d'aide	Oui avec items complémentaires	Oui avec items complémentaires	Oui	Oui	Oui	Oui
Nombre de groupes	4 GIR	6 GIR	14 profils Iso-SMAF	44 groupes répartis en 7 classes cliniques	Sans objet	Sans objet

Source : SG HCFEA

Tableau 18 | Comparaison des outils selon les dimensions couvertes

	APA	AGGIR	SMAF	RAI / MAIA	Serafin-PH	REMD
Activités de la vie quotidienne (AVQ)	4 items : alimentation, habillage, toilette, élimination urinaire et fécale	4 items : alimentation, habillage, toilette, élimination urinaire et fécale	7 items : se nourrir, s'habiller, se laver, entretenir sa personne, fonction vésicale, fonction anale, utiliser les toilettes	6 items pour les activités de base de la vie quotidienne : mobilité dans le lit, manger, boire, utiliser les toilettes, continence des urines, continence des selles	Besoins en matière d'autonomie en lien avec l'entretien personnel - 5 items : pour la toilette, pour prendre soin des parties de son corps, pour l'élimination, pour s'habiller/se déshabiller, pour s'alimenter	Les 4 items AGGIR + 2 items sur les aides techniques existantes pour les AVQ
Mobilité	2 items : transferts, déplacements à l'intérieur	3 items : transferts, déplacements à l'intérieur, déplacements à l'extérieur	6 items : transferts, marcher à l'intérieur, installer prothèse ou orthèse, se déplacer en fauteuil roulant à l'intérieur, utiliser les escaliers, circuler à l'extérieur	3 items : transferts (classés dans AVQ), monter/descendre les escaliers, endurance	Besoins en matière d'autonomie pour la mobilité - 3 items : pour changer et maintenir la position du corps, pour porter, déplacer et manipuler des objets, pour marcher, se déplacer Besoins en matière de participation sociale pour se déplacer avec un moyen de transport - 2 items : besoins pour utiliser un moyen de transport, besoins pour conduire un véhicule	Les 3 items AGGIR + 1 item sur les aides techniques existantes pour la mobilité
Communication		1 item : capacité d'alerter	4 items : voir, entendre, parler, utiliser le téléphone	2 items dans le domaine communication - audition : capacité à se faire comprendre et audition + 1 item vision + 1 item usage du téléphone, classé dans AIVQ	Besoins en matière d'autonomie en lien avec les relations et les interactions avec autrui - 4 items : pour communiquer, mener une conversation ou une discussion, pour les interactions avec autrui, pour les relations particulières avec autrui, pour utiliser des appareils et techniques de communication	1 item AGGIR + 2 items : sur la capacité d'expression, sur les souhaits/aspirations de la personne + 1 item sur les aides techniques existantes pour la communication



	APA	AGGIR	SMAF	RAI / MAIA	Serafin-PH	OEMD
Fonctions cognitives	2 items : cohérence, orientation	2 items : cohérence, orientation	5 items : jugement, comportement, orientation, mémoire, compréhension	4 items dans le domaine cognition : mémoire à court terme, mémoire procédurale, facultés cognitives pour les décisions courantes, signes d'état confusionnel	Besoins en matière d'autonomie pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité - 3 items : pour s'orienter dans le temps et dans l'espace, pour prendre des décisions et initiatives, pour gérer le stress et les autres exigences psychologiques (dont ne pas se mettre en danger et ne pas mettre les autres en danger).	Les 2 items AGGIR + 1 item sur les coordonnées : tel. fixe, portable et adresse mail (le guide précise "Questionner la personne sur ses numéros de téléphone permet d'avoir une première approche des capacités cognitives de la personne et de s'assurer qu'elle est en capacité de répondre au téléphone")
Activités de la vie domestique (AVD)		6 items : ménage, cuisine, achat, transport, suivi du traitement, gestion	7 items : entretenir sa maison, faire la lessive, préparer les repas, faire les courses, utiliser les moyens de transport, prendre ses médicaments, gérer son budget	5 items pour les activités instrumentales de la vie quotidienne : préparation des repas, faire le ménage, gestion de l'argent, gestion des médicaments, faire les courses	Besoins en matière de participation sociale * pour vivre dans un logement et accomplir les activités domestiques - 3 items : pour vivre seul dans un logement (il s'agit des besoins en lien avec le fait d'habiter un logement : le maintenir en l'état ou l'améliorer), pour acquérir des produits et services, pour les tâches ménagères	Les 6 items AGGIR + 3 items sur le caractère adapté de l'environnement physique (situation et type de logement, modalités d'accès au logement, intérieur du logement)
Santé				2 items dans le domaine humeur et comportement : signes de dépression, d'anxiété ou de tristesse + 1 item au titre de la liste des diagnostics médicaux + 6 items au titre des problèmes de santé : diarrhée, perte d'appétit, difficultés d'endormissement, douleurs, chutes + 7 items sur l'état nutritionnel : taille/poids, état bucco-dentaire, perte de poids + 4 items sur les problèmes de la peau: ulcères, escarres + 2 items sur l'utilisation de services professionnels + 7 items sur les médicaments	Besoins en matière de santé somatique et psychique - 20 items couvrant 10 dimensions (fonction mentales, cognitives, psychiques et du système nerveux, fonctions sensorielles, besoins en matière de douleur, besoins relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil bucco-dentaire, fonctions cardiovasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire, fonctions digestive, métabolique et endocrinienne, fonctions génito-urinaires et reproductives, fonctions locomotrices, besoins relatifs à la peau, besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé)	12 items pour connaître les professionnels intervenant auprès de la personne (secteur sanitaire, mais également médicosocial) + 12 items sur les points d'attention concernant la santé (troubles sensoriels, troubles cognitifs, du comportement, de l'élocution, état bucco-dentaire, fausses routes, variation de poids, atteintes cutanées, risques de chutes, essoufflement, troubles de l'élimination, autres éléments sur l'état de santé)

	APA	AGGIR	SMAF	RAI / MAIA	Serafin-PH	OEMD
Social		1 item : activité de temps libre		4 items pour la fonction sociale : relations et activités sociales (fréquence des hobbies, visites...), changements dans les activités sociales au cours des 3 derniers mois	<p>Besoins en matière de participation sociale</p> <p>*pour accéder aux droits et à la citoyenneté - 4 items : pour accéder aux droits, pour accéder à la vie politique et à la citoyenneté, pour la pratique religieuse, pour faire du bénévolat.</p> <p>* pour vivre dans un logement - 1 item : Besoins pour avoir un lieu d'hébergement : il s'agit des besoins pour acquérir un logement, pour le conserver, pour le meubler. Cela recouvre donc par exemple le fait de rechercher un logement adapté à sa situation, faire des visites</p> <p>* pour l'insertion sociale et professionnelle et pour exercer ses rôles sociaux - 12 items * pour participer à la vie sociale - 5 items dont 2 items pouvant concerner les PA: en lien avec la récréation et les loisirs, pour partir en congé, pour l'accueil périscolaire, pour l'accueil de la petite enfance, pour entretenir des relations amicales ou professionnelles</p>	1 item AGGIR + 1 item sur les demandes en cours pour l'accueil en ESMS + 5 items sur l'environnement social de la personne : situation familiale, mode de vie, présence d'enfant, relations sociales, activités/occupations + 1 item sur l'accès aux services de proximité
Ressources et autosuffisance			29 items : les ressources sont évaluées pour chaque item		Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance - 3 items : pour accéder à l'autosuffisance économique, pour la gestion des ressources, pour la réalisation des tâches administratives pour la gestion des ressources.	3 items sur la situation administrative et budgétaire (protection administrative ou juridique, protection sociale, situation budgétaire)
Aidants			29 items : l'aide disponible est évaluée pour chaque item	3 items sur l'aide de l'entourage : situation des aidants principaux (ne peuvent plus continuer, expriment de l'épuisement etc...), type d'aide fournie par l'entourage		1 item sur la personne référente + 5 items sur des évènements concernant des proches aidants (départ/décès, perte d'autonomie/maladie, entrée du conjoint en établissement, moindre disponibilité, épuisement de l'aidant) + 1 item sur l'aide apportée par l'entourage + 4 items sur la situation et les besoins des aidants (profil, conséquences de l'aide apportée et ressenti de l'aidant, perspectives et projets de l'aidant, besoins identifiés)



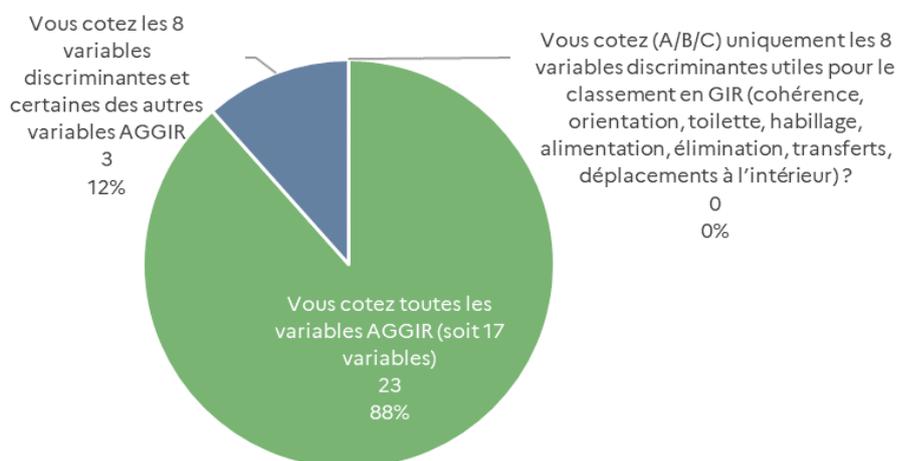
## C. L'usage des outils d'évaluation par les acteurs du grand âge

### 1. Les pratiques des EMS restent hétérogènes...

Parmi les équipes médicosociales des conseils départementaux ayant répondu à l'enquête menée en 2023 par le Conseil de l'âge autour des pratiques d'évaluation, **une large majorité (9 sur 10) indique coter l'ensemble des variables de la grille AGGIR et non seulement les 8 items qui servent à la classification en GIR.**

La minorité qui ne mesure pas l'ensemble des 17 activités en évalue tout de même davantage que ces 8 items. Dans ce cas, l'action « se déplacer en dehors du lieu de vie », qui est l'une des deux variables discriminantes de la grille AGGIR non prise en compte pour le classement en GIR, l'est systématiquement.

Graphique 14 | Répartition des EMS répondantes selon leur usage de la grille AGGIR



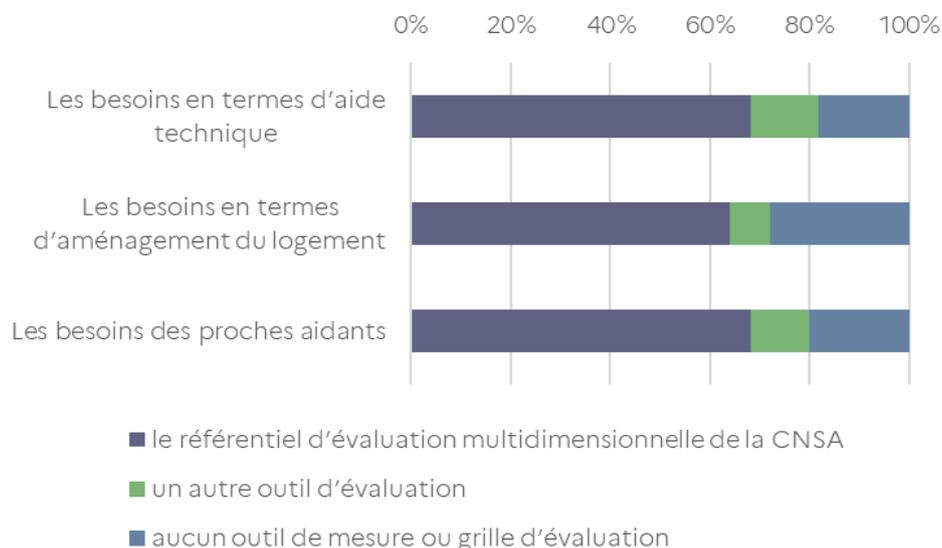
Source : SG HCFEA sur données de l'enquête 2023 du Conseil de l'âge auprès des EMS

Les deux-tiers des EMS utilisent le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la CNSA pour l'évaluation des besoins en termes d'aides techniques, d'aménagement du logement ou d'appui ou de répit des proches aidants.

Selon une enquête conduite en 2018, par la fondation Médéric-Alzheimer, auprès des professionnels des EMS en charge de l'évaluation des demandes d'APA, cette proportion se situait plutôt autour de 50 %<sup>67</sup>. Le référentiel de la CNSA semble donc se diffuser progressivement même si son utilisation n'est pas encore généralisée.

<sup>67</sup> Les résultats des deux enquêtes ne sont pas strictement comparables dans la mesure où celle de 2018 était conduite directement auprès des professionnels en charge de l'évaluation de la situation des demandeurs d'APA tandis que celle de 2023 a interrogé les responsables des services. Toutefois, d'après les réponses obtenues, il semble que les pratiques soient globalement homogènes entre les professionnels d'un même service, autorisant ainsi la mise en regard de ces deux chiffres

Graphique 15 | Outils mobilisés par les EMS pour l'évaluation des besoins en termes d'aides techniques ou d'aménagement du logement ou pour les aidants



Source : SG HCFEA sur données de l'enquête 2023 du Conseil de l'âge auprès des EMS

Parmi d'autres outils cités par les EMS pour la mesure des **besoins en termes d'aide techniques ou d'aménagement du logement**, une partie indique avoir développé des outils en interne ou mobiliser des instruments développés dans le cadre de la conférence des financeurs.

Dans d'autres cas, l'EMS précise que l'évaluation est confiée à un **ergothérapeute**. Les questions de l'enquête conduite par le Conseil de l'âge sur les éléments qui permettraient d'établir des plans d'aide mieux adaptés font toutefois ressortir pour une part significative d'entre elles le souhait de disposer de l'expertise d'un ergothérapeute pour de telles évaluations, laissant penser que la composition des équipes, et donc les pratiques, sont là encore très variables selon les départements.

Divers outils ont également été cités par les EMS en ce qui concerne la mesure des **besoins des aidants** ou l'évaluation du risque de **fragilité** (pour la personne qui demande l'APA ou son conjoint aidant). Les EMS restent toutefois assez peu nombreuses à effectuer un repérage du syndrome de fragilité : moins du quart indique le faire « systématiquement » ou « souvent »<sup>68</sup>.

<sup>68</sup> Des données précises sur ces différents éléments sont présentées dans l' Eclair 'Âge relatif aux 3 Enquêtes conduites en 2023 par le Conseil de l'âge auprès des acteurs locaux du Grand Âge, disponible sur le site du [Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge | \(hcfca.fr\)](http://hcfca.fr)



Figure 13 | Outils cités par les EMS pour la mesure des besoins des aidants et pour l'évaluation du risque de fragilité



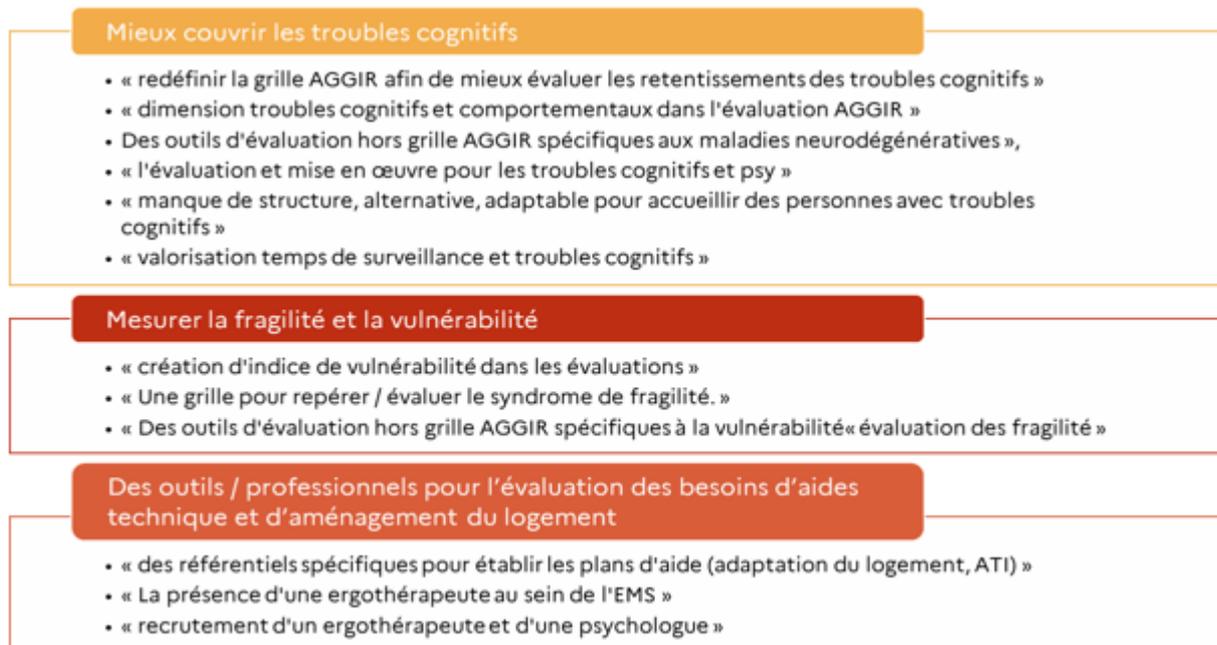
Source : SG HCFEA sur données de l'enquête 2023 du Conseil de l'âge auprès des EMS

## 2. ... et leurs attentes en termes de renforcement des capacités d'évaluation des besoins sont fortes

Si une partie des EMS semble s'être dotée d'outils, qu'ils soient validés par des équipes de recherche ou élaborés par les équipes locales, une part importante des équipes médicosociales des départements cite l'accès à de nouveaux instruments ou l'extension des outils actuels parmi leurs principales attentes pour établir des plans d'aide mieux adaptés aux besoins des personnes âgées vulnérables.

L'amélioration de la couverture des **troubles cognitifs** par les instruments d'évaluation est la plus souvent citée, suivie par les attentes en termes d'outils de mesure de la **fragilité** et de la **vulnérabilité** et en termes d'outils ou de professionnels aptes à identifier les besoins d'adaptation du logement ou d'aides techniques.

Figure 14 | Les attentes des EMS pour une évaluation mieux adaptée des besoins des personnes âgées et de leur entourage



Source : SG HCFEA sur données de l'enquête 2023 du Conseil de l'âge auprès des EMS

### 3. La multiplicité des pratiques n'est pas une spécificité française

Les travaux de comparaison internationale menés en 2019<sup>69</sup> et poursuivis en 2023<sup>70</sup> par le Conseil de l'âge montrent que, parmi les pays étudiés, **tous ont recours à une évaluation des besoins des personnes âgées vulnérables**, préalable à l'organisation de leur prise en charge médicosociale.

La note du Conseil de l'âge de 2019 notait néanmoins des **différences de pratiques importantes** selon les pays, certains n'utilisant pas de grille d'évaluation, tandis que d'autres en mobilisent. Parmi ces derniers, les modalités d'évaluation sont encore très diversifiées puisque certains ont généralisé l'usage d'un outil unique, tandis que d'autres laissent le choix des instruments de mesure des besoins aux acteurs territoriaux. Enfin, les pays se différencient également selon le périmètre et les dimensions des besoins couverts et le classement ou non dans un degré de « perte d'autonomie »

- « Partant d'une conception très ouverte concernant l'inventaire des besoins de la personne, les pays nordiques n'ont **pas de grille d'évaluation normalisée**. Les Danois et les Suédois ont le droit légal de solliciter des services et des soins dès qu'ils en ont besoin. »

<sup>69</sup> Politiques de soutien à l'autonomie, quelques comparaisons internationales, HCFEA, 2019

<sup>70</sup> Eclair 'Âge Grands courants d'approche de l'autonomie des personnes âgées vulnérables dans les pays confrontés au vieillissement de leur population, HCFEA, 2023



- Au Québec, l'évaluation des besoins s'appuie sur un **outil unique** (le SMAF) dont « *l'originalité [...] réside dans le fait qu'il donne une appréciation très complète de la situation de la personne en abordant plusieurs thématiques : l'état de santé, les habitudes de vie, la situation psychosociale, les conditions économiques, l'environnement physique. [...] le dispositif permet de quantifier les ressources humaines ou techniques mises en œuvre et celles à compléter dans le plan d'intervention. [L'évaluation] ne donne pas lieu à un classement de la personne en niveau de dépendance (équivalent aux niveaux GIR en France) »*
- En Allemagne et au Japon, les procédures prévoient l'observation de la personne dans son environnement, en tenant compte des caractéristiques de son lieu de vie et de la mobilisation de son entourage à ses côtés, afin d'évaluer ses besoins. Des scores sont associés aux besoins dans les différents domaines et **aboutissent au classement de la personne** dans un niveau donné (5 niveaux en Allemagne et 7 au Japon).
- En Italie, l'évaluation est également **multidimensionnelle** : elle « *s'appuie sur une pluralité d'éléments, notamment l'état de santé physique et mental, l'état fonctionnel du sujet et son état de santé social. La grille d'évaluation et les éléments pris en compte varient selon les régions.*
- Dans certaines régions d'Espagne comme en France, le **classement** dans un niveau d'autonomie résulte d'une évaluation limitée aux besoins d'accompagnement pour la réalisation des **actes de la vie quotidienne** mesurée par des grilles nationales.

#### D. Vers un meilleur partage et le développement d'approches communes entre les différents acteurs

La coexistence de plusieurs points d'entrée dans l'accompagnement des personnes âgées, et l'utilisation conjointe de mêmes outils par différentes institutions a conduit à **promouvoir un point d'entrée unique ainsi que la reconnaissance mutuelle des évaluations**.

Le rapport de l'IGAS de 2020 consacré à l'évaluation territoriale de l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale<sup>71</sup> notait ainsi que « *en amont de l'évaluation, le dépôt de demandes auprès des conseils départementaux et auprès des caisses de retraite reste tributaire de demandes distinctes, facteurs de complexité ou d'erreurs* ». L'expérimentation d'un **dispositif de demande unique APA/PAP** était alors en cours.

Elle a donné lieu à la création d'un formulaire CERFA<sup>72</sup>, désormais disponible en version papier (depuis octobre 2023<sup>73</sup>). Certains départements en proposent également une version dématérialisée.

---

<sup>71</sup> [Evaluation territoriale de l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale - IGAS - Inspection générale des affaires sociales](#)

<sup>72</sup> [Formulaire demande autonomie cerfa\\_16301-01.pdf \(pour-les-personnes-agees.gouv.fr\)](#)

<sup>73</sup> Source : [Comment faire une demande d'aides à l'autonomie à domicile ? | Pour les personnes âgées \(pour-les-personnes-agees.gouv.fr\)](#)

Une rubrique de ce formulaire permet, via 4 questions, de déterminer l'organisme compétent (caisse de retraite ou conseil départemental) pour traiter la demande d'aide à l'autonomie.

### Encadré 16 | Rubrique « identification de l'organisme compétent » de la demande unique d'aides à l'autonomie à domicile pour les personnes âgées

Les réponses aux 4 questions suivantes permettront d'identifier l'organisme compétent pour traiter cette demande.

- Le demandeur peut-il se lever seul (même avec difficulté) ?  Oui  Non
- Le demandeur peut-il s'habiller seul (même avec difficulté) ?  Oui  Non
- Le demandeur peut-il faire sa toilette seul (même avec difficulté) ?  Oui  Non
- Le demandeur peut-il manger seul (même avec difficulté) ?  Oui  Non

Si la réponse est « Non » deux fois ou plus

Le dossier est à envoyer au département du demandeur pour demander l'APA.

Dans les autres cas

Le dossier est à envoyer à la caisse de retraite principale du domicile du demandeur pour demander l'Accompagnement à domicile des personnes âgées

Après l'étude du dossier, un professionnel se rendra au domicile du demandeur pour évaluer son niveau d'autonomie et ses besoins. Il lui proposera, le cas échéant, un plan d'aide personnalisé

Source : [Formulaire demande autonomie cerfa 16301-01.pdf \(pour-les-personnes-agees.gouv.fr\)](#)

Le CASF<sup>74</sup> dispose que « *Le département et les organismes de sécurité sociale définissent les modalités assurant la reconnaissance mutuelle de la perte d'autonomie des personnes âgées selon la grille nationale d'évaluation [utilisée pour l'APA].* »

Le rapport de l'IGAS cité *supra* notait que des « conventions de réciprocité » en place dans certains départements ouvraient la possibilité d'une « **reconnaissance croisée des évaluations entre régimes de retraite** compétents pour les personnes encore autonomes **et les conseils départementaux**, qui le sont pour les personnes déjà dépendantes [permettant] aux évaluateurs mandatés par les deux parties d'aller au bout de la démarche d'évaluation et [conduisant] à une reconnaissance mutuelle des résultats en termes de groupes iso-ressources.

La mission soulignait que de telles pratiques « *constitue[nt] évidemment une cible pour l'ensemble des départements* » et que « *au-delà, les évaluateurs pourraient aller **jusqu'à aider la personne à constituer le dossier de demande*** » [pour les primo-demandeurs].

« *Pour les personnes dont la situation justifie d'un passage de l'APA [aux plans d'aide mis en œuvre dans le cadre de l'action sociale des caisses de retraites] ou, plus souvent, du PAP à l'APA, les conventions prévoient simplement une notification de fin de droit et une prorogation de droit de deux mois pour permettre la constitution d'un nouveau dossier de demande* ». La mission IGAS recommandait en conséquence : « *là encore il pourrait être demandé à l'évaluateur d'aider la personne à constituer le dossier [de sorte à] **assurer une prise en charge sans rupture*** ».

<sup>74</sup> [Article L113-2-1](#)



Les résultats des enquêtes conduites par le Conseil de l'âge en 2023<sup>75</sup> font apparaître des insuffisances en termes de transmission des informations et de coordination entre les différents acteurs du grand âge.

- Elles révèlent des lacunes en termes de partage des informations collectées conduisant à des déperditions dommageables pour la qualité des accompagnements ;
  - Les procédures de coordination entre le niveau communal et le niveau départemental apparaissent ainsi inadaptées, pouvant amener les demandeurs à relater, plusieurs fois et à des interlocuteurs différents, leur situation et leurs besoins.
  - Si des progrès ont été réalisés en termes d'informations collectées par les EMS, la transmission aux SAAD de celles qui sont pertinentes pour l'accompagnement des allocataires de l'APA reste ainsi insuffisante : certaines informations n'entrant pourtant pas dans le périmètre protégé par le secret professionnel, et qui pourraient s'avérer utiles, voire indispensables, à l'organisation d'un accompagnement global, ne sont « systématiquement » transmises qu'à une fraction minoritaire de SAAD.
- Ces enquêtes montrent ainsi que les SAAD ont des attentes fortes concernant la transmission systématique de telles informations et le développement d'échanges entre les SAAD et les EMS autour des situations individuelles des allocataires

La structuration du service public de l'autonomie, préconisée dans le rapport<sup>76</sup> remis en mars 2022, à l'issue de deux années de concertation, par D. Libault, et dont le cadre juridique a été formalisé dans la proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir en France<sup>77</sup> favorisera ces avancées, indispensables, en termes de coordination entre les acteurs.

### Encadré 17 | Le service public départemental de l'autonomie

La création du service public départemental de l'autonomie a pour ambition de mettre fin aux silos trop souvent constatés par les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et leurs aidants dans la mise en œuvre effective de leurs droits. Il s'agit de simplifier leur vie en facilitant les parcours, à travers la construction d'un véritable service public de proximité garant d'une même qualité de service pour tous, quels que soient les territoires et les situations individuelles.

<sup>75</sup> Ces éléments sont déclinés en détail dans l'Eclair 'Âge « Enquêtes conduites auprès des acteurs locaux du Grand Âge », HCFEA – Conseil de l'âge, 2023

<sup>76</sup> [Vers un service public territorial de l'autonomie | vie-publique.fr](https://www.vie-publique.fr/actualite/la-justice/proposition-de-loi-batir-la-societe-du-bien-vieillir)

<sup>77</sup> [Proposition de loi bâtir la société du bien vieillir | vie-publique.fr](https://www.vie-publique.fr/actualite/la-justice/proposition-de-loi-batir-la-societe-du-bien-vieillir)

S'inscrivant dans la dynamique de la création de la branche Autonomie de la Sécurité sociale, le service public départemental de l'autonomie vise à **mettre en cohérence les différents acteurs de terrain**, en dépassant notamment les clivages entre les secteurs médico-social, social et sanitaire, **pour apporter aux personnes une réponse globale et coordonnée, garantir la continuité des parcours et faciliter l'accès concret et rapide aux offres**, qu'elles aient pour objet l'inclusion, l'adaptation de l'habitat, les services de santé ou l'accompagnement social.

Concrètement, les acteurs qui le composent partagent la coresponsabilité d'une réponse populationnelle sur quatre blocs d'actions obligatoires, constituant le « socle de missions » du service public départemental de l'autonomie :

- La garantie d'un accueil, d'un accès à l'information, d'une orientation et d'une mise en relation avec le bon interlocuteur sans renvoi de guichet en guichet ;
- L'évaluation de la situation, l'attribution des prestations dans le respect des délais légaux ;
- Des solutions concrètes pour tous les usagers, grâce à un appui et une coordination des professionnels du social, du médico-social et du sanitaire pour répondre aux besoins des personnes, mêmes les plus complexes ;
- La réalisation d'actions de prévention et d'aller vers les personnes les plus vulnérables.

Source : [Service public départemental de l'autonomie | CNSA](#)

## II. Pistes de refonte des approches et outils de la réponse aux besoins en soutien à l'autonomie

Les éléments rassemblés dans les parties précédentes de ce document font ressortir les nombreuses limites de la politique de soutien à l'autonomie, tant en ce qui concerne les procédures organisationnelles que les outils sur lesquels elle s'appuie.

En premier niveau, les travaux du Conseil de l'Âge ont mis à jour le paradoxe d'un système de gestion de la principale allocation à la fois lourd et complexe, mais ne garantissant pas des réponses adaptées, en quantité et en qualité, aux personnes âgées vulnérables et à leurs aidants. Remédier rapidement au **défaut d'effectivité** des aides est une priorité de premier rang appelant des préconisations pour des **améliorations à court terme**.

En second niveau, le ressenti remontant des enquêtes et des échanges conduits par le Conseil de l'âge est celui d'un **système d'aides au domicile « à bout de souffle »**, appelant **une refondation profonde**. Des réformes de plus grande ampleur, potentiellement plus lourdes et coûteuses, sont donc évoquées. Nécessitant une préparation minutieuse et la mobilisation de financements nouveaux, leur entrée en effectivité ne s'envisagerait qu'à moyen terme. Pour des questions de mise en œuvre opérationnelle (appropriation par les acteurs, compatibilité avec le chantier SI APA...) et de financement du surcroît de dépenses qu'elles entraîneraient, une forme de programmation et de priorisation sera nécessaire.

La suite de cet Eclair' Âge recense les pistes d'évolution qui pourraient être envisagées, allant du simple ajustement à une refonte plus profonde. Ces propositions s'appuient sur de précédentes recommandations formulées dans les rapports du Conseil de l'âge ou d'autres instances et sur les travaux d'analyse des propriétés de la grille AGGIR conduits par le SG HCFEA en 2023.



Quel que soit leur niveau d'ambition ou de complexité, les propositions qui seraient retenues devront ultérieurement faire l'objet d'un travail technique approfondi et de concertations, pouvant se tenir dans le cadre ou en parallèle de la préparation de la future loi d'orientation et de programmation « Grand Âge ».

## A. Faciliter les parcours pour les personnes

L'organisation actuelle de notre système est un obstacle pour les parcours des personnes âgées et la prise en compte des besoins et des aspirations des personnes âgées vulnérables. La multiplicité des acteurs mobilisés dans la politique du Grand âge compose en effet un paysage excessivement complexe. Des efforts importants doivent en conséquence être conduits pour améliorer la lisibilité du système. A ce titre, l'annonce de l'instauration d'un service public départemental de l'autonomie (SPDA) laisse augurer une simplification drastique des démarches ; dans l'attente de son déploiement effectif, et sur la base des enseignements des différents travaux conduits par le Conseil de l'âge en 2023, ce dernier a concentré ses réflexions sur les aspects relatifs à l'évaluation des besoins des personnes âgées vulnérables.

### 1. Améliorer la lisibilité du système

#### a. Evaluation globale à l'entrée, avant toute demande d'un dispositif spécifique

**Problème à résoudre** | Le non recours à l'APA, et plus généralement, à l'ensemble des dispositifs dédiés à l'aide à l'autonomie des personnes âgées, reste important. La complexité du système pour le grand public est un facteur d'explication souvent avancé, les personnes ayant des difficultés à identifier l'interlocuteur idoine.

**Orientation** | Un repérage systématique et une démarche proactive pour conduire ceux qui pourraient recourir à un dispositif autonomie à le faire permettraient d'améliorer l'accès aux droits et de prévenir le développement des limitations d'autonomie.

- ▶ **Piste** : Prévoir un droit opposable à une évaluation multidimensionnelle, comportant une visite à domicile, communiquée à la personne et à des personnes de confiance, et recensant l'ensemble des besoins à satisfaire au-delà du seul périmètre de ce qui sera couvert par l'APA.

Toute personne qui en ressent l'utilité devrait pouvoir solliciter une **évaluation multidimensionnelle** afin de **bénéficier d'une orientation vers les interlocuteurs les mieux à même de répondre à ses besoins**, en termes d'accompagnements, d'équipements ou de services. L'inscription d'un **droit opposable** à cette évaluation multidimensionnelle permettrait de soutenir la généralisation de son usage. Elle constituerait en outre l'occasion

de réaffirmer le droit à recourir aux services et prestations sociales d'aide à l'autonomie et favoriserait ainsi la **lutte contre le non-recours ou le recours tardif**.



En tant que telle, l'inscription d'un droit opposable à une évaluation multidimensionnelle n'est pas coûteuse ni chronophage. La définition du périmètre de cette évaluation, les conditions dans lesquelles elle peut être réalisée, la formation des professionnels qui en auront la charge, nécessiteront en revanche un travail préparatoire conséquent. Les enquêtes conduites par le conseil de l'âge ont par exemple fait émerger de fortes attentes des équipes d'évaluation médicosociale des départements, en charge de l'évaluation de l'APA, concernant l'implication d'ergothérapeutes ou de psychologues dans ces évaluations. Une réflexion pourrait ainsi être conduite sur le champ des besoins et des attentes mesurés dans le cadre de l'évaluation médicosociale et les spécialités professionnelles qui devraient nécessairement être impliquées dans cette évaluation.

Il pourrait être opportun de prévoir une articulation de ce dispositif avec celui de la demande unique d'aide à l'autonomie, qui permet d'orienter rapidement les personnes vers le bon interlocuteur (caisse de retraite ou conseil départemental).

#### b. Rendre l'éligibilité aux différents dispositifs plus transparente et plus facile à mettre en œuvre

**Problème à résoudre** | L'éligibilité à l'APA et le classement dans un GIR donné résultent de l'application d'un algorithme complexe et peu lisible, conduisant à d'importantes inégalités dans la construction des plans d'aide et nuisant à la bonne compréhension par les allocataires.

**Orientation** | Des mesures de simplification des règles d'éligibilité à l'APA pourraient être envisagées

Les deux mesures suivantes sont à envisager notamment en lien avec la fixation d'un plafond unique ou le déplafonnement de l'APA. Dans ce cas, le classement dans différents GIR n'est plus nécessaire et la grille AGGIR n'aurait plus d'utilité que pour établir l'éligibilité à l'APA. Elle pourrait être remplacée par un **critère d'éligibilité plus simple à mettre en œuvre et plus lisible** pour les demandeurs. L'élaboration du plan d'aide pourrait s'appuyer sur un outil d'évaluation multidimensionnelle plus riche.

► **Piste 1 : Simplification de la règle d'éligibilité à l'APA en remplaçant l'algorithme complexe AGGIR par une règle simple, en deux sous-conditions**

La complexité de l'algorithme AGGIR ne permet pas de définir une règle simple d'éligibilité à l'APA comme il en existe par exemple dans l'éligibilité à la PCH qui consiste à « présenter une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux des activités »<sup>78</sup> parmi une liste de 19 activités.

Les travaux conduits par le SG du HCFEA en 2023 ont en particulier mis en évidence que l'éligibilité à l'APA reposait aujourd'hui sur 5 conditions alternatives, relativement complexes. Une simplification de l'éligibilité à l'APA consisterait à s'appuyer sur la règle d'éligibilité simplifiée qui en découlait (cf. [partie 2.I.A.2](#)).

**Condition d'éligibilité simplifiée :**  
 Cumul de 2 restrictions absolues (C) parmi les 8 activités ou de 2 restrictions lourdes ou absolues (B ou C) parmi les activités 3 | Toilette, 4 | Habillage, 5 | Alimentation, 6 | Élimination ou 7 | Transferts

 Cette simplification et cette plus grande transparence sur les restrictions d'activité ouvrant droit à l'APA ne se feraient qu'au prix d'une modification très marginale du périmètre des personnes éligibles à l'APA : 99,9 % des personnes actuellement éligibles le resteraient et moins de 3000 personnes actuellement non éligibles le deviendraient en substituant cette condition d'éligibilité simplifiée à celles prévalant actuellement. Le nombre de nouveaux allocataires attendus (+ 1700<sup>79</sup>) étant relativement faible, le coût supplémentaire pour les finances publiques serait globalement contenu (< 10 M€),

**Tableau 19 | Incidence estimée d'une simplification des critères d'éligibilité à l'APA dans le cas d'évolution ne réduisant pas le nombre de personnes éligibles**

	Conditions simplifiées
Nombre d'individus perdant leur éligibilité	-300
Nombre de nouveaux éligibles	2600
Nombre d'allocataires supplémentaires*	1 700
Surcoût pour les finances publiques (APA+CI)	8 M€

\* sous l'hypothèse d'un taux de recours à l'APA des personnes qui y sont éligibles de 72 %  
 Source : SG HCFEA sur données Drees - enquêtes CARE-M (2015)

► **Piste 2 : Instauration d'une obligation d'usage d'un outil d'évaluation multidimensionnelle par les équipes médicosociales qui soit identique dans l'ensemble des départements (il pourrait s'agir du référentiel d'évaluation multidimensionnel de la CNSA ou d'un autre outil)**

<sup>78</sup> Annexe 2.5 du CASF

<sup>79</sup> Après prise en compte du taux de non recours à l'APA, qui s'établit à 28 % (cf. *infra*)

L'intégration de variables supplémentaires pour l'éligibilité à la grille AGGIR permettrait de rendre éligibles à l'APA davantage de personnes, en conditionnant cette éligibilité à l'existence de nouveaux besoins (par rapport à ceux couverts aujourd'hui par la grille AGGIR). Une autre manière d'élargir le champ des besoins couverts, déjà préconisée par le Conseil de l'âge dès 2018<sup>80</sup>, serait de **rendre obligatoire l'usage de l'outil d'évaluation multidimensionnelle de la CNSA**. Si son déploiement est en progression depuis son instauration, cet outil est encore sous-utilisé (cf. [partie 3.I.C.1](#)). Il couvre pourtant un **périmètre plus large de besoins** (cf. [partie 3.I.B.2](#)) et serait donc susceptible d'**en améliorer la couverture** : leur recensement systématique sur l'ensemble des dimensions est de nature à favoriser la mise en place d'actions et la proposition de services ou de prestations adaptées aux situations individuelles des personnes âgées et de leurs proches aidants. Le rapport du HCFEA de 2018 notait en outre que la généralisation de l'utilisation du référentiel de la CNSA était de nature à harmoniser les pratiques départementales et à **réduire les inégalités territoriales** en termes de couverture des besoins d'aide à l'autonomie.



L'utilisation d'un outil commun de mesure des attentes et des besoins des personnes et de leur entourage est de nature à renforcer l'équité territoriale en termes d'accompagnement du grand âge. Le fait de rendre obligatoire la mobilisation d'un outil, unique, garantira la mesure d'un large socle commun de besoins par l'ensemble des équipes d'évaluation. Les attentes des personnes âgées vulnérables pourront ainsi être objectivées, et davantage mobilisées pour guider les politiques d'autonomie au niveau local. Le déploiement d'un outil commun est en outre le gage d'une plus grande fluidité dans le partage des informations entre les acteurs.

### c. Réorganiser la présentation des aides

**Problème à résoudre** | Le système d'aide aux personnes âgées vulnérables est éclaté et peu lisible, expliquant une part du non recours ou limitant l'impact des actions de prévention

**Orientation** | Des mesures visant à faciliter l'appropriation du système d'aide à l'autonomie par le grand public devraient être déployées

- ▶ **Piste 1** : Une documentation FALC devrait être disponible pour expliciter le fonctionnement de l'ensemble des aides conçues à destination des personnes âgées dans tous les services publics susceptibles d'être sollicités par des personnes âgées vulnérables
- ▶ **Piste 2** : La visibilité et l'accès aux innovations techniques et aux solutions d'adaptation du logement, qui permettent de bien vieillir chez soi malgré des restrictions d'activité, devraient être soutenus

<sup>80</sup> [synthese\\_tome\\_2.pdf\(hcfea.fr\)](#)



Ces pistes de progression seront certainement traitées plus avant dans le cadre des travaux de la commission sur le SPDA.



Les membres du Conseil de l'âge ont souhaité rappeler la nécessité d'adapter les supports d'information au public visé, pour éviter les ruptures d'accès au droit ou à l'information induits par la dématérialisation, spécifiquement pour les personnes âgées ou pour tenir compte de spécificités, générationnelles, culturelles ou sociétales, telles que l'illettrisme ou la maîtrise limitée de la langue nationale.

## 2. Fluidifier les parcours

### a. Aller vers

**Problème à résoudre** | Le non-recours à l'APA, et plus généralement à l'ensemble des dispositifs dédiés à l'aide à l'autonomie des personnes âgées, reste important.

**Orientation** | Lutter contre le non-recours ou le recours tardif

- **Piste 1 : Bâtir un repérage systématique des personnes fragiles ou vulnérables sur données administratives, avec prise de contact, préévaluation et orientation**

Outre le renforcement de la coordination et des échanges entre les acteurs du grand âge, nécessaire pour garantir l'adéquation des prises en charge et éviter les ruptures de parcours (voir partie précédente), **des actions complémentaires pourraient être mises en œuvre pour amener les personnes qui ne le font pas à recourir aux dispositifs.**

Des démarches de **repérage automatisé des personnes âgées fragiles et vulnérables** pourraient ainsi être envisagées, permettant d'identifier des personnes susceptibles de recourir aux aides à l'autonomie et de les informer sur leurs droits, dans une **démarche « d'aller vers »**.

L'opportunité de s'inspirer du modèle « Pari » du RSI (*cf. supra*), qui mobilisait les données contenues dans les bases administratives pour repérer ces personnes et promouvoir leur accès au droit pourrait ainsi être examinée.

- Un tel repérage pourrait ainsi être automatisé sans représenter un coût significatif, ces données étant déjà disponibles. Cette procédure pourrait par exemple s'appuyer sur des données similaires à celles utilisées par [l'observatoire des situations de fragilité](#), développé par l'interrégime de retraite, qui couvrent une large part de la population.
- Une **prise de contact systématique** avec les personnes identifiées comme fragiles, sur la base de cet indicateur (ou d'un autre, qui reste à concevoir) serait alors mise en place pour les informer des dispositifs existants

- Un premier bilan pourrait être effectué pour **déterminer l'éligibilité de la personne à l'un ou l'autre des dispositifs**, fondé sur une évaluation simplifiée, telle que celle développée *supra* ou encore celle mise en œuvre dans le cadre de la procédure de demande unique d'aides à l'autonomie à domicile pour les personnes âgées présentée *supra*.
- Cette démarche permettrait ainsi **d'orienter** la personne vers l'acteur idoine pour lui **proposer des services et prestations adaptés à ses besoins**.

### Encadré 18 | Les indicateurs de l'observatoire interrégime des situations de fragilité

L'observatoire interrégime des situations de fragilité a pour objet d'identifier les territoires prioritaires d'intervention au regard de la fragilité sociale ou sur le champ de la santé.

Cette fragilité est appréciée au travers d'indicateurs issus des bases de données de l'Assurance Maladie et de l'Assurance Retraite du Régime Général, ainsi que des bases de données de la Mutualité Sociale Agricole.

Déclinés au niveau régional, ces observatoires mènent également des actions de repérage des seniors à risque de fragilité sociale pour leur proposer le plus précocement possible des actions de prévention ou de lien social, de proximité. Ces actions sont adaptées aux besoins de ces personnes en vue du maintien de leur autonomie.

Les données couvrent plusieurs grandes thématiques :

- Démographie et infrastructures (Données de l'Assurance maladie, l'Assurance retraite et INSEE)
- Revenus, pensions, allocations (Données de l'Assurance maladie et de l'Assurance retraite)
- Accès aux soins et employabilité (Données de l'Assurance maladie)
- Offres de services (Données Action Sociale Retraite)

Elles permettent de construire des indicateurs composites :

- La fragilité socio-économique (IC1) calculée à partir de : l'âge des retraités, l'isolement via le bénéficiaire ou non d'une pension de réversion, les ressources modestes via l'exonération ou non de la CSG ;
- La fragilité comportementale (IC2) calculée à partir de l'âge des retraités ou assurés, le recours ou non aux soins dans les 12 derniers mois.

Source : SG du HCFEA à partir des éléments présentés par les observatoires régionaux



Un repérage systématique et une démarche proactive pour conduire ceux qui pourraient recourir à un dispositif autonomie permettraient d'améliorer l'accès aux droits, en luttant contre le non recours, et de prévenir le développement des limitations d'autonomie, une réduction des délais entre l'apparition du besoin et la mise en place effective d'un plan d'aide étant permise par un meilleur accompagnement des personnes dans l'entrée en parcours. Les observatoires des fragilités constituent un appui pour les renforcer.



## b. Primo orientation, passage de l'action sociale à l'APA, populations à intervenants multiples

**Problème à résoudre** | Les démarches de primo-orientation vers les différentes aides doivent être singulièrement améliorées. Des points d'entrée et de référence doivent être donnés pour faciliter l'accompagnement des personnes les plus vulnérables par les travailleurs sociaux des différents réseaux, qu'ils relèvent des centres communaux d'action sociale, des services d'action sociale des départements, des caisses de sécurité sociale établissements de santé.

**Orientation** | Dans le cadre du futur SPDA, des progrès doivent être faits en matière d'orientation et de gestion des parcours, en renforçant la coordination entre les acteurs de la politique de l'autonomie et les services sociaux

En s'appuyant sur les possibilités ouvertes par les lois de modernisation de l'action publique, il serait possible de développer les échanges d'informations pour lisser la « barrière » entre GIR 5 et 6 et GIR 1 et 4, et permettre un passage plus fluide entre plans d'aide des caisses de retraite et génération d'un plan d'aide APA.

Ces informations pourraient en outre être enrichies. Les éléments collectés dans le cadre des évaluations multidimensionnelles (dont la généralisation pourrait utilement être soutenue, *cf. supra*) sur l'ensemble des items, y compris ceux qui ne sont pas mobilisés pour l'éligibilité à l'APA, pourraient être mobilisées pour ouvrir d'autres droits ou déclencher d'autres démarches.

- Les personnes inéligibles à l'APA pourraient ainsi être mises en contact, ou du moins orientées, vers d'autres acteurs de l'action sociale comme les caisses de retraite ou les CCAS (pour bénéficier d'heures humaines, de certains services comme la télésurveillance, le portage de repas, les aides à la mobilité) ou même du soin (par exemple une action particulière pourrait être mise en place pour les personnes cotées C à l'item 16 I suivi de traitement, quand bien même elles n'ont pas besoin d'un accompagnement pour les actes de la vie quotidienne)
- Alors que l'offre, notamment technique ou d'adaptation du logement s'est largement développée et diversifiée ces dernières décennies, les critères d'ouverture des droits à l'APA n'ont pas évolué. Des personnes âgées, dont certains besoins ou attentes spécifiques ont pu être identifiés puis mesurés dans le cadre d'une évaluation ayant finalement abouti à la non éligibilité à l'APA se trouvent ainsi possiblement sans réponse alors que d'autres acteurs pourraient leur apporter des solutions. Les réflexions autour de la définition de nouvelles démarches proactives auprès des personnes âgées vulnérables pourrait ainsi s'appuyer sur les informations collectées dans le cadre des évaluations des besoins et attentes de la personne âgée, afin de mettre en place des démarches de prévention ou d'accompagnement vers une prise en charge adaptée.

## B. Revoir le périmètre des besoins évalués et des personnes éligibles, et repenser les outils d'allocation des aides

### 1. Garantir le pouvoir d'achat réel de l'allocation I Des ajustements du barème de l'APA, à dispositif inchangé

**Problème à résoudre I** Alors que le Conseil de l'Âge concluait, en 2018, que les niveaux de reste à charge sur l'accompagnement humain à domicile étaient globalement contenus, suite à l'évolution des plafonds et du barème de l'APA et à la transformation de la réduction en crédit d'impôt pour les aides à domicile, il considère que la situation est désormais très préoccupante.

- Le « pouvoir d'achat » réel de l'APA, en nombre d'heures, s'est dégradé depuis sa création. L'analyse conventionnelle du nombre d'heures d'intervention maximal correspondant aux plafonds de l'APA, présentée à la fin de la Partie 1 du présent document, montre en effet une tendance à la baisse depuis la création de cette allocation.
- Le tarif plancher, même revalorisé chaque année, ne correspond pas au « prix d'équilibre » à même de favoriser une bonne exécution des plans d'aides en évitant les restes à charge excessifs tout en assurant la viabilité économique de l'offre et l'attractivité des métiers de l'aide à domicile.
- Ces difficultés ont en outre des retentissements sur la faculté de mobiliser les autres modules finançables dans le cadre de l'APA, à savoir les aides techniques et les dispositifs de répit, le poids des aides humaines et de la réglementation créant un puissant effet d'éviction.

**Orientation I** En l'absence ou dans l'attente d'une réforme d'ampleur de la prestation d'autonomie, des ajustements de l'APA actuelle pourraient être envisagés afin de préserver son pouvoir d'achat

▶ **Piste 1 : La mise en cohérence des modalités de revalorisation des plafonds de l'APA avec les prestations qu'elle finance**

À défaut d'un plafonnement défini en nombre d'heures, le Conseil de l'âge a déjà souligné, dès son premier rapport rendu en 2017<sup>81</sup> et à plusieurs reprises depuis, l'importance de **lier la revalorisation des paramètres de l'APA à celle des rémunérations** plutôt qu'à celle des prix de sorte que leur progression soit représentative de l'évolution du coût des facteurs, les plans d'aide APA finançant très majoritairement des interventions humaines. Il l'a à nouveau rappelé lors de l'examen du PLFSS pour 2024<sup>82</sup>.

<sup>81</sup> [chapitre 5 orientations\\_20122017-2.pdf \(hcfea.fr\)](#)

<sup>82</sup> [Avis du Conseil de l'âge sur le PLFSS pour 2024](#)



### Encadré 19 | Recommandation du Conseil de l'âge quant à l'indexation des paramètres de l'APA

Le Conseil de l'âge a préconisé<sup>83</sup> une indexation des plafonds APA sur les salaires plutôt que sur les prix, de sorte que leur progression soit représentative de l'évolution du coût des facteurs, les plans d'aide APA finançant très majoritairement des interventions humaines. Ce même raisonnement pourrait être appliqué pour l'indexation du tarif plancher horaire des interventions à domicile, l'indexation sur les prix risquant de s'avérer faible par rapport à celle des salaires. Le fait de prévoir, à l'instar de l'APA, une indexation correspondant à celle appliquée à la MTP en avril n-1 accentue en outre le décalage temporel entre la variation du coût des facteurs et l'ajustement du tarif plancher qui apparaît déjà pour les prestations sociales et a nécessité la mise en œuvre, en juillet 2022, d'une revalorisation anticipée de ces prestations afin de faire face à la très forte inflation.

Source : [Avis du Conseil de l'âge sur le PLFSS pour 2024](#)

Elle permettrait alors de **contenir l'augmentation du nombre de plans d'aide saturés** puisque la revalorisation des plafonds serait rapprochée de celle du coût des facteurs (cette proportion ne fait pas l'objet d'un suivi annuel, et les données les plus récentes datent de 2017, néanmoins, une hausse de la part des plans d'aide qui sont saturés a été signalée à plusieurs reprises par les professionnels des équipes médicosociales des départements et des services d'aide et d'accompagnement à domicile qui ont répondu à l'enquête conduite en 2023 par le Conseil de l'âge<sup>84</sup>).

 Une modification des règles d'indexation pourrait être **mise en œuvre rapidement**, par un simple ajustement du texte de loi qui les définit et ne représenterait qu'un **coût marginal à moyen terme** puisqu'elle conduirait à n'augmenter que les dépenses correspondant à des plans d'aide saturés, via l'attribution de quelques heures d'accompagnement supplémentaires, dont une partie du financement est par ailleurs à la charge de l'allocataire.

### Encadré 20 | La revalorisation du tarif plancher pourrait également être ajustée

Le tarif plancher national par heure d'intervention par des services prestataires d'aide à domicile pour les plans d'aide APA a été instauré la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022. Initialement fixé à 22 €, il a été relevé à 23 € dans le cadre de la LFSS pour 2023 et il est désormais indexé sur la majoration pour tierce personne (MTP).

Ce tarif socle devrait lui aussi refléter l'évolution du coût des facteurs et pourrait à ce titre être revalorisé selon un indice salarial. Une indexation identique entre le tarif plancher et le plafond APA permettrait de freiner l'érosion du nombre d'heures finançables dans le cadre du plafond, induite par la progression des tarifs horaires, du moins pour les allocataires recourant à des services pratiquant le tarif plancher. Néanmoins, compte tenu de l'existence de différents statuts d'offres (prestataires tarifés par le Conseil départemental et habilité à l'aide sociale, prestataires non tarifés, mandataires, emplois directs), cette mesure ne résoudrait que très partiellement les problématiques de saturation et de reste à charge (*cf. supra*).

<sup>83</sup> HCFEA, 2017, 2018 - [hcfca-contribution\\_note\\_3\\_soutien\\_autonomie\\_vf.pdf\(strategie.gouv.fr\)](#).

<sup>84</sup> HCFEA, 2023 | [eclair\\_age\\_i\\_enquetes\\_aupres\\_des\\_acteurs\\_apa\\_domicile\\_i\\_decembre\\_2023.pdf\(hcfca.fr\)](#)

## ► **Piste 2 : L'augmentation des plafonds de l'APA**

Les enquêtes menées en 2023 par le conseil de l'âge auprès des acteurs du grand âge font ainsi apparaître des attentes de leur part concernant une augmentation du plan d'aide (cf. [partie 2.II.A.2](#)). Le taux de saturation des plans d'aide a pourtant significativement diminué sous l'effet de la Loi ASV : selon la Drees, il s'établissait en moyenne à 12 % en 2017, contre 22 % en 2011. Il reste néanmoins fortement croissant avec le GIR, puisqu'il passe de 7 % en GIR 4 à 28 % en GIR 1<sup>85</sup>. Si la diminution du taux de saturation observée sur la dernière décennie ne peut qu'être saluée, **les taux de saturation encore élevés pour les GIR 1 et 2 pourraient devenir problématiques dans un contexte de « virage domiciliaire »** qui conduira automatiquement à accompagner au domicile des personnes avec besoins d'aide à l'autonomie de plus en plus aigus. Pour ces personnes, l'atteinte des plafonds signifie qu'une part des heures ne sera pas du tout solvabilisée dans le cadre de l'APA, **laissant craindre un renoncement à une partie des heures d'accompagnement nécessaires**. La revalorisation des plafonds des GIR, au moins les plus sévères (1 et 2), pourrait dès lors être envisagée, de sorte à favoriser une prise en charge réellement cohérente avec les besoins.



Une telle mesure nécessiterait au préalable une étude pour évaluer la hausse nécessaire pour éviter la saturation des plans d'aide (ou du moins de la plus grande part d'entre eux). Cela supposerait de conduire une analyse des écarts entre plans d'aide notifiés et plans d'aide consommés. De tels travaux ont d'ores et déjà été produits par la Drees et pourraient être actualisés sur la base de données récentes. Cette mesure pourrait potentiellement<sup>86</sup> s'avérer coûteuse, dans la mesure où 12 % de l'ensemble des plans sont saturés et où cette proportion dépasse 20 % pour les personnes en GIR 1 ou 2. A titre d'illustration, la revalorisation des plafonds conduite dans le cadre de la loi ASV avait été estimée à 153 M€ pour une hausse de 400 € du plafond en GIR 1, 250 € en GIR 2, 150 € en GIR 3 et 100 € en GIR 4. La convergence vers les montants cibles pourra, le cas échéant, être envisagée sur une temporalité pluriannuelle de sorte à lisser son coût dans le temps.

## ► **Piste 3 : La réduction des restes à charge par une refonte du barème de la participation financière**

La dépense qui reste supportée par les allocataires de l'APA est l'une des principales explications de la sous consommation des plans d'aide. La modification la plus récente du barème de l'APA, en 2022, a consisté à ajuster les plafonds par GIR de sorte à maintenir les taux de saturation observés, et non pas à les réduire, ni à améliorer les taux de consommation des plans (cf. [partie 1 – III](#)).

Une telle cible paraît manquer d'ambition : les réformes du barème de l'APA devraient plutôt avoir pour objectif la **maximisation des taux de consommation des plans d'aide**, qui

---

<sup>85</sup> Ces chiffres portent sur l'année 2017 et sont issus de la publication de la Drees [er1152 - Profils, niveaux de ressources et plans d'aide des allocataires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile en 2017.pdf](#) ([solidarites-sante.gouv.fr](#))

<sup>86</sup> L'augmentation des plafonds ne conduit pas mécaniquement à une augmentation du montant des plans d'aide qui étaient auparavant saturés, comme le montrent de [récents travaux de l'Insee](#)



traduirait ainsi une convergence du volume effectif d'heures d'accompagnement vers le volume préconisé par les professionnels des EMS, qui est *a priori* celui dont les personnes accompagnées ont réellement besoin. Cela supposerait une **révision des modalités de calcul du reste à charge légal** visant à réduire le taux de participation des allocataires de l'APA.



La révision des modalités de participation financière nécessiterait de conduire des analyses des plans d'aide sous-consommés, afin de déterminer dans quelle mesure les restes-à-charge supportés par les allocataires constituent un facteur de renoncement partiel au volume d'heures inscrit dans les plans d'aide. Une telle mesure est potentiellement coûteuse. La convergence vers le modèle cible pourra, le cas échéant, être envisagée sur une temporalité pluriannuelle de sorte à lisser son coût dans le temps

- **Piste 4 : La conduite d'une réflexion plus profonde, autour des modalités de financement, en s'interrogeant notamment sur la couverture des RAC extralégaux, dans le cadre de la réforme annoncée du financement des interventions des SAAD**

Parmi les difficultés qui remontent des enquêtes conduites auprès des acteurs du grand âge, le sujet du **reste à charge extralégal**, induit par le calcul de la participation sur la base d'un tarif de référence plutôt que sur celui effectivement pratiqué par l'offreur, figure également en bonne place (cf. [partie 2.II.A.2](#)).

Le Conseil de l'âge, dans sa contribution à la concertation « grand âge et autonomie » de 2018<sup>87</sup> avait préconisé la mise en place d'une « **gestion tarifaire qui évite ou contienne le supplément de reste à charge lié à la discordance entre les tarifs de valorisation des plans personnalisés et les coûts, éventuellement en mettant en place un tarif plancher opposable** ». Un tarif plancher a bien été instauré depuis, dans le cadre de la LFSS pour 2022, puis revalorisé lors de la LFSS 2023.

Il n'a toutefois pas permis de neutraliser les écarts entre tarif de référence et tarifs pratiqués : son montant reste en effet considéré comme insuffisant par la plupart des acteurs (cf. [partie 2.II.A.2](#)). Aucune remontée statistique ne permet aujourd'hui de mesurer ce reste à charge extralégal parmi les allocataires de l'APA, ainsi que son évolution depuis l'instauration d'un tarif plancher. La participation réelle des allocataires au financement de leur plan d'aide ne peut donc pas être évaluée. Dans son rapport de 2020<sup>88</sup>, le Conseil de l'âge allait plus loin, en proposant « **l'instauration d'un tarif national de facturation opposable à l'ensemble des Saad ainsi que, le cas échéant, les dotations complémentaires visant à financer les coûts, propres à chaque structure, non couverts par le tarif de facturation opposable** ».

**Si les pistes 3 et 4** ont toutes deux vocation à réduire la part des dépenses restant à la charge des allocataires, elles **n'ont pas les mêmes propriétés**. Modifier le calcul de la participation financière des allocataires augmente le financement public dans les mêmes proportions

<sup>87</sup> [avis contribution grand age.pdf \(hcfea.fr\)](#)

<sup>88</sup> [hcfea conseil de l'age rapport emplois et services a domicile vf avril 2020-2.pdf](#)

pour tous les types d'offres (prestataires, mandataires, emploi direct), sur la base des tarifs de référence fixés par les conseils départementaux. L'effet principal porte donc sur le lien entre le taux de participation et le revenu. En revanche, la neutralisation des restes-à-charge extralégaux est difficile à mettre en œuvre pour des interventions dont le prix est libre car les pouvoirs publics n'auraient pas de visibilité sur les sommes engagées et risqueraient de se trouver confrontés à une augmentation incontrôlée des prix et donc de leurs dépenses. Elle cible ainsi en priorité les personnes qui s'adressent à des services prestataires autorisés et tarifés.



Les travaux portant sur les restes-à-charge extralégaux nécessitent au préalable une connaissance des tarifs effectivement pratiqués par les offreurs. Les éventuelles futures réformes gagneraient ainsi à s'appuyer sur **un système d'information permettant de collecter les tarifs effectivement facturés par les services**. En tout état de cause, un temps incompressible de collecte et de réflexion sur les modèles tarifaires sera nécessaire pour préparer une telle mesure. Le coût d'une telle réforme dépendra des choix opérés mais pourrait atteindre des montants conséquents (à titre d'exemple, s'il était décidé de s'orienter vers un tarif à même d'assainir la situation financière des offreurs, il serait nécessaire de le relever de 23,5 € à plus de 30 €<sup>89</sup> pour les services prestataires (à titre de comparaison, l'augmentation du tarif plancher de 22 € à 23 € en 2023 avait été évaluée à une centaine de millions d'euros). La convergence vers le tarif cible pourra, le cas échéant, être envisagée sur une temporalité pluriannuelle de sorte à lisser son coût dans le temps. De tels travaux pourront être conduits dans le cadre de la préparation de l'expérimentation annoncée par le Gouvernement autour d'une refonte de la tarification des SAAD.

Dans son rapport de 2020, le Conseil de l'âge préconisait également **d'étendre le principe du tarif opposable à l'emploi à domicile**, qui n'a pas été concerné par les récentes réformes tarifaires introduisant le tarif plancher et la dotation qualité : « *Pour éviter des disparités de tarification sur le territoire et assurer un financement satisfaisant en emploi direct, le Conseil propose la mise en œuvre d'un tarif minimum national en emploi direct de 15 € [et 16,5 €<sup>90</sup> en mode mandataire, tous deux indexés sur le Smic brut], [...] ou en référence à la rémunération d'un niveau d'emploi-repère de la grille de classification (assistant de vie [A] à [D]), ainsi qu'une tarification différenciée en fonction des tâches accomplies, dans le même esprit que la tarification de la PCH* ».



L'instauration d'un tarif opposable dans l'emploi à domicile n'est pas nécessairement complexe opérationnellement mais devra faire l'objet d'une étude d'impact préalable. Son

<sup>89</sup> Valeur citée notamment par la Fédésap, ADMR, UNA lors des assises nationales de l'aide à domicile en novembre 2023

<sup>90</sup> Selon la Fepem « *A date, le montant d'un tarif plancher de l'APA pour le particulier employeur s'élèverait à 18,71€ de l'heure en emploi direct et à 21,52€ de l'heure en mandataire* » - Contribution du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile à la stratégie gouvernementale en faveur du « bien vieillir » à domicile en France, décembre 2023



coût pourrait être significatif dans la mesure où 17 %<sup>91</sup> des bénéficiaires de l'APA à domicile sont des particuliers employeurs. La convergence vers le tarif cible pourra, le cas échéant, être envisagée sur une temporalité pluriannuelle de sorte à lisser son coût dans le temps.

Dans ce cadre, le Conseil de l'âge notait que l'usage de tarifs opposables différents selon le type d'intervenant provoque, avec les actuelles règles de calcul du RAC, une double incitation à recourir à l'emploi direct : le reste-à-charge horaire, à ticket modérateur donné, est moindre, et le nombre d'heures à contribution globale donnée est plus élevé.

Certains départements ont mis en place des dispositifs spécifiques pour limiter le reste-à-charge tout **en contrant cet effet distorsif** : le nombre d'heures subventionnable par l'APA et le reste-à-charge horaire sont calculés sur la base d'un même tarif de référence, quel que soit le type de recours (prestataire, mandataire, emploi direct) et le complément de financement nécessaire pour couvrir le prix facturé par les prestataires autorisés est couvert par d'autres financements, essentiellement l'aide sociale extra-légale.

### Encadré 21 | Considérations autour des modèles tarifaires applicables aux offreurs

Les mesures d'ajustement de l'APA ont des implications différenciées selon le statut des offreurs et doivent tenir compte à la fois de la liberté de choix des allocataires concernant l'offreur auquel ils recourent et de modalités de financement différentes (SAAD tarifé, SAAD non tarifé, mandataire, emploi direct).

Dans ses travaux 2023-2024, le Conseil de l'âge s'est concentré sur la réponse aux besoins des allocataires sans entrer dans la complexité des différences en termes d'offre.

La réforme du financement des interventions d'aide et d'accompagnement, annoncée par le Gouvernement, et prévue dans l'article 8 de la PPL Bien vieillir, en cours d'examen, vers une forfaitisation, sur la base d'une expérimentation conduite jusqu'au 31 décembre 2025, devra être l'occasion de répondre à trois questions cruciales pour conduire une refonte cohérente du système d'aide aux personnes âgées vulnérables.

- L'allocation garantit-elle un nombre d'heures ou un montant ?
- L'allocation est-elle un mode de solvabilisation individuel des allocataires ou une modalité de financement des offreurs ?
- Les aides reçues par les personnes âgées doivent-elles être différenciées selon les offreurs ?



Une mission, confiée à des parlementaires, pourrait être l'occasion de conduire une analyse profonde sur ces sujets et de voir comment, notamment en regroupant des financements aujourd'hui épars (comme par exemple les financements complémentaires de 3€) s'ajoutant au tarif horaire, et de financements supplémentaires, comme le font certains départements, il serait possible de réduire le différentiel entre tarifs horaires de l'APA et tarif facturé au bénéficiaire. Elle pourrait formuler des préconisations pour une

<sup>91</sup> Fepem, ibid.

expérimentation d'un nouveau modèle tarifaire. De tels travaux pourraient utilement être conduits dans le cadre de (ou du moins en lien avec) la préparation de l'expérimentation annoncée par le Gouvernement autour d'une refonte de la tarification des SAAD.

## 2. Permettre aux personnes éligibles à l'APA de vivre à leur domicile avec des plans d'aides en adéquation avec leurs besoins | Une simplification drastique du modèle actuel de l'APA

**Problème à résoudre |** Les plafonds fixés par GIR réduisent la capacité des équipes médicosociales à proposer des plans d'aide adaptés aux besoins réels des personnes et peuvent conduire à manipuler le classement en GIR pour construire une réponse satisfaisante. En outre, puisque pour les personnes à domicile les plafonds s'appliquent à chaque plan d'aide individuel, le système organise une solidarité plus rigide qu'en EHPAD où les calculs se font en moyenne pour l'ensemble des résidents, ce qui permet dans la réalité de dépasser pour l'un si on est en dessous pour un autre.

La fixation d'un plafond unique ou le déplafonnement de l'APA permettrait de redonner des marges de manœuvre. Cela permettrait en outre de se passer du classement en GIR qui présente plusieurs inconvénients (voir ci-dessous « Améliorer la lisibilité du système »). En tant qu'outil d'éligibilité, la grille AGGIR pourrait être remplacée par un critère plus simple à mettre en œuvre et plus lisible pour les demandeurs. En tant qu'aide à l'élaboration du plan d'aide elle pourrait être remplacée par un outil d'évaluation plus riche (voir *infra*).

**Orientation |** Des ajustements de l'APA actuelle pourraient être envisagés afin de renforcer l'adéquation des plans d'aide aux besoins réels des bénéficiaires, quelle que soit leur ampleur

### ► **Piste 1 : L'assouplissement du plafonnement par l'élargissement des périodes de référence**

Le calcul et la gestion de l'APA en besoin d'aide hebdomadaire, puis en plafond et en montant d'aide mensuels ont des conséquences non désirées qui viennent contraindre ou engendrer de la complexité à la fois pour les bénéficiaires, les services APA des départements et les professionnels :

- Le besoin en nombre d'heures d'aide professionnelle est très variable en fonction des mois de l'année (mois de vacances, disponibilité des aidants)
- Tous les mois n'ont pas le même nombre de jours, et de jour de week-end ou fériés, pour lesquels la rémunération des salariés est majorée.

De ce fait, le montant mensuel d'APA notifié peut être soit « insuffisant », soit « trop large ». Une vision « annualisée » du montant d'APA pourrait être introduite, avec une compensation entre les mois avec forte ou moindre consommation.



 Un premier assouplissement est d'ores et déjà prévu par l'article 69 de la LFSS pour 2023 qui dispose que « [...], le *contrôle de l'effectivité des heures d'aide à domicile relevant du plan d'aide ne peut porter sur une période de référence inférieure à six mois* » (à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024).

### ► **Piste 2 : La définition d'un plafond unique pour l'ensemble des GIR**

L'instauration d'un plafond unique permettrait de **mieux répondre à la forte diversité des besoins d'aide observés pour des personnes relevant d'un même GIR.**

Le rapport du Conseil scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie de 2003 recommandait déjà de **ne conserver la grille AGGIR que pour déterminer l'éligibilité à l'APA** et de supprimer les plafonds par GIR au profit **d'un seul plafond pour l'allocation quel que soit le GIR.** Il considérait en effet, qu'asseoir un financement forfaitaire sur la base de coût moyens par GIR était inadapté pour le financement d'une allocation individuelle, que les données disponibles ne permettaient pas de fixer de manière pertinente les plafonds relatifs des différents GIR et qu'il n'y avait **pas à craindre une dérive des plans d'aide établis par les professionnels sur la base d'une évaluation multidimensionnelle.**

Autrement dit, la solution proposée consistait implicitement à **supprimer le classement en GIR dans le cas des personnes vivant en domicile ordinaire,** ce qui rapprocherait fortement la procédure d'APA des modes d'intervention auprès des autres publics de l'aide sociale départementale : une éligibilité, puis un plan d'aide élaboré par les équipes médicosociales lors de la visite à domicile. Une telle approche, qui permettrait de se passer du classement en GIR, ouvrirait la voie à des **règles d'éligibilité beaucoup plus transparentes,** et nettement plus simples à mettre en œuvre que la grille AGGIR.

Ceci permettrait notamment de mettre en place des plans d'aide qui dépassent les plafonds actuels, dans certaines situations particulières de personnes relevant des GIR 2 à 4, tout en stabilisant la dépense moyenne à l'échelle du département. Cette plus grande liberté donnée aux EMS peut être considérée comme un risque financier, mais aussi comme un gage de **qualité** des réponses apportées par des **équipes compétentes,** qui sont mieux informées de la **situation des personnes.**

 Une telle mesure nécessiterait au préalable une étude pour évaluer les conséquences de l'unification des plafonds et de leur alignement sur un niveau donné. Cette mesure pourrait potentiellement s'avérer coûteuse, dans la mesure où 12 % de l'ensemble des plans sont saturés et où cette proportion dépasse 20 % pour les personnes en GIR 1 ou 2. A titre d'illustration, la revalorisation des plafonds conduite dans le cadre de la loi ASV avait été estimée à 153 M€ pour une hausse de 400 € du plafond en GIR 1, 250 € en GIR 2, 150 € en GIR 3 et 100 € en GIR 4. La convergence vers le montant unique cible pourra, le cas échéant, être envisagée sur une temporalité pluriannuelle de sorte à lisser son coût dans le temps.

### ► **Piste 3 : La suppression des plafonds et la création d'un plan d'aide minimal garanti**

Dans le projet de loi Sueur en 2001, les données de charge en soins moyenne par GIR étaient utilisées pour dimensionner des droits de tirage. Le passage à des plafonds dans le dispositif de l'APA finalement instauré a conduit à un changement de logique profond qui visait, *via* l'instauration de ce plafonnement, à une maîtrise (plafond), et finalement à une réduction (les valeurs des plafonds retenues étant identiques aux montants préconisés dans le rapport Sueur, qui correspondaient eux à des droits de tirage moyens) des dépenses de solidarité publique affectées à l'aide à l'autonomie.

Pour autant, dans le cadre d'une politique largement décentralisée aux collectivités départementales, la suppression des plafonds et la fixation d'un plancher pourrait être défendue : elle permettrait de garantir une forme d'équité interdépartementale sur la base d'un minimum garanti sur l'ensemble du territoire.



Un tel dispositif poserait, bien sûr, la question des dépenses induites pour les financeurs publics et notamment la branche autonomie de la sécurité sociale. Dès lors que les EMS et que les conseils départementaux ont intérêt au bon usage de leurs budgets et sont reconnus comme compétents, la loi ne devrait pas forcément avoir pour objet de plafonner la solidarité en direction des allocataires de l'APA mais éventuellement celui de garantir un niveau minimal d'aide identique sur tout le territoire national qui réduirait certaines inégalités. Cependant, la mise en place d'une garantie minimale pourrait comporter le risque, si elle était fixée à un niveau trop bas, d'inciter à l'alignement à la baisse pour une partie des plans d'aide.

### 3. Etendre le bénéfice de l'APA à de nouveaux publics | Une refonte du périmètre et des modalités d'éligibilité à l'APA

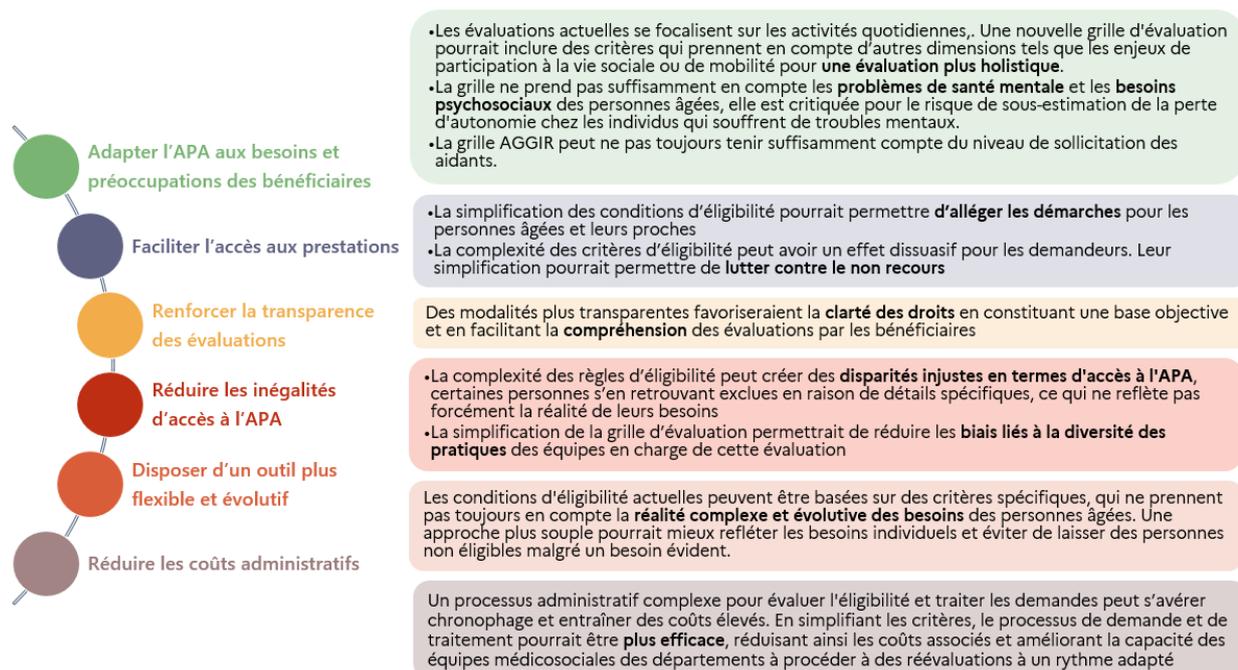
**Problème à résoudre** | Les mesures ci-après visent à corriger les défauts de prise en compte des besoins de certains publics dans les modalités d'évaluation et les critères d'éligibilité à l'APA. La grille AGGIR, conçue il y a près de 25 ans, n'a pas été modifiée de façon majeure depuis (*cf. supra*), malgré des évolutions médicales, sociales, sociétales et démographiques indéniables. **Différents scénarios d'ajustement des critères d'éligibilité à l'APA pourraient être envisagés** pour permettre une meilleure prise en compte des besoins des personnes âgées, une **évaluation plus précise et équitable**, ainsi qu'une **simplification du processus** pour les allocataires et les professionnels impliqués. Un ajustement des modalités d'évaluation implique nécessairement une évolution du périmètre de l'éligibilité : certains individus actuellement éligibles pourraient ne plus l'être tandis que d'autres non éligibles selon les critères actuels pourraient devenir éligibles. **Le Conseil de l'âge a choisi d'examiner différents scénarios théoriques d'évolution afin de mesurer la sensibilité du nombre d'allocataires aux critères d'éligibilité.** Il s'est fixé pour principe de n'étudier que des variantes ne réduisant pas, ou de manière marginale, l'éligibilité des allocataires actuels.<sup>92</sup>

---

<sup>92</sup> Les augmentations attendues du nombre d'allocataires induites par l'extension du périmètre d'éligibilité de l'APA sont évaluées sous l'hypothèse conventionnelle d'un maintien du taux de recours observé en 2015, soit



Figure 15 | Les arguments en faveur d'une refonte des critères d'éligibilité à l'APA



Source : SG du HCFEA

**Orientation 1** Inclure dans le bénéfice de l'APA les personnes dont les limitations viennent non pas (seulement) de déficiences physiques, mais de troubles engendrant des difficultés de cohérence et d'orientation, ainsi que de communication.

► **Piste 1 :** Inclure dans le bénéfice de l'APA les personnes dont les limitations viennent non pas (seulement) de déficiences physiques, mais de troubles engendrant des difficultés de cohérence et d'orientation, ainsi que de communication

a. Scénarios construits autour des 8 variables AGGIR retenues actuellement pour déterminer l'éligibilité à l'APA

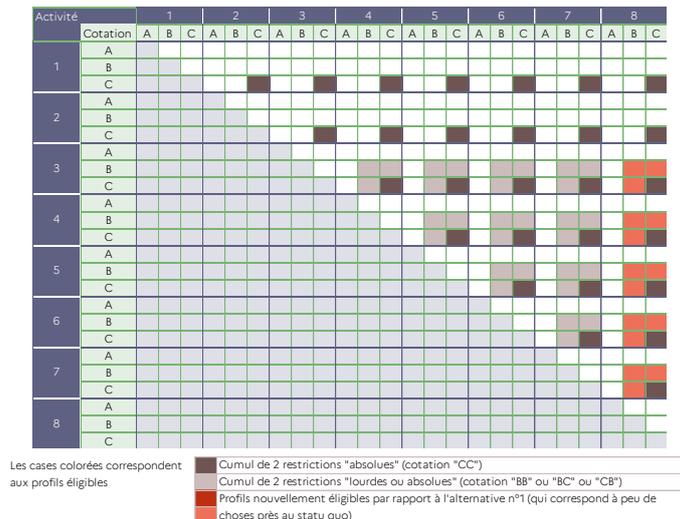
Les analyses qui suivent portent sur des scénarios ne modifiant pas le choix des 8 activités retenues pour évaluer le GIR, et donc l'éligibilité à l'APA. Elles visent en revanche à explorer des règles, beaucoup plus simples et plus transparentes, faisant dépendre l'éligibilité de la présence ou l'absence de restrictions, et non plus du calcul d'un score basé sur un algorithme. Les différentes alternatives font varier le nombre minimal de restrictions pour être éligible (1 ou 2) et leur intensité (une appréciation « stricte » prend en compte l'existence de restrictions lorsque la cotation est C uniquement, une appréciation « large » la prend en compte que la cotation soit B ou C).

**Alternative n°1** | Dans le premier scénario, les individus seraient éligibles à l'APA dès lors qu'ils cumulent soit 2 restrictions absolues (C) parmi les 8 activités, soit 2 restrictions

72 % parmi les personnes nouvellement éligibles (on dénombrait en 2015 à 748 000 allocataires de l'APA à domicile. On estime à partir de l'enquête CARE à 1 042 000 le nombre de personnes âgées éligibles à l'APA.)

lourdes ou absolues (B ou C) parmi les activités 3 à 8 (c'est-à-dire autres que 1 I Cohérence et 2 I Orientation). Ce scénario ne diffère ainsi de l'éligibilité actuelle, mesuré à partir de la règle simplifiée (voir [Partie 2. II. A.2](#)), que par l'ajout de la dimension 8 I Déplacements intérieurs à la seconde sous-condition. Cette extension à l'activité 8 permet à davantage de personnes de bénéficier de l'APA (+ 48 000 allocataires).

Figure 16 | Eligibilité à l'APA selon l'alternative n°1



Source : SG HCFEA

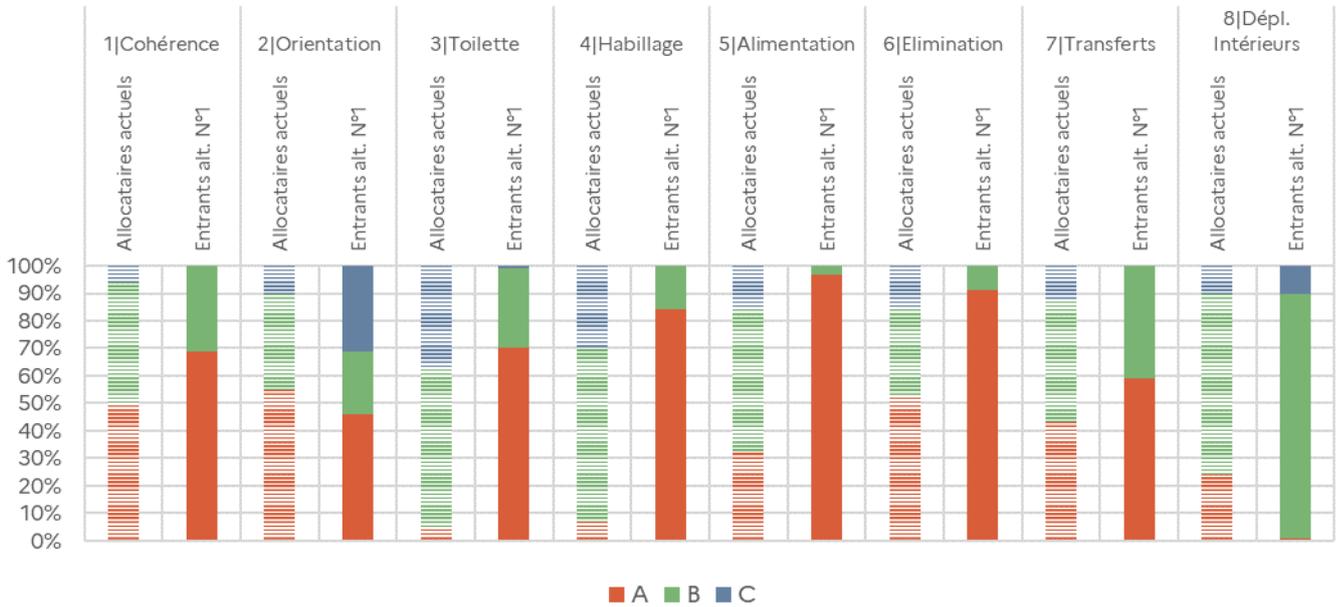


Les 48 000 personnes qui deviendraient éligibles à l'APA si l'alternative n°1 était mise en œuvre ont un profil caractéristique qui les différencie des actuels allocataires de l'APA :

- La plupart ne présentent pas de RA pour les items 5 I Alimentation, 6 I Elimination : ces activités sont cotées « A » pour plus de 90 % des individus devenant de nouveaux allocataires de l'APA avec l'alternative n° 1
- La proportion d'entre eux ne présentant aucune restriction (cotation « A ») pour les activités 1 I Cohérence, 3 I Toilette, 4 I habillage et 7 I Transferts est également nettement plus élevée que pour les actuels allocataires.
- Ils sont par construction tous concernés par des restrictions « lourdes » (cotation « B ») ou « absolues » (cotation « C ») pour la réalisation de l'activité 8 I Déplacements intérieurs, puisque l'unique différence avec l'éligibilité actuelle (mesurée par la règle simplifiée) est l'ajout de cet item 8 I à la seconde sous-condition.
- Le fait qu'ils soient également plus nombreux que les allocataires actuels à présenter une difficulté absolue (cotation « C ») pour l'item 2 I Orientation illustre la corrélation entre des limitations en termes d'orientation et les difficultés dans la réalisation de déplacements à l'intérieur du domicile (item 8 I)



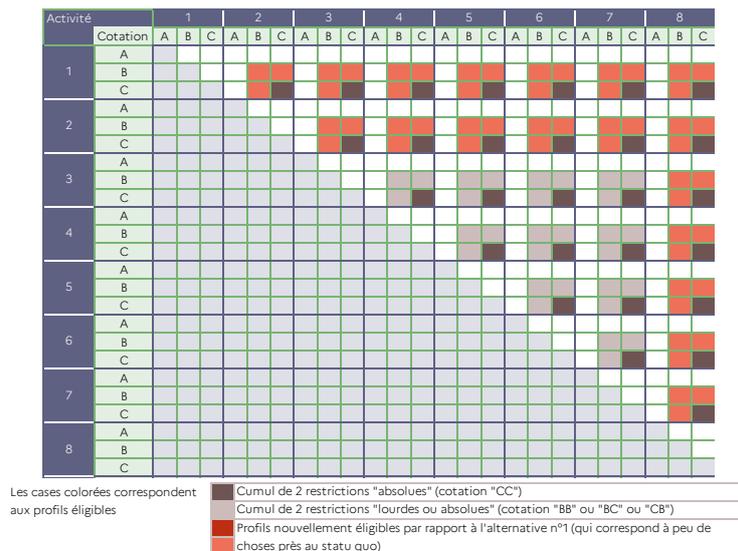
Graphique 16 | Comparaison du profil des nouveaux entrants (alternative n°1) à celui des allocataires actuels de l'APA : cotations des différentes activités



Source : SG HCFEA sur données Drees - enquêtes CARE-M (2015)

**Alternative n°2** | La deuxième règle examinée consiste à ouvrir le bénéfice de l'APA aux personnes cumulant au moins 2 restrictions lourdes ou absolues (B ou C) parmi les 8 activités. L'alternative 2 étend donc l'éligibilité à l'APA aux personnes dont la cotation à l'activité 8 | Déplacements intérieurs est « B » (comme l'alternative 1) mais également aux activités 1 | Cohérence et 2 | Orientation.

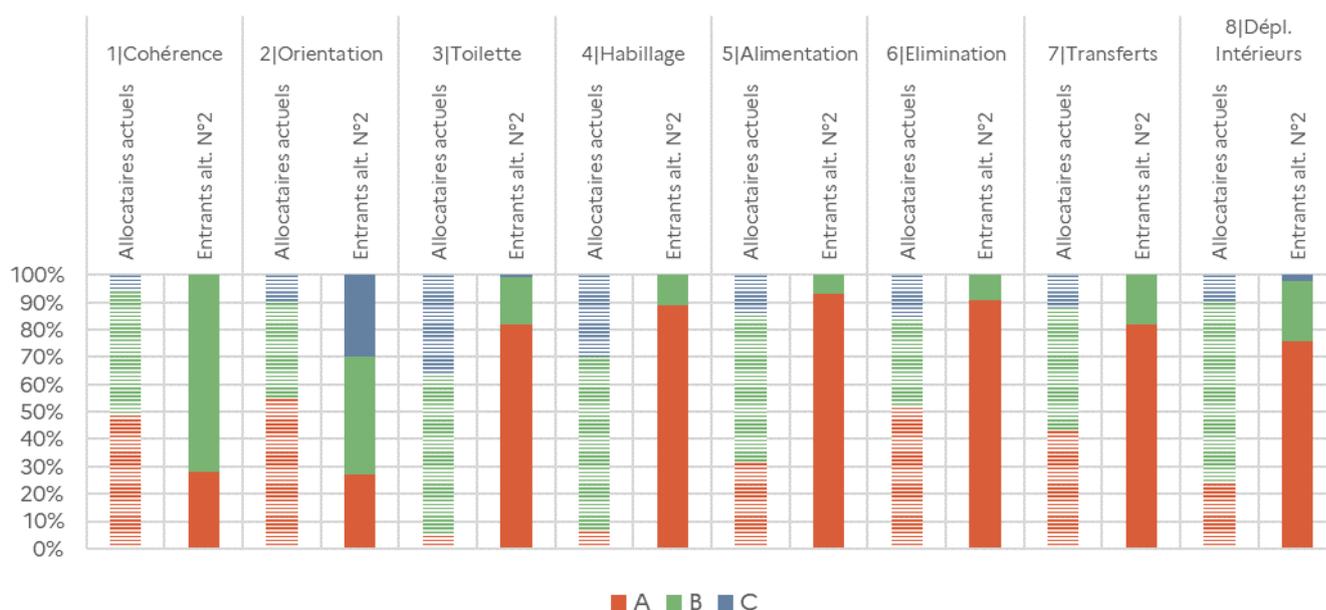
Figure 17 | Eligibilité à l'APA selon l'alternative n°2



Source : SG HCFEA

Si elle est plus simple et lisible, l'**alternative n°2** conduit à un nombre conséquent de nouveaux allocataires de l'APA, évalué à 294 000 personnes et dont le **profil spécifique** les distingue des actuels allocataires de l'APA :

Graphique 17 | Comparaison du profil des nouveaux entrants (**alternative n°2**) à celui des allocataires actuels de l'APA : cotations des différentes activités



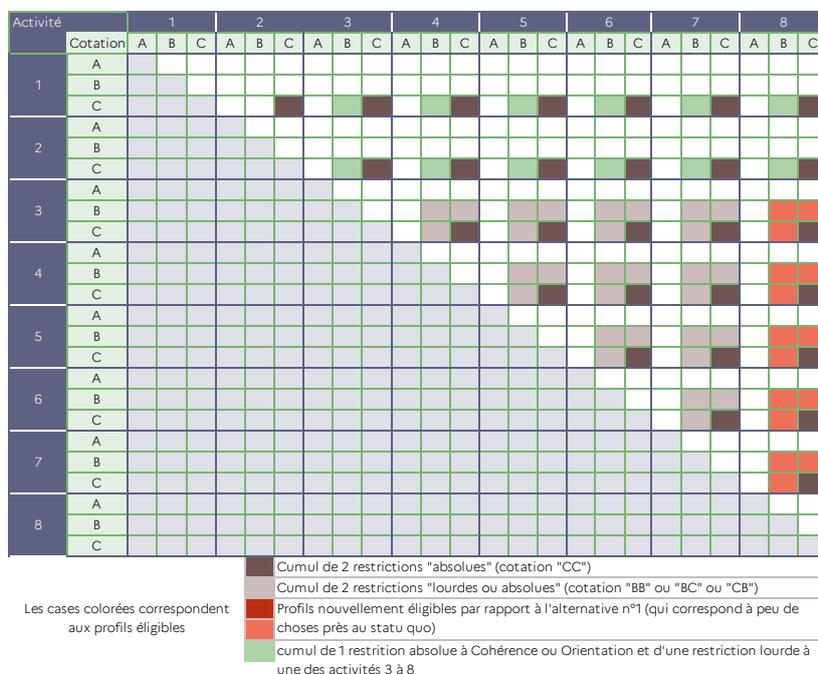
Source : SG HCFEA sur données Drees - enquêtes CARE-M (2015)

- La plupart d'entre eux ne présentent pas de RA pour les items **4 | Habillage**, **5 | Alimentation**, **6 | Elimination** : ces activités sont cotées « A » pour plus de 90 % des individus devenant de nouveaux allocataires de l'APA avec l'alternative n° 2.
- La proportion d'entre eux ne présentant aucune restriction (cotation « A ») pour les activités **3 | Toilette**, **7 | Transferts** et **8 | Déplacements intérieurs** est également nettement plus élevée que pour les actuels allocataires.
- Ils sont en revanche nettement plus concernés par des restrictions « lourdes » pour l'item **1 | Cohérence** (7 nouveaux allocataires sur 10 ayant la cotation « B » sur cet axe, contre 4 sur 10 parmi les allocataires actuels). Ils sont également un peu plus nombreux pour l'axe **2 | Orientation**
- Les personnes qui deviendraient allocataires en cas d'application de l'alternative n°2 seraient en outre nettement plus nombreuses à présenter des restrictions « absolues » (cotation « C ») pour l'axe **2 | Orientation** (près de 3 sur 10) que les allocataires actuels (moins de 1 sur 10).



**Alternative n°2 bis** | L'alternative n°2 pourrait être déclinée sous une forme plus restrictive. L'éligibilité ne serait étendue, dans l'**alternative 2 bis**, qu'aux personnes qui cumulent une restriction absolue « C » à l'un des items **1 | Cohérence** et **2 | Orientation** avec une restriction lourde dans l'une des 6 autres activités.

Figure 18 | Eligibilité à l'APA selon l'**alternative n°2 bis**



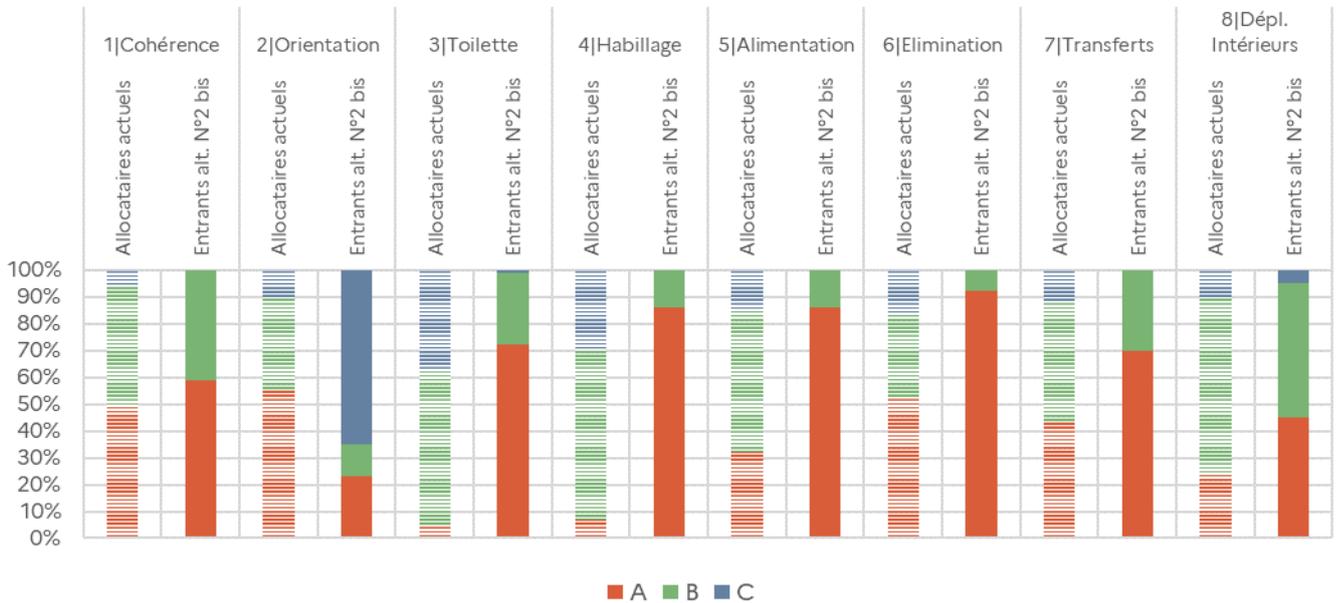
Source : SG HCFEA



L'**alternative n°2 bis** conduit à un nombre nettement plus contenu de nouveaux allocataires de l'APA que l'alternative 2. L'effectif supplémentaire induit par cet assouplissement de l'éligibilité, en faveur des personnes souffrant de troubles cognitifs importants et couplés à d'autres restrictions pour la réalisation des actes de la vie quotidienne, est en effet évalué à 97 000 personnes.

- La plupart d'entre eux ne présentent pas de RA pour les items **4 | habillage**, **5 | Alimentation**, **6 | Elimination** : ces activités sont cotées « A » pour plus de 90 % des individus devenant de nouveaux allocataires de l'APA avec l'alternative n° 2 bis.
- La proportion d'entre eux ne présentant aucune restriction (cotation « A ») pour les activités **3 | Toilette**, **7 | Transferts** est également nettement plus élevée que pour les actuels allocataires.
- Ils sont en revanche nettement plus concernés par des restrictions « absolues » pour l'item **2 | Orientation** (deux-tiers des nouveaux allocataires sur 10 ont la cotation « C » sur cet axe, contre 1 sur 10 parmi les allocataires actuels).

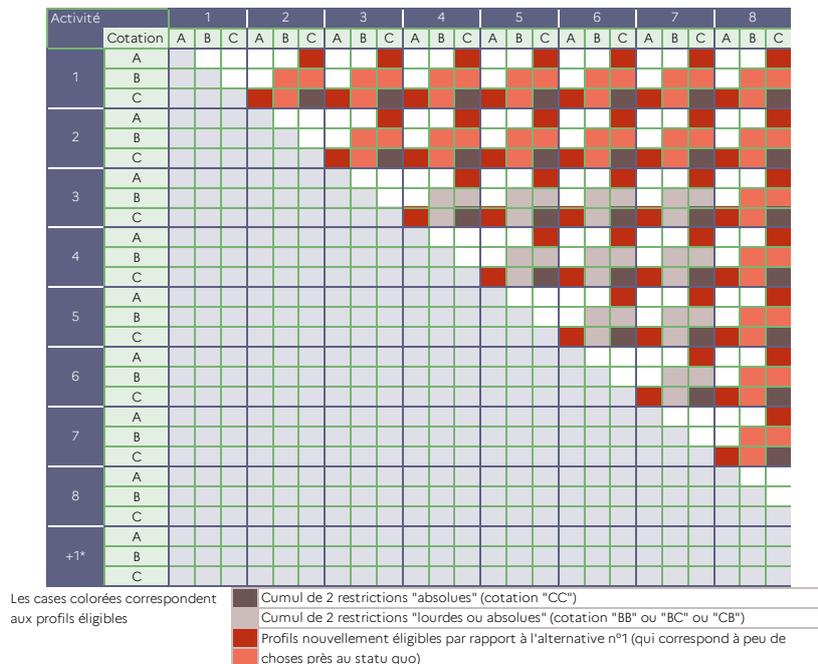
Graphique 18 | Comparaison du profil des nouveaux entrants (alternative n°2 bis) à celui des allocataires actuels de l'APA : cotations des différentes activités



Source : SG HCFEA sur données Drees - enquêtes CARE-M (2015)

**Alternative n°3** | Le troisième scénario étudié conditionne l'éligibilité à la présence d'une restriction absolue (C) ou au cumul de 2 restrictions lourdes (B) parmi les 8 activités de la grille AGGIR actuellement retenues pour ouvrir droit à l'APA.

Figure 19 | Éligibilité à l'APA selon l'alternative n°3



Source : SG HCFEA



Cette règle d'éligibilité est d'une logique différente, dans la mesure où elle instaure une relation d'équivalence, deux restrictions lourdes correspondant à une restriction absolue. Cette logique comporte une **forte similitude avec celle appliquée pour l'élément « aide humaine » de la prestation de compensation du handicap (PCH).**

### Encadré 22 | Modalités d'accès à l'aide humaine de la PCH

L'élément « Aide humaine » de la PCH est accessible aux personnes présentant **une difficulté absolue** (équivalent de C dans la grille AGGIR) **pour 1 des 7 actes essentiels** suivants : **Toilette | Habillage | Alimentation | Élimination | Déplacements | Maîtrise de son comportement | Réalisation des tâches multiples** ou **une difficulté grave** (équivalent de B dans la grille AGGIR) **pour 2 de ces 7 actes.**

Parmi ces 7 activités, 4 sont également présentes dans le calcul du GIR (**Toilette | Habillage | Alimentation | Élimination**).

L'activité **Déplacements** inclut les déplacements à l'intérieur (transferts, marche, montée et descente des escaliers, manipulation d'un fauteuil roulant et une partie des déplacements extérieurs, ceux relatifs aux démarches liées au handicap de la personne et nécessitant sa présence personnelle.

Les activités **Maîtrise de son comportement | Réalisation de tâches multiples** ont été ajoutées par le décret du 19 avril 2022 élargissant l'accès à la PCH aux personnes ayant une altération de fonctions mentales, psychiques, cognitives ou avec un trouble du neuro-développement.

À défaut de l'application de la condition ci-dessus, l'éligibilité à l'élément « Aide humaine » de la PCH peut être obtenue par la constatation que le temps d'aide nécessaire apporté ou susceptible d'être apporté<sup>93</sup> par un aidant familial pour les 7 activités ou au titre d'un besoin de surveillance ou de soutien à l'autonomie atteint 45 minutes par jour. Selon le guide de la CNSA à destination des équipes pluridisciplinaires des MDPH sur la mise en œuvre du décret du 19 avril 2022 (articles 2 et 3)<sup>94</sup>, cette seconde condition constitue une sorte de « **filet de rattrapage** » pour ne pas exclure de l'aide humaine des situations pour lesquelles la première condition n'est pas remplie, mais où le besoin d'aide et/ou de surveillance et/ou de soutien à l'autonomie est néanmoins important du fait de conditions environnementales particulières ;



Cette règle d'éligibilité ouvrirait le droit à l'APA pour davantage de personnes (346 000 allocataires supplémentaires selon les estimations), nécessitant des financements publics additionnels évalués à 1,7 Md€.

**Les 346 000 personnes qui deviendraient éligibles à l'APA si l'alternative n°3 était mise en place ont des caractéristiques différentes de celles des actuels allocataires de l'APA :**

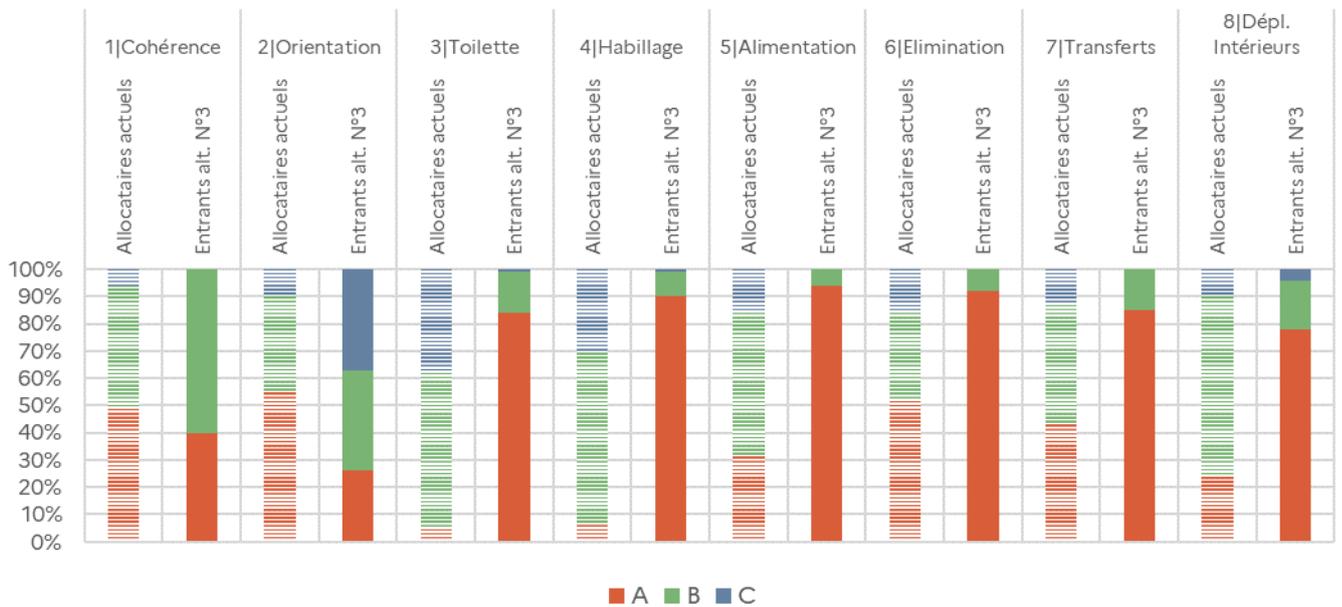
- La plupart des nouveaux entrants ne présentent pas de RA pour les items **3 | Toilette, 4 | habillage, 5 | Alimentation, 6 | Élimination, 7 | Transferts** et **8 | Déplacements intérieurs**: ces activités sont cotées « A » pour plus de 80 % des individus devenant de nouveaux allocataires de l'APA avec l'alternative n° 3, soit des proportions significativement supérieures à celles observées parmi les allocataires actuels

<sup>93</sup> Il ne s'agit pas ici d'exclure de cette possibilité d'accès à la PCH une personne au motif qu'elle n'aurait pas d'aidant familial dans son entourage.

<sup>94</sup> [https://www.cnsa.fr/documentation/dt\\_evolution\\_pch\\_2022-vf2.pdf#page=33&zoom=100,53,57](https://www.cnsa.fr/documentation/dt_evolution_pch_2022-vf2.pdf#page=33&zoom=100,53,57)

- Ils sont en revanche nettement plus concernés des restrictions « lourdes » pour l’item **1 | Cohérence** (6 nouveaux allocataires sur 10 ayant la cotation « B » sur cet axe, contre 4 sur 10 parmi les allocataires actuels).
- Les personnes qui deviendraient allocataires en cas d’application de l’alternative n°3 seraient en outre nettement plus nombreuses à présenter des restrictions « absolues » (cotation « C ») pour l’axe **2 | Orientation** (près de 4 sur 10) que les allocataires actuels (moins de 1 sur 10).

Graphique 19 | Comparaison du profil des nouveaux entrants (alternative n°3) à celui des allocataires actuels de l’APA : cotations des différentes activités



Source : SG HCFEA sur données Drees - enquêtes CARE-M (2015)



Ces travaux exploratoires confirment ainsi que, même en conservant une liste d’activité identique à celle utilisée actuellement, les modifications des critères d’éligibilité peuvent avoir un impact important sur le nombre de personnes éligibles.



Tableau 20 | Synthèse : profil des personnes nouvellement éligibles à l’APA en cas de mise en œuvre des alternatives n°1, n°2 et n°3 autour des 8 variables AGGIR

	Allocataires actuels*	Alternative 1	Alternative 2	Alternative 3	
Nombre d’allocataires supplémentaires attendus		48 000	294 000	346 000	
Nombre moyen de B	4	2,4	2	1,7	
Nombre moyen de C	1,4	0,4	0,3	0,4	
<b>Profil de RA</b>					
RA à 1  Cohérence ou 2   Orientation	<1 %	0	30%	37%	
RA à autres que 1  ou 2	41%	41%	7%	9%	
RA à 1  ou 2  ET RA à autres	59%	59%	64%	54%	
<b>Détail</b>					
1 Cohérence	A	49	69	28	40
	B	44	31	72	61
	C	6	<1	<1	<1
2 Orientation	A	55	46	27	26
	B	35	23	43	37
	C	10	31	30	37
3 Toilette	A	5	70	82	84
	B	58	29	17	15
	C	37	1	1	1
4 Habillage	A	7	84	89	90
	B	63	16	11	9
	C	30	<1	<1	1
5 Alimentation	A	32	97	93	94
	B	53	3	7	6
	C	15	<1	<1	0
6 Elimination	A	52	91	91	92
	B	32	9	9	8
	C	16	<1	<1	<1
7 Transferts	A	43	59	82	85
	B	45	41	18	15
	C	12	<1	<1	<1
8 Dépl. Intérieurs	A	24	1	76	78
	B	66	89	22	18
	C	10	10	2	4

\* La première colonne « Allocataires actuels » permet de comparer les profils des nouveaux entrants à ceux des allocataires actuels

Source : SG HCFEA sur données Drees - enquêtes CARE-M (2015)

## b. Scénarios intégrant d'autres dimensions que les 8 variables de la grille AGGIR

La construction de l'algorithme AGGIR a finalement conduit à ne pas retenir dans la cotation effective, et donc dans l'éligibilité à l'APA, 2 des items relatifs aux activités corporelles et mentales (9 | Déplacement à l'extérieur et 10 | Alerter) et les 7 items relatifs aux activités domestiques et sociales. Ce choix, fait sur la base d'une analyse statistique menée sur un échantillon de personne vivant en établissement, mériterait d'être reconsidéré pour éventuellement mieux cibler l'éligibilité à l'APA lorsque le soutien s'organise en logement ordinaire. L'enquête CARE-M (Drees, 2015) permet dans cette optique de collecter des informations sur d'autres RA que celles entrant actuellement dans le calcul du GIR. Ces autres restrictions permettent en particulier d'approcher<sup>95</sup> ce que serait la cotation des autres items de la grille AGGIR et d'explorer l'incidence qu'aurait leur prise en compte dans l'évaluation de l'éligibilité à l'APA.

**Tableau 21 | Correspondance entre les questions posées aux enquêtés dans l'enquête CARE-M et item de la grille AGGIR mesuré par chacune des questions**

Questions dans CARE-M	Item mesuré de la grille AGGIR
Avez-vous des difficultés pour sortir seul(e) de votre logement ?	<b>9   Déplacement à l'extérieur</b>
Vous servez-vous d'un téléphone seul(e) ?	<b>10   Alerter</b>
Avez-vous des difficultés pour faire seul(e) les démarches administratives courantes ? + Est-ce surtout à cause de votre état de santé ou de votre âge ?	<b>11   Gestion</b>
Avez-vous des difficultés pour préparer seul(e) vos repas ? + Est-ce surtout à cause de votre état de santé ou de votre âge ?	<b>12   Cuisine</b>
Avez-vous des difficultés pour faire seul(e) les tâches ménagères courantes dans votre domicile telles que la vaisselle, la lessive, le rangement, le ménage ? + Est-ce surtout à cause de votre état de santé ou de votre âge ?	<b>13   Ménage</b>
Avez-vous des difficultés pour utiliser seul(e) un moyen de déplacement (prendre une voiture personnelle, commander et prendre un taxi, prendre les transports en commun) ?	<b>14   Transport</b>
Avez-vous des difficultés pour faire seul(e) vos courses ? + Est-ce surtout à cause de votre état de santé ou de votre âge ?	<b>15   Achat</b>
Avez-vous des difficultés pour prendre seul(e) vos médicaments ?	<b>16   Suivi de traitement</b>

Note : sur les 9 items de la grille AGGIR n'entrant pas dans le calcul effectif du GIR, 8 peuvent être approchés par des questions de l'enquête CARE-M. L'item 17 | Activité de temps libre peut être approché également, à partir de différentes questions, mais de manière relativement indirecte. Elle n'a pas été intégrée à l'analyse.

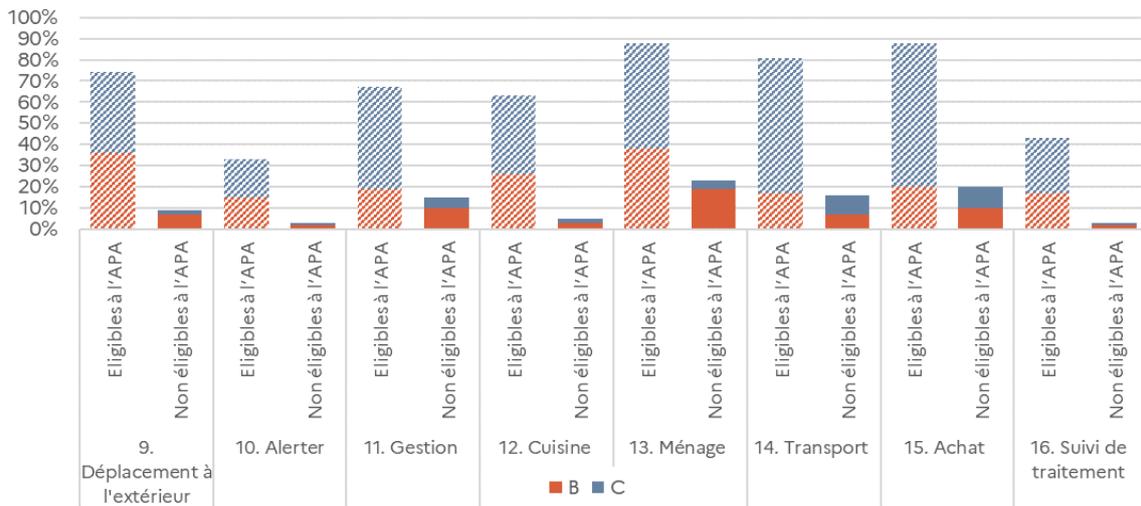
<sup>95</sup> Il ne s'agit ici que d'une estimation, d'une part car les difficultés sont ici mesurées par les déclarations de l'enquêté, et non par une évaluation de l'équipe médico-sociale, et d'autre part car les questions posées ne capturent qu'une partie des difficultés potentiellement associées à chaque item.



De manière attendue, les personnes éligibles à l'APA présentent sur l'ensemble des items plus de RA que les personnes non éligibles à l'APA.

Si ces dernières (4,2 millions de personnes au moment de l'enquête), ne sont pas éligibles à l'APA au regard des règles actuelles<sup>96</sup>, certaines d'entre elles sont néanmoins caractérisées par des restrictions sur des activités n'entrant pas dans le calcul du GIR. Les activités les plus concernées par des RA sont celles mesurées aux items 13 | Ménage (23 %), 15 | Achats (20 %), 16 | Transport (16 %) et 11 | Gestion (15 %).

Graphique 20 | Fraction d'individus présentant des limitations pour 8 activités n'entrant pas dans le calcul du GIR actuellement, parmi les personnes éligibles ou non éligibles à l'APA selon les règles en vigueur



Source : SG HCFEA sur données Drees - enquêtes CARE-M (2015)

<sup>96</sup> C'est-à-dire compte tenu des RA déclarées aux 8 items entrant présentement dans le calcul du GIR

Tableau 22 | Estimation de la cotation aux items de la grille AGGIR n'entrant actuellement pas dans le calcul du GIR – Population des personnes âgées de 75 ans et plus vivant en logement ordinaire

		Individus non éligibles à l'APA	Individus éligibles à l'APA	Ensemble*
<b>9. Déplacement à l'extérieur</b>	A	91%	27%	79%
	B	7%	36%	12%
	C	2%	38%	9%
<b>10. Alerter</b>	A	97%	67%	90%
	B	2%	15%	5%
	C	1%	18%	5%
<b>11. Gestion</b>	A	85%	33%	75%
	B	10%	19%	11%
	C	5%	48%	14%
<b>12. Cuisine</b>	A	95%	37%	83%
	B	3%	26%	8%
	C	2%	37%	9%
<b>13. Ménage</b>	A	77%	12%	64%
	B	19%	38%	23%
	C	4%	50%	13%
<b>14. Transport</b>	A	84%	19%	71%
	B	7%	17%	9%
	C	9%	64%	20%
<b>15. Achat</b>	A	80%	12%	67%
	B	10%	20%	12%
	C	10%	68%	21%
<b>16. Suivi de traitement</b>	A	97%	57%	89%
	B	2%	17%	5%
	C	1%	26%	6%

\* Effectivement allocataire ou non de l'APA

Source : SG HCFEA sur données Drees - enquêtes CARE-M (2015)

La prise en compte des difficultés à faire l'une ou l'autre de ces activités dans le calcul du GIR pourrait ainsi accroître le nombre de allocataires de l'APA de manière significative.



### Encadré 23 | Hypothèses sous-jacentes à l'évaluation du nombre de nouveaux allocataires de l'APA en cas d'intégration de nouveaux items de RA dans le calcul du GIR

L'évaluation du nombre de nouveaux allocataires de l'APA attendus en cas d'intégration de nouvelles RA dans le calcul du GIR se fonde sur les conditions d'éligibilité simplifiées reflétant les règles actuelles :

- 2 restrictions absolues (C) parmi les 8 activités [Sous-condition 1]

Ou

- 2 restrictions lourdes ou absolues (B ou C) parmi les activités 3 | Toilette, 4 | Habillage, 5 | Alimentation, 6 | Élimination ou 7 | Transferts [Sous-condition 2]

Les évaluations conduites consistent à intégrer dans cette règle d'éligibilité l'une des RA non prises en compte actuellement dans le calcul du GIR. 2 scénarios alternatifs d'intégration d'un nouvel item dans la liste des activités entrant dans le calcul du GIR de la règle d'éligibilité simplifiée ont été étudiés :

- **Alternative 4 : Dans la première alternative, seule la sous-condition 1 est modifiée** : le nouvel item est ajouté aux 8 autres dans le calcul du nombre de restrictions absolues (C). Par exemple, l'intégration de l'item 13 | Ménage dans la liste des activités entrant dans le calcul du GIR n'ouvrira l'éligibilité que si l'activité est coté « C »
- **Alternative 5 : Dans la seconde alternative, les deux sous-conditions sont modifiées** : le nouvel item est ajouté aux 8 autres dans le calcul du nombre de restrictions absolues (C), ainsi qu'aux items 3, 4, 5, 6 et 7 dans le calcul du nombre de restrictions lourdes ou absolues (B ou C).

**Alternative 4**

Activité	Cotation	1			2			3			4			5			6			7			8			+1*		
		A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
1	A																											
	B																											
	C																											
2	A																											
	B																											
	C																											
3	A																											
	B																											
	C																											
4	A																											
	B																											
	C																											
5	A																											
	B																											
	C																											
6	A																											
	B																											
	C																											
7	A																											
	B																											
	C																											
8	A																											
	B																											
	C																											
+1*	A																											
	B																											
	C																											

**Alternative 5**

Activité	Cotation	1			2			3			4			5			6			7			8			+1*		
		A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
1	A																											
	B																											
	C																											
2	A																											
	B																											
	C																											
3	A																											
	B																											
	C																											
4	A																											
	B																											
	C																											
5	A																											
	B																											
	C																											
6	A																											
	B																											
	C																											
7	A																											
	B																											
	C																											
8	A																											
	B																											
	C																											
+1*	A																											
	B																											
	C																											

Les cases colorées correspondent aux profils éligibles

- Cumul de 2 restrictions "absolues" (cotation "CC")
- Cumul de 2 restrictions "lourdes ou absolues" (cotation "BB" ou "BC" ou "CB")
- Profils nouvellement éligibles par rapport à l'alternative n°1 (qui correspond à peu de choses près au statu quo)

Source : SG HCFEA

\* Parmi les activités non prises en compte actuellement pour déterminer l'éligibilité à l'APA

A titre d'illustration, selon le nouvel item inclus dans ceux servant à déterminer l'éligibilité à l'APA, le nombre de nouveaux allocataires pourrait croître de 7 000 (pour un scénario d'intégration de l'activité **10 I alerter** selon l'**alternative 4**, donc avec l'intégration de l'activité uniquement dans la **sous-condition 1**) à 240 000 (pour un scénario d'intégration de l'activité **15 I achats** selon l'**alternative 5**, donc dans les deux **sous-conditions 1 et 2** de la règle d'éligibilité).



Tableau 23 | Effet estimé de l'inclusion d'un nouvel item dans la liste de ceux permettant de déterminer l'éligibilité d'un individu à l'APA sur le nombre de nouveaux allocataires

Nombre supplémentaires Item	d'allocataires	Alternative 4 Intégration de l'item dans la sous-condition 1	Alternative 5 Intégration de l'item dans chacune des 2 sous-conditions
<b>9. Déplacement à l'extérieur</b>		+ 43 000 (+6 %)	+119 000 (+16 %)
<b>10. Alerter</b>		+ 7 000 (+0,1 %)	+ 26 000 (+3%)
<b>11. Gestion</b>		+ 59 000 (+8 %)	+ 165 000 (22 %)
<b>12. Cuisine</b>		+ 21 000 (+3 %)	+ 65 000 (+9 %)
<b>13. Ménage</b>		+ 40 000 (+ 5 %)	+ 210 000 (+28 %)
<b>14. Transport</b>		+ 90 000 (+12 %)	+ 215 000 (+29 %)
<b>15. Achat</b>		+ 91 000 (+12 %)	+ 240 000 (+32 %)
<b>16. Suivi de traitement</b>		+ 18 000 (+2 %)	+ 38 000 (+5 %)

Source : SG HCFEA sur données Drees - enquêtes CARE-M (2015)

Note : les nombres entre parenthèses représentent le pourcentage attendu d'augmentation des allocataires de l'APA à domicile



Ces travaux confirment que les modifications des critères d'éligibilité peuvent avoir un impact important sur le nombre de personnes éligibles et donc sur les dépenses publiques. Les scénarios construits autour de la liste des 8 activités utilisées actuellement représentent ainsi un coût évalué entre 230 M€ (alternative 1 et 1,7 Md€ (alternative 3) tandis que l'impact de ceux prévoyant l'ajout d'une dimension supplémentaire (autre que les 8 variables de la grille AGGIR actuellement mobilisées) pour l'examen de l'éligibilité à l'APA varie entre 30 M€ (intégration de l'activité 10 | alerter selon l'alternative 4) et 930 M€ (intégration de l'activité 15 | achats selon l'alternative 5);

Tableau 24 | Impact financier estimé de l'inclusion d'un nouvel item dans la liste de ceux permettant de déterminer l'éligibilité d'un individu à l'APA

Scénarios	Variante	Impact annuel
<b>Scénarios construits autour des 8 activités retenues actuellement dans l'évaluation via la grille AGGIR</b>	<b>Alternative 1</b>	+230 M€
	<b>Alternative 2</b>	+1,4 Md€
	<b>Alternative 2 bis</b>	460 M€
	<b>Alternative 3</b>	+1,7 Md€
<b>Scénarios intégrant d'autres dimensions que les 8 variables de la grille AGGIR</b>	9. Déplacement à l'extérieur	+170 M€
	10. Alerter	+30 M€
	11. Gestion	+230 M€
	12. Cuisine	+80 M€
	13. Ménage	+150 M€
	14. Transport	+350 M€
	15. Achat	+350 M€
	16. Suivi de traitement	+70 M€
<b>Alternative 4   Intégration d'un nouvel item, uniquement dans la sous-condition 1</b>	9. Déplacement à l'extérieur	+460 M€
	10. Alerter	+100 M€
	11. Gestion	+640 M€
	12. Cuisine	+250 M€
	13. Ménage	+810 M€
	14. Transport	+830 M€
	15. Achat	+930 M€
	16. Suivi de traitement	+150 M€
<b>Scénarios intégrant d'autres dimensions que les 8 variables de la grille AGGIR</b>	9. Déplacement à l'extérieur	+460 M€
	10. Alerter	+100 M€
	11. Gestion	+640 M€
	12. Cuisine	+250 M€
	13. Ménage	+810 M€
	14. Transport	+830 M€
	15. Achat	+930 M€
	16. Suivi de traitement	+150 M€
<b>Alternative 5   Intégration d'un nouvel item dans chacune des deux sous-conditions</b>	9. Déplacement à l'extérieur	+460 M€
	10. Alerter	+100 M€
	11. Gestion	+640 M€
	12. Cuisine	+250 M€
	13. Ménage	+810 M€
	14. Transport	+830 M€
	15. Achat	+930 M€
	16. Suivi de traitement	+150 M€

Source : SG HCFEA sur données Drees - enquêtes CARE-M (2015)

Ces estimations ont été produites par le SG du HCFEA selon des hypothèses conventionnelles et constituent des ordres de grandeur théoriques. D'autres scénarios, combinant l'intégration de plusieurs items simultanément pourraient être envisagés et représenter des enjeux financiers plus élevés. Si ce n'est pas le rôle du Conseil de l'âge de se prononcer sur la pertinence de l'intégration de critères en particulier, il lui paraît opportun de traiter la question de l'extension de l'éligibilité à l'APA à davantage de personnes âgées confrontées à des restrictions d'activité dans leur vie quotidienne.

Cette extension pourrait rester fondée sur les 17 activités de la grille AGGIR, qui présente l'avantage d'être connue et utilisée par l'ensemble des professionnels intervenant auprès des personnes âgées, avec l'ajout d'un ou plusieurs critères. Il pourrait aussi être envisagé d'étendre le champ de l'évaluation à d'autres dimensions (cf. [Partie 3.II.B.4](#)) qui pourraient alors être ajoutées parmi les critères d'éligibilité à l'APA. De tels ajouts supposeraient probablement de prévoir, outre le temps d'expertise sur les critères pertinents pour l'éligibilité aux aides, un temps d'information et de formation des équipes en charge de l'évaluation des besoins.



## Encadré 24 | Hypothèses retenues pour les estimations d'impact financier des différentes pistes d'ajustement étudiées

Les estimations d'impact financier des ajustements présentés *supra* sont obtenues en pondérant les effectifs estimés par la dépense publique moyenne, par an par allocataire à domicile, au titre de l'APA et du crédit d'impôt (CI).

Elles reposent sur un certain nombre de conventions :

- Hypothèse de recours systématique au crédit d'impôt, qui couvre 50 % de la participation des allocataires ;
- Les personnes nouvellement éligibles dans le cadre des scénarios construits autour des 8 activités retenues actuellement dans l'évaluation via la grille AGGIR ont un profil (en termes de répartition selon le GIR) comparable à celui des actuels allocataires de l'APA. Le montant moyen des plans d'aide retenu pour ces nouveaux allocataires s'établit à 450 € par mois (correspond à la moyenne observée pour les GIR 1 à 4<sup>97</sup>)
- En revanche, ces travaux considèrent que les nouveaux allocataires qui résulteraient de l'ajout d'une dimension supplémentaire (autre que les 8 variables de la grille AGGIR actuellement mobilisées pour l'examen de l'éligibilité à l'APA) présenteraient un niveau de limitation de l'autonomie plus modéré, et seraient donc classées en GIR 3 ou 4. Le montant moyen des plans d'aide retenu pour ces nouveaux allocataires s'établit alors à 361 € par mois (correspondant à la moyenne observée pour les GIR 3 et 4)
- Le taux de participation au plan d'aide s'établit en moyenne à 21 %. Par convention, ce taux est appliqué aux nouveaux allocataires

In fine, les effectifs estimés sont pondérés par 4 833€ pour les scénarios construits autour des 8 activités retenues actuellement dans l'évaluation via la grille AGGIR et 3 877 € pour les variantes prévoyant l'intégration d'un item supplémentaire.

	GIR 1-4	GIR 3-4
Montant mensuel du plan d'aide (source : REPSS)	450	361
Participation des bénéficiaires (21%)	95	76
APA (79% du montant du plan d'aide)	356	285
Crédit d'impôt (50% de la participation bénéficiaire)	47	38
<b>Dépense publique mensuelle (APA+CI)</b>	<b>403</b>	<b>323</b>
<b>Dépense publique annuelle (Dép. mensuelle *12)</b>	<b>4833</b>	<b>3877</b>

Ces estimations sont des coûts bruts dans la mesure où elles ne tiennent pas compte des économies qui seraient réalisées par les caisses de retraite en termes de dépenses d'action sociale. Une partie des personnes nouvellement éligibles est en effet potentiellement bénéficiaire d'un plan d'aide personnalisé à l'heure actuelle et sortirait donc de la file active de l'interrégime de retraite en devenant éligible à l'APA.

Source : SG HCFEA

<sup>97</sup> Source : [rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale \(REPSS\) « autonomie », 2022](#)

► **Piste 2 : Scénario de réintégration des variables les plus fortement discriminantes pour le domicile**

Les travaux initiaux conduits pour la construction de la grille AGGIR avaient fait apparaître **10 variables discriminantes, dont 2 l'étaient plus fortement pour les personnes à domicile : le fait de se déplacer à l'extérieur et l'utilisation des moyens de communication à distance**. La grille finalement retenue n'intègre plus ces dimensions, la dimension « communication à distance » ayant été supprimée dans la version de 1997 et celle relative aux « déplacements extérieurs » en 2001 (cf. partie 1.I.B.1).



Une simulation spécifique a été conduite par le Conseil de l'âge pour mesurer le nombre de personnes qui deviendraient éligibles en cas d'intégration simultanée des items **9 | Déplacement à l'extérieur** et **10 | Alerter** dans la liste des items servant à définir l'éligibilité. Une telle mesure, *a priori* relativement aisée à mettre en œuvre, permettrait, *a minima*, de corriger l'un des aspects identifiés dès l'origine comme contribuant au caractère inadapté de la grille AGGIR (cf. [partie 1.II.B.2](#)). Selon ces travaux, le nombre attendu de nouveaux allocataires s'établirait à 45 000 si la seule sous-condition 1 était modifiée et à 121 000 si chacune des deux sous-conditions était modifiée, conduisant à des augmentations estimées à respectivement 173 M€ et 466 M€.

#### 4. Etendre le bénéfice de l'APA à de nouveaux besoins | Des modifications plus profondes du dispositif

##### a. Prévenir les risques d'épuisement des aidants

**Problème à résoudre |** Les proches aidants tiennent un rôle indispensable dans la prise en charge des personnes âgées ayant besoin d'aide pour l'autonomie lorsqu'elles résident à domicile, notamment pour la coordination de l'ensemble des interventions professionnelles autour de la personne accompagnée. Ce rôle est difficile à tenir : les situations de fatigue, voire d'épuisement et de détresse ne sont pas rares, et peuvent alors avoir des retentissements très graves pour la personne accompagnée (placements en urgence de la personne en institution, parfois inadaptés car souvent mal préparés, formes de maltraitements...) ou pour le proche aidant (dégradation de l'état de santé ou de l'autonomie). Pourtant, les caractéristiques de l'aidance sont encore mal connues et en particulier son intensité n'est pas repérée, ce qui réduit la capacité de repérage et de prévention des risques induits par l'aidance.

**Orientation |** Sécuriser les accompagnements et prévenir les risques associés à l'aidance.



La [Stratégie aidants 2023-2027](#) annoncée en octobre 2023 consacre l'un de ses trois axes prioritaires à la l'accès des aidants à leurs droits et affirme le rôle primordial du service public de l'autonomie pour ces acteurs de l'aide informelle : « Pour prévenir l'isolement des aidants et faciliter leur accès aux ressources et soutiens dont ils ont besoin, un plan de repérage massif des aidants sera déployé notamment grâce à la mobilisation des acteurs du secteur et à la formation des professionnels de santé et du médico-social. Une campagne de communication grand public permettra de sensibiliser la population française au quotidien d'un aidant et de diffuser les dispositifs et droits disponibles. Les aidants deviendront bénéficiaires à part entière du service public départemental de l'autonomie (SPDA) dans le cadre duquel ils trouveront un interlocuteur unique dans chaque département. »

Elle prévoit également des actions de repérage et de prévention, spécifiquement pour les aidants eux-mêmes âgés : « Pour les aidants âgés, leur repérage sera facilité par des dispositifs de prévention et de soins pour les personnes âgées (programme Icope, bilan de prévention de l'assurance maladie et des caisses de retraite, etc.) ».

D'autres mesures pourraient venir renforcer et accompagner ces actions, dans un contexte où les besoins de soutien à l'aide vont significativement augmenter alors qu'ils sont aujourd'hui encore insuffisamment pris en compte et couverts.

► **Piste 1** : Mise en place d'une mesure / description précise de l'intensité de l'aide pour objectiver et valoriser l'activité des proches aidants

Comme le soulignait le Conseil de l'âge dès son premier rapport, en 2017, il apparaît nécessaire de « Mener une étude fine sur la prise en compte de l'aide informelle dans la notification des plans d'aide ». La connaissance des modalités d'implication des proches aidants et, au-delà, l'enregistrement de ces informations dans les dossiers individuels pourraient permettre d'objectiver et de valoriser l'activité des proches aidants. **La mesure de l'intensité de l'aide et la connaissance de la situation individuelle des proches aidants constituent donc des préalables indispensables à la conduite d'actions pertinentes.**



Le coût d'une telle mesure devrait être contenu dans la mesure où l'implication et les besoins des proches aidants sont généralement d'ores et déjà abordés dans le cadre de l'évaluation. Le fait de rendre cette étape obligatoire n'occasionnera pas ou peu de dépenses supplémentaires. Un travail préparatoire sera nécessaire pour définir précisément les informations à collecter. Il devrait pouvoir ne prendre que quelques mois.

- ▶ **Piste 2** : Mise en place de garde-fous pour s'assurer que la sollicitation des aidants, en volume ou s'agissant de certains gestes, ne soit pas contrainte par les plans notifiés

Alors que la réglementation prévoit que la construction des plans d'aide doit refléter la totalité des besoins des personnes évaluées, il apparaît que les plans d'aide sont fréquemment construits en tenant compte de l'aide apportée par les aidants. Le nombre d'heures d'accompagnement professionnel est alors **alloué en complément** des heures assumées dans le cadre de l'aide informelle. Ce conditionnement des plans d'aide notifiés aux ressources familiales mobilisées, semble-t-il variable d'un département à l'autre, peut être analysé au regard du **principe de subsidiarité de l'aide sociale**. En conséquence, le volume d'heures inscrit dans les plans d'aide notifiés s'en trouve minoré par rapport au volume requis pour l'accompagnement de la personne (tous accompagnements confondus). La fonction des proches aidants doit en conséquence être clarifiée : si elle relève de la solidarité familiale, cette fonction est avant tout présente ; dès lors la question n'est pas qu'elle se substitue ou intervienne en complément des professionnels.

 Une communication autour des bonnes pratiques en matière de construction des plans d'aide pourrait permettre d'uniformiser celles-ci. Il pourrait ainsi être rappelé que l'ensemble des besoins de la personne doivent être mesurés, même s'ils trouvent d'ores et déjà une réponse dans le cadre de l'aide informelle. Une telle mesure serait peu coûteuse et globalement aisée à mettre en œuvre dans un cadre inchangé.

D'autres garde-fous peuvent être envisagés : à titre d'exemple, lors des immersions de l'équipe permanente du Conseil, des équipes médicosociales ont fait part de la nécessité de préserver un lien avec les familles, en particulier dans le cas d'un aidant cohabitant et dans les situations où le demandeur et ses proches optent pour un accompagnement largement assumé par les aidants. Pour pouvoir veiller au bon déroulement des accompagnements et prévenir les risques de dégradation de l'état de santé ou d'autonomie de l'aidant comme de l'aidé, il apparaît en effet nécessaire aux professionnels des EMS de disposer d'un volume d'heures mensuel, même très limité, leur permettant de **maintenir une relation régulière** avec la personne âgée vulnérable et ses proches.

 De telles pratiques pourraient être encouragées, éventuellement financées au titre des heures consacrées au lien social<sup>98</sup> avec l'inscription de points d'échange réguliers entre les accompagnants informels et les professionnels du grand âge. Le rythme de ces rencontres serait déterminé par l'EMS, lors de l'élaboration des plans d'aide.

Des réflexions autour de certaines questions éthiques ou déontologiques pourraient être conduites en complément, notamment concernant le caractère adapté ou non de la réalisation de certains gestes relevant de l'intime ou encore une intensité excessive de l'implication, comportant un risque pour l'aidant.

---

<sup>98</sup> La LFSS pour 2023 a instauré, à compter de 2024, des financements complémentaires au titre du lien social, pouvant aller jusqu'à deux heures supplémentaires par semaine



► **Piste 3** : Mise en place d'un dispositif d'alerte et de prévention de l'usure des proches aidants

L'objectivation de l'intensité de l'implication des proches aidants et l'enregistrement de cette information dans les dossiers individuels pourraient permettre d'envisager le déclenchement d'alertes et la conduite d'actions de prévention de l'usure des aidants ; plusieurs outils de repérage de la fragilité ont par exemple été cités par les acteurs dans le cadre des enquêtes conduites en 2023 par le Conseil de l'âge. Une fluidification des échanges entre les professionnels intervenant auprès des personnes, dans le cadre de l'APA, de l'action sociale, ou de toute intervention régulière au domicile et les équipes des départements en charge de la politique d'autonomie apparaît en outre primordiale sur ce point également, de sorte à proposer, dans les meilleurs délais, des réponses adéquates.



Le renforcement des synergies entre les acteurs est d'ores et déjà engagé puisqu'il s'agit de l'un des objectifs principaux du service public de l'autonomie, qui sera déployé progressivement d'ici 2025. Les aidants sont bien inclus parmi les publics cibles de ce SPDA : *« la création du service public départemental de l'autonomie a pour ambition de mettre fin aux silos trop souvent constatés par les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et leurs aidants dans la mise en œuvre effective de leurs droits [...] Concrètement, les acteurs qui le composent partagent la coresponsabilité d'une réponse populationnelle sur quatre blocs d'actions obligatoires, constituant le « socle de missions » du service public départemental de l'autonomie [et notamment] des solutions concrètes pour tous les usagers, grâce à un appui et une coordination des professionnels du social, du médico-social et du sanitaire pour répondre aux besoins des personnes, mêmes les plus complexes [et] La réalisation d'actions de prévention et d'aller vers les personnes les plus vulnérables ».*<sup>99</sup>

La construction d'un système d'information robuste sur l'aidance, incluant des outils de repérage des fragilités ou de la surintensité de l'aide, pourrait probablement être adossée au développement du SI APA, dont la livraison est attendue en 2027. Il paraîtrait opportun de prévoir à cette occasion le déploiement de procédures ou d'outils communs d'alerte et de déclenchement des actions, pour renforcer l'équité de l'offre adressée aux aidants sur le territoire. Une telle mesure pourra conduire à des dépenses supplémentaires lorsque ces procédures conduiront à orienter les aidants vers des prestations qui leur sont dédiées alors qu'ils n'y auraient pas recouru en l'absence de dispositifs ou à augmenter le nombre d'heures d'accompagnement professionnel pour soulager le « fardeau » de l'aidant. Ces dépenses supplémentaires financeraient toutefois des mesures de prévention, susceptibles de limiter les dépenses futures en retardant l'apparition ou le développement de restrictions d'activité, de problèmes de santé ou de souffrances psychologiques chez les aidants, et en atténuant les risques d'aggravation des limitations d'autonomie ou encore de maltraitance, pour la personne aidée.

---

<sup>99</sup> [Service public départemental de l'autonomie | CNSA](#)

► **Piste 4 : Octroi de droits supplémentaires aux aidants, en proportion de leur implication auprès de la personne**

Une meilleure objectivation de l'aide apportée par les proches pourrait également permettre d'octroyer des **droits supplémentaires aux aidants**, éventuellement **ajustables en fonction de l'ampleur de leur implication auprès de la personne** ; par exemple il pourrait être envisagé de prioriser l'accès aux solutions de répit - voire d'établir des démarches d'« aller vers » en proposant systématiquement une solution de répit - selon une fréquence d'autant plus élevée que l'implication du proche aidant est forte (à titre illustratif, une personne consacrant x heures hebdomadaires auprès d'un allocataire de l'APA pourrait bénéficier d'un répit d'une semaine tous les mois et demi, et une personne y consacrant 2\*x heures toutes les 3 semaines).



De telles démarches d'attribution automatique de droits aux aidants permettraient inmanquablement d'améliorer le recours en confortant le principe selon lequel l'aidance peut être délétère pour les aidants et en réaffirmant la reconnaissance du besoin de répit. Elles faciliteraient peut-être l'appropriation de ce droit par les aidants, qui sont encore très nombreux à rencontrer des difficultés pour faire accepter à la personne aidée, ou admettre elles-mêmes, ce besoin de répit. Cette hausse du recours suppose toutefois une offre de répit suffisante sur tout le territoire ce qui n'est pas le cas. A tout le moins, dans ce contexte d'insuffisance de l'offre et de rareté des ressources, un dispositif de priorisation dans l'attribution des aides vers les aidants qui en ont le plus besoin serait source d'efficacité.

► **Piste 5 : La clarification des conditions pour bénéficier de financement de l'aide au répit dans le cadre de l'APA**

Le rapport d'information sur la mise en œuvre de la loi ASV<sup>100</sup> notait, concernant la condition de saturation du plan d'aide posée pour accéder à l'aide au répit « *Les premiers retours d'expérience de la mise en œuvre du droit au répit font de cette condition le principal facteur de non-recours. La désaturation des plans d'aide prive l'accès de nombreux aidants à ce financement sans que cela ne signifie par ailleurs une absence de besoin. Des difficultés techniques concrètes compliquent par ailleurs l'articulation entre le plan d'aide et ce financement, empêchant les départements de mobiliser effectivement cette ressource* ». Il proposait de « *Revenir sur la condition de saturation du plan d'aide pour mobiliser le financement du droit au répit* ».

Le bénéfice de l'aide au répit n'est en réalité pas conditionné au fait de saturer le plan d'aide. La mesure prévoyait au contraire la possibilité d'une majoration de l'APA au titre du répit – dans la limite d'un montant annuel (initialement de 500 €, aujourd'hui de 549 €) et avec l'application d'une participation financière sur cette enveloppe supplémentaire.

---

<sup>100</sup> [Rapport d'information n°438 - 15e législature - Assemblée nationale \(assemblee-nationale.fr\)](https://www.assemblee-nationale.fr/15/rapports/rapport-informations/rapport-informations-438-15e-legislature)



L'aide au répit peut ainsi être déclenchée pour l'ensemble des plans d'aide, saturés ou non, et son montant peut dépasser celui de la majoration de l'APA au titre du répit si l'écart entre le plafond et le plan d'aide le permet, mais il apparaît que les pratiques départementales sont très diversifiées du fait, *a priori*, d'une interprétation différente des textes.



Une clarification des conditions pour bénéficier d'un financement de l'aide au répit, par une communication plus lisible, auprès des professionnels en charge de l'élaboration des plans d'aide comme du public susceptible d'y recourir pourrait être effectuée dans les meilleurs délais. Elle pourrait potentiellement conduire à une augmentation du recours, pour des personnes qui pensaient ne pas y être éligibles.

► **Piste 6 : La refonte des modèles économiques et le développement des solutions de répit (accueil temporaire, relayage...)**

Le « virage domiciliaire » requerra nécessairement une grande implication des proches aidants. Des ajustements de l'accompagnement de ces personnes pourraient favoriser cette implication, et réduire les risques qui y sont associés. Le Conseil de l'âge a déjà formulé maintes recommandations concernant les progrès qui pourraient être réalisés, notamment :

- Dans son rapport de 2017<sup>101</sup> en recommandant la « *transposition de l'indemnisation de l'aidant mise en œuvre dans la PCH aux aidants actifs d'un proche* »
- Dans sa contribution à la concertation « grand âge et autonomie »<sup>102</sup> en suggérant notamment « *une aide à la mise en place du plan personnalisé et dans l'organisation de la vie quotidienne des aidants (avec l'appui de gestionnaires de cas)* »

En ce qui concerne les **solutions de répit** justement, le Conseil de l'âge soulignait, dans son rapport consacré au soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030<sup>103</sup>, la **nécessité de développer fortement l'offre** ;

- « *Soutenir le développement de l'accueil temporaire : Restructurer l'offre globale d'hébergement et optimiser l'offre d'hébergement temporaire existante ; outiller les ARS, les Conseils départementaux pour piloter ces évolutions avec les structures, rendre cette offre plus visible et attrayante sur les territoires et renforcer la communication auprès de tous les professionnels et acteurs sociaux, médicosociaux et sanitaires, et auprès des familles, personnes âgées et aidants, mettre en place des outils de rapprochement de l'offre et de la demande, prévoir des points d'entrée unique d'information* »
- « *Promouvoir l'accueil de nuit, qui répond à une attente forte des proches aidants, notamment de personnes atteintes de maladies neurodégénératives* » ;
- « *Développer de nouveaux métiers autour de l'accompagnement des aidants* »

<sup>101</sup> [chapitre\\_3\\_aidants\\_19122017-2.pdf \(hcfea.fr\)](#)

<sup>102</sup> [avis\\_contribution\\_grand\\_age.pdf \(hcfea.fr\)](#)

<sup>103</sup> [rapport\\_tome\\_2.pdf \(hcfea.fr\)](#)

Face à cette nécessité de remédier à l'insuffisance de l'offre de répit, le Conseil notait le caractère inadapté des modalités de financement de ses différents volets (accueil temporaire, relayage) pour répondre à la fois à l'objectif de viabilité économique des structures médicosociales et de maîtrise des restes-à-charge pour les allocataires.

- « Conduire une réflexion sur le modèle médico-économique de l'hébergement temporaire et la limitation des restes à charge en accueil temporaire » ;
- Le Conseil notait en outre, dans son rapport de 2017 « [le] développement [du relayage] est cependant contraint par la législation relative au temps de travail qui contraint le plus souvent à faire succéder plusieurs relayeurs alors que les acteurs s'accordent sur l'importance de limiter au maximum le nombre de relayeurs pour une même intervention. Le coût pour les familles est variable car « il résulte à la fois de la structure du service qui induit les coûts salariaux mais aussi de la politique de soutien et de subventionnement en faveur de l'aide au répit ». [...] Compte tenu de son coût, il est hautement probable que le relayage ne sera prévu dans les plans d'aide personnalisés que pour des indications limitées »

Dès lors qu'une réflexion est conduite sur les modèles tarifaires applicables aux différentes offres de répit, la question du reste à charge et de l'adéquation du modèle de solvabilisation des allocataires se pose symétriquement. Le fait que l'aide au répit soit incluse dans les plans d'aide conduit à plafonner les montants qui peuvent être mobilisés à ce titre. Dans sa contribution à la concertation « grand âge et autonomie »<sup>104</sup>, le Conseil de l'âge demandait déjà une « amélioration de la prise en compte du répit dans les plans d'aide » (rejoignant ainsi la recommandation qui figure dans le rapport d'information sur la mise en œuvre de la loi ASV (cf. [partie 3.II.B.4](#)).

Il serait opportun de conduire une étude afin d'évaluer dans quelle mesure les restes-à-charge sont soutenables et de vérifier si ce plafonnement global des plans d'aide n'induit pas des effets non souhaités, éventuellement sources d'inégalités, dans l'accès aux prestations de répit selon le profil des allocataires. Des évolutions des modalités de couverture publique de ces dépenses pourront alors s'avérer nécessaires, dont certaines pourraient représenter un coût significatif.



L'ensemble des mesures listées ci-dessus sont susceptibles de représenter un coût significatif et nécessiteront au préalable des travaux préparatoires conséquents, dont la plupart sont d'ores et déjà initiés dans le cadre de la [Stratégie aidants 2023-2027](#) annoncée en octobre 2023, qui prévoit des actions pour renforcer l'offre et l'accès au répit : « Pour faciliter le recours aux solutions de répit, 6 000 places supplémentaires d'accueil temporaire et d'accueil de jour seront créées<sup>105</sup>. La structuration du relayage à domicile et l'offre de séjours de vacances répit seront renforcés ».

---

<sup>104</sup> [avis\\_contribution\\_grand\\_age.pdf \(hcfea.fr\)](#)

<sup>105</sup> Ces 6000 places couvrent le périmètre complet des aidants : aidants d'enfants, d'adultes handicapés ou de personnes âgées présentant des besoins d'aide à l'autonomie



Selon le dossier de presse de la stratégie - Agir pour les aidants -, « pour les personnes âgées, cela permettra d'atteindre 19 000 places au total en accueil de jour et 16 000 places au total en accueil temporaire. Un travail complémentaire sur les freins au recours, par exemple sur les trajets entre le domicile et l'accueil de jour ou temporaire, sera mené en parallèle ».

Ces taux d'équipements seraient *a priori* à même de correspondre à la quantité d'offre de répit nécessaire pour tenir l'engagement de campagne présidentielle « Prendre deux semaines au moins par an pour souffler : deux semaines de répit pour vous faire remplacer à domicile ou faire accompagner temporairement la personne aidée en établissement. » puisque, selon cette mesure, ils correspondent à une capacité d'accueil de 910 000 places auxquelles s'ajouteront les offres de relayage et de répit à domicile lorsque leur modèle sera stabilisé. S'il est probable qu'une part des aidants ne recourra pas à ces dispositifs, leur préférant d'autres solutions, il est aussi tout à fait possible que les besoins de certains aidants dépassent significativement cette durée de deux semaines, confirmant la nécessité d'un recueil fiable des besoins, qui permettra de vérifier que la quantité d'offre est suffisante au niveau national comme au niveau départemental.

Outre la quantité d'offre, ce sont surtout les sujets d'accessibilité financière qui devront être réglés par des réformes susceptibles d'occasionner des dépenses importantes (et non prévues à ce stade dans les trajectoires financières gouvernementales) si elles se donnent l'ambition d'un véritable développement du répit.

## **b. Prendre en compte les besoins d'aide humaine et de surveillance liés aux troubles cognitifs et comportementaux**

**Problème à résoudre** | Aucun des items de la grille AGGIR servant au calcul du GIR ne mesure de façon autonome et explicite le besoin de surveillance et de vigilance, comme il en existe par exemple dans le référentiel d'activité de la PCH, alors qu'ils peuvent être à l'origine d'un besoin significatif d'aide humaine, en particulier dans le cas des personnes atteintes de troubles cognitifs. Des difficultés majeures remontent ainsi en ce qui concerne le maintien à domicile de personnes connaissant un très fort besoin d'accompagnement et qui sont soit isolées, soit aidées par un aidant ou des aidants en fort risque d'épuisement ou de rupture.

C'est notamment le cas de personnes dont la cohérence ou le discernement sont fortement affectés, quand bien même elles sont parfois en capacité physique d'effectuer la plupart des actes de la vie courante. Si les insuffisances du modèle de l'APA à domicile pour les personnes souffrant de troubles cognitifs ou de maladies neurodégénératives étaient connues dès l'origine (cf. [partie 1. II.C.2](#)), l'acuité des difficultés rencontrées par les personnes, leurs proches et les professionnels a été nettement confirmées par les enquêtes menées en 2023 auprès des acteurs du grand âge (cf. [partie 3. I.C.2](#)) comme par les immersions de l'équipe permanente du Conseil, qui a pu constater les effets de la barrière d'âge sur le cas spécifique d'une personne âgée de tout juste 60 ans atteinte de la maladie d'Alzheimer (cf. [partie 2.II.C.2](#)). L'impossibilité, pour ces personnes, de bénéficier de l'APA pour des raisons d'éligibilité ou leur classement en GIR 3 ou 4, plutôt qu'en GIR 1 ou 2, fait qu'ils ne disposent pas d'une présence humaine suffisante, non pour aider ou se substituer

directement à la personne pour accomplir une activité, mais pour assurer une présence sécurisante permettant à la personne de les programmer et de les réaliser. Au fil des années, un décrochage de l'APA par rapport à la PCH a ainsi été constaté en ce qui concerne la prise en compte du besoin de présence humaine, exposant les personnes à un double risque :

- La sur-dépendance à un ou des aidants, qui vont s'épuiser très rapidement et mettre leur propre intégrité en danger
- Une orientation et une entrée non souhaitée en établissement, faute de pouvoir séjourner à domicile dans des conditions décentes ou sécurisantes.

Dans le cas des maladies d'Alzheimer et syndromes apparentés, les **besoins de surveillance** sont très élevés. Le plafonnement des plans d'aide APA empêche de proposer un volume d'heures d'accompagnement humain adéquat pour ces situations.

**Orientation I** Apporter des aides supplémentaires pour les personnes de plus de 60 ans dont le besoin d'aides humaines et de surveillance, notamment au titre d'un trouble cognitif, est important et similaire à celui d'une personne handicapée souffrant de troubles psychiques

Ces difficultés, placées dans les perspectives de l'accélération du vieillissement démographique et du « virage domiciliaire » pourraient conduire à proposer un **droit d'option, au-delà de la barrière d'âge de 60 ans, entre l'APA et la PCH** ou encore à envisager la **création d'un volet APA dédié à la surveillance** et hors plafond.

- ▶ **Piste 1** : Ajout d'un volet "stimulation, vigilance, surveillance" hors plafond pour les personnes souffrant de troubles cognitifs ou du comportement

Un volet spécifique dédié à la surveillance permettrait la prescription d'un nombre d'heures suffisant pour ces cas particuliers, dès lors qu'elles ne seraient pas concernées par le plafonnement du plan d'aide



La création de ce nouveau volet nécessiterait au préalable un travail préparatoire. Elle pourrait représenter un coût conséquent, dans la mesure où ce volet financerait des volumes d'heures importants. A titre d'exemple, lors des immersions conduites par l'équipe du Conseil de l'âge auprès des acteurs du grand âge, il a été possible d'assister à des évaluations de demande d'APA. Dans ce cadre, une situation d'une personne qui avait sollicité la PCH à 59 ans dans le cadre d'un syndrome Alzheimer précoce, et avait, dans l'attente de la réponse atteint 60 ans et sollicité l'APA en parallèle a été observée. Le plan d'aide APA correspondant à l'évaluation des besoins de cette personne prévoyait 67 heures mensuelles d'accompagnement humain. Le plan d'aide établi dans le cadre de la demande de PCH, parvenu à l'allocataire quelques semaines plus tard, prévoyait quant à lui 104 heures au titre de l'aide humaine et 121 heures au titre du volet « surveillance » de la PCH. Ainsi compte tenu du nombre élevé de personnes qui seraient potentiellement éligibles à ce volet spécifique (près d'une personne âgée de 60 ans ou plus sur 6 serait affectée de troubles cognitifs selon l'OMS) et du volume d'heure important à prévoir au titre du volet surveillance (de l'ordre de 100 à 150 heures par mois selon l'exemple ci-dessus), une telle mesure pourrait représenter un coût important .



► **Piste 2** : Instauration d'un droit d'option APA/PCH pour cette population cible pour les personnes souffrant de troubles cognitifs ou du comportement

Ce droit d'option pourrait éventuellement être mis en place tout en assurant le suivi de la personne par le service du CD en charge des personnes âgées (ouverture dérogatoire qui pourrait être décidée par le président du conseil départemental sur avis conjoint de la MDPH et du service APA)



L'instauration d'un tel droit d'option pourrait, elle-aussi, représenter un coût significatif, dans la mesure où un nombre conséquent de personnes, parmi les actuels bénéficiaires de l'APA (ou parmi des personnes actuellement non recourantes voire inéligibles), pourraient solliciter la PCH et bénéficier alors de volume d'aides humaines nettement supérieurs, en bénéficiant en outre de l'absence de reste à charge légal (à l'instar de la PCH).

### c. Soutenir l'accès aux aides techniques ou aux adaptations du logement

**Problème à résoudre** | Les situations dans lesquelles le plafonnement des plans d'aide APA impose un arbitrage entre l'accompagnement humain et les aides techniques ou les aménagements du logement, qui peuvent conduire à des dépenses ponctuelles coûteuses, ne sont pas rares. L'équipement technique ou les aménagements du logement sont pourtant susceptibles de réduire les besoins en heures d'aide humaine. Compte tenu des pénuries importantes en termes de ressources humaines dans le secteur médicosocial, il apparaît nécessaire de lever les contraintes en termes d'accès aux aides techniques ou aux adaptations du logement afin de renforcer l'efficacité globale de l'allocation des moyens.

**Le faible recours aux aides autres qu'humaines est dommageable en termes de prévention, d'accès aux aides, et de qualité de vie des aidants et des professionnels.**

Les immersions et les enquêtes auprès des acteurs du grand âge, conduites en 2023 par l'équipe permanente du Conseil de l'âge, ont confirmé l'existence d'un arbitrage, imposé par le plafonnement des plans d'aide (cf. [partie 2.II.B.2](#)), entre l'accompagnement humain et les aides techniques ou les aménagements du logement, pouvant conduire à des dépenses ponctuelles coûteuses.

**Orientation I** Aménager le modèle tarifaire de l'APA afin de supprimer cet arbitrage contraint entre accompagnement humain et autres catégories d'aide

► **Piste** : Le lissage des dépenses d'aides techniques et d'adaptation du logement sur plusieurs années

Certains départements lissent déjà ces dépenses spécifiques sur plusieurs années, permettant de contourner cette problématique. De telles pratiques pourraient être encouragées dès lors qu'elles permettent aux allocataires de l'APA d'accéder aux dispositifs répondant à leurs besoins sans pour autant devoir renoncer aux heures d'accompagnement humain que leur situation nécessite.

D'autres options pourraient être envisagées, en particulier la création de compartiments autonomes pour le financement des aides techniques, des adaptations du logement ou des dispositifs de répit ou destinés aux aidants, voir *infra*.

Ces actions viendraient compléter celles favorisant la levée des freins aux recours, telles que l'information des personnes et des professionnels ou le développement de l'accompagnement humain pour l'utilisation de ces aides.

Plusieurs mesures visant à soutenir le recours aux aides techniques ou à l'aménagement du logement ont par ailleurs été suggérées au fil des travaux du Conseil de l'âge depuis son installation et en particulier dans son rapport consacré au soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030<sup>106</sup> :

- « **Sensibiliser à une représentation plus positive de la vieillesse pour lever les freins psychologiques au recours aux aides techniques** »
- « **Prévoir un accompagnement humain des personnes âgées tant pour le choix de l'équipement que pour l'utilisation des aides** ». Les enquêtes du Conseil de l'âge ont montré que certaines EMS intègrent d'ores et déjà des **ergothérapeutes**, ou que d'autres ont mis en place des partenariats pour généraliser l'intervention de ces professionnels. Les ergothérapeutes tiennent en effet un rôle important en termes de proposition d'aides techniques ou d'adaptations du lieu de vie, ainsi que dans l'accompagnement des personnes pour l'usage des dispositifs. Les enquêtes conduites en 2023 ont toutefois fait apparaître, pour les autres EMS le besoin, formulé par plusieurs répondants, d'impliquer des ergothérapeutes dans l'évaluation des besoins des personnes.
- « **Mettre en place une régulation du rapport qualité / prix des offres de technologie pour apporter une garantie d'accessibilité financière** »

Les travaux de comparaison internationale conduits par le conseil de l'âge en [2019](#) et [2023](#) ont en outre révélé l'existence d'initiative intéressantes de location ou de prêt permettant le réemploi des aides techniques pour en diminuer le coût. De telles initiatives se développent actuellement en France et pourraient être encouragées.



Le fait que le plafonnement global des plans d'aide APA représente un frein à la diffusion des aides techniques et des solutions d'adaptation du logement est désormais bien documenté, appelant ainsi une action rapide. Une mesure de lissage – ou même une mesure prévoyant la création de plusieurs compartiments dans le barème de l'APA actuelle – pourrait être mise en œuvre rapidement, sous réserve de la capacité des services départementaux à adapter leurs systèmes d'information. Ce développement de l'utilisation des aides techniques et des solutions d'adaptation du logement représentera probablement un coût important, mais devrait se traduire par un état de santé et d'autonomie des personnes âgées durablement amélioré (et contribuer ainsi à la réduction des dépenses globales au titre du grand âge).

---

<sup>106</sup> [rapport\\_tome\\_2.pdf \(hcfea.fr\)](#)



## 5. Une APA refondée

- **Piste 1** : Une nouvelle prestation autonomie pourrait être mise en place, via un rapprochement de l'APA vers la PCH

La combinaison des différentes modifications profondes envisagées dans les sections précédentes conduit à envisager une nouvelle prestation dont la logique serait très voisine de celle de la PCH dans la définition du périmètre des besoins à couvrir par la solidarité collective et qui ne s'en distinguerait au fond que par une règle de partage du coût héritée de l'APA, qui pourrait éventuellement se justifier par la possibilité qu'ont eu les personnes âgées de 60 ans ou plus de garantir ou d'accumuler des ressources avant la survenue des limitations fonctionnelles.

En effet, cette refonte globale pourrait reposer sur la suppression des quatre plafonds légaux, et ce faisant, sur l'abandon de l'outil AGGIR, le classement en GIR n'étant plus nécessaire et la règle d'éligibilité pouvant être construite de manière plus simple et transparente. Un niveau minimum d'aide pourrait être garanti sur l'ensemble du territoire par souci d'équité interdépartementale. Une autre option serait de fixer un plafond unique, déclinable soit au niveau individuel, soit en moyenne par département (laissant ainsi la possibilité aux départements de gérer la variabilité des situations individuelles en domicile ordinaire). L'élaboration des plans d'aide confiée aux équipes médicosociales dans un tel contexte, redonnerait un vrai rôle à des professionnels sociaux aujourd'hui entravés par une procédure rigide et peu lisible. L'harmonisation des pratiques passerait alors par l'utilisation d'un même outil d'évaluation multidimensionnelle, essentiellement heuristique.

Le rapprochement avec la PCH pourrait aussi concerner les dépenses éligibles à la solidarité collective et ces évolutions pourraient être mises en place par une refonte globale de l'APA, avec la création de compartiments, pouvant être mobilisés simultanément le cas échéant, et ne dépendant pas du respect strict d'un plafond global pour être pleinement actifs.

Ainsi, dès son rapport de 2018, le Conseil de l'âge recommandait de « *Etudier l'opportunité d'individualiser dans les plans d'aide APA les aides techniques comme c'est le cas dans la prestation de compensation du handicap (PCH)* ». Il a à nouveau souligné la nécessité de repenser le modèle de l'APA pour soutenir le développement des aides autres que les interventions humaines dans son rapport de 2020 : [...] *Le progrès attendu d'une augmentation du volume des plans d'aide implique une meilleure prise en compte et intégration des aides techniques et d'aménagement du logement, ainsi qu'une plus grande attention et un soutien financier renforcé aux aidants* ». D'autres rapports récents, et notamment celui de la [concertation grand âge et autonomie](#), préconisent une refonte du modèle de l'APA. La proposition n°121 de ce rapport s'intitule ainsi « *Créer une nouvelle « prestation autonomie »<sup>107</sup> distinguant trois volets à domicile: aides humaines, aides techniques, répit et accueil temporaire* » et propose de créer, en remplacement de l'APA, une nouvelle « prestation autonomie », sur le modèle de la prestation de compensation du handicap (PCH), distinguant trois « volets » à domicile : aides humaines, aides techniques, répit et

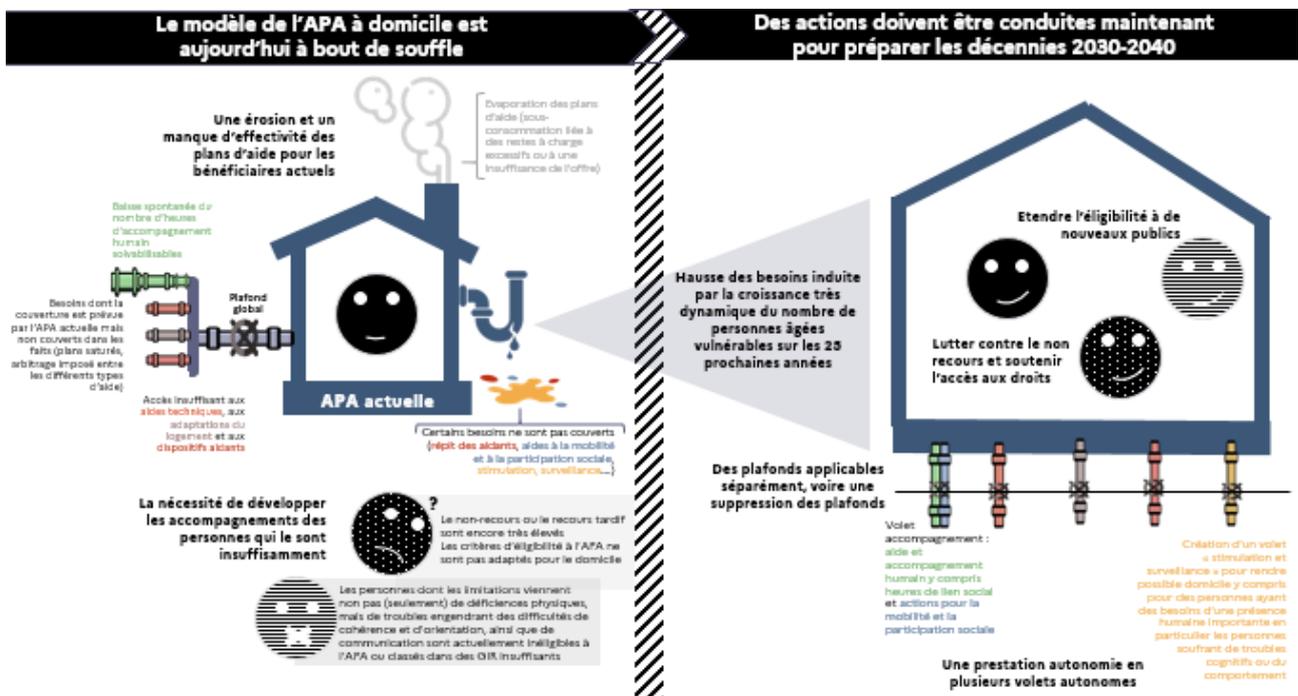
---

<sup>107</sup> Cette voie de réforme s'appuie sur les propositions de l'atelier n°2 « [Panier de biens et services et reste à charge](#) » de la concertation Grand Âge. Elle est développée dans le document de synthèse des travaux.

accueil temporaire. « Chaque volet ferait l'objet d'un plafond spécifique (exprimé sur des durées différentes), à l'image de la PCH [...]. Les aides à l'aménagement du logement seraient par ailleurs sorties du périmètre de la prestation [...]. Le service d'évaluation de la « prestation autonomie » resterait toutefois multidimensionnel et chargé d'évaluer le besoin, de conseiller et d'orienter le cas échéant la personne ou son entourage ».

Enfin, la prise en compte des aidants pourrait elle aussi être repensée, en clarifiant en premier lieu la doctrine de mise en œuvre ou non du principe de subsidiarité dans la notification des volumes horaires prévus par les plans d'aide. D'autre part, parce que la reconnaissance des aidants s'est progressivement construite à l'intérieur de dispositifs sociaux segmentés selon l'âge de la personne aidés (AEEH, PCH et APA principalement), les aidants ne jouissent pas des mêmes droits sociaux selon l'âge de la personne aidée. Une réflexion sur l'opportunité de reconsidérer cette segmentation pourrait alors sembler utile.

Figure 20 | De l'APA vers une nouvelle prestation pour l'autonomie



Source : SG HCFEA

Ces propositions, toutes ambitieuses qu'elles soient, ne permettrait pas de neutraliser les effets de la barrière d'âge à 60 ans. Une évolution plus profonde consisterait à concevoir une prestation unique et universelle d'autonomie. Cette prestation serait accessible aux personnes connaissant des déficiences ou des troubles quels qu'en soient la cause et l'âge. En termes à la fois de principes, d'équité, de lutte contre l'âgisme une telle évolution constituerait un progrès considérable. Il n'appartient toutefois pas au seul Conseil de l'Âge de se prononcer pour une fusion APA / PCH dans une aide unique et universelle à l'autonomie « quel que soit l'âge ». Ce sujet relève également de la compétence du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) et du conseil de la CNSA, avec



lesquels le Conseil de l'Âge entretient des liens d'échanges, qu'il est prêt à poursuivre le cas échéant. Dans tous les cas, une telle réforme serait à envisager à la fois à l'aune des nombreuses questions communes aux champs (principe d'autodétermination, besoin d'aides humaines et techniques, rôle et soutien nécessaire des aidants, développement d'une offre de lieux de vie intermédiaires, promotion de la citoyenneté et de la participation sociale), mais aussi des problématiques différentes entre les secteurs de l'âge et du handicap s'agissant à la fois des projets de vie, des dispositifs et des acteurs.

## Table des illustrations

---

Tableau 1   Les 17 activités de la grille AGGIR .....	8
Tableau 2   Plafonds applicables à l'APA (barèmes au 1er janvier 2023) .....	11
Tableau 3   Mesure de la charge en soins dans les deux échantillons mobilisés pour la construction de la grille initiale .....	17
Tableau 4   Plans d'aide garanti proposés dans le rapport Sueur de mai 2000 et traduction en heures d'intervention sous l'hypothèse d'un recours à l'aide humaine uniquement .....	22
Tableau 5   Part des plans d'aide mobilisés en moyenne selon le GIR, et équivalent-heures mensuelles moyen qui en résulte sous l'hypothèse d'un recours à l'aide humaine uniquement .....	24
Tableau 6   Comparaison des charges en soins par groupe selon différentes sources .....	26
Tableau 7   Détermination des plafonds APA en proportion de la MTP au moment de sa mise en œuvre en 2002 .....	27
Tableau 8   Montant des plafonds APA en proportion de la MTP suite à la Loi ASV .....	28
Tableau 9   Montant des plafonds APA en proportion de la MTP suite à la LFSS 2022 .....	29
Tableau 10   Montant des plafonds 2023 et nombre d'heures finançable (pour un SAAD pratiquant le tarif plancher et sous l'hypothèse d'un recours à l'aide humaine uniquement) .....	30
Tableau 13   Probabilité d'avoir une restriction lourde (B) ou absolue (C) dans une activité (en ligne) conditionnellement au fait d'avoir une restriction lourde (B) ou absolue (C) dans une activité (en colonne), chez les 75 ans et plus* .....	34
Tableau 14   Nombre de configurations de restrictions d'activité (RA) possibles et effectivement observées dans les enquêtes RI APA (2017) et CARE-M (2015) .....	35
Tableau 11   Répartition des allocataires de l'APA à domicile de 75 ans ou plus selon la cotation aux items 3   Toilette et 4 Habillage .....	40
Tableau 12   Nombre moyen de RA (en B ou C) parmi les personnes de 75 ans et plus, selon le type de RA .....	41
Tableau 17   Synthèse - Proportion d'individus dont l'éligibilité à l'APA est sensible la cotation d'un axe .....	44
Tableau 16   Proportions d'individus pour lesquelles l'éligibilité à l'APA est sensible la cotation d'un axe, toutes choses égales par ailleurs .....	45
Tableau 18   Principales caractéristiques des différents outils d'évaluation .....	76
Tableau 19   Comparaison des outils selon les dimensions couvertes .....	77
Tableau 25   Incidence estimée d'une simplification des critères d'éligibilité à l'APA dans le cas d'évolution ne réduisant pas le nombre de personnes éligibles .....	90
Tableau 21   Synthèse : profil des personnes nouvellement éligibles à l'APA en cas de mise en œuvre des alternatives n°1, n°2 et n°3 autour des 8 variables AGGIR .....	112
Tableau 22   Correspondance entre les questions posées aux enquêtés dans l'enquête CARE-M et item de la grille AGGIR mesuré par chacune des questions .....	113
Tableau 23   Estimation de la cotation aux items de la grille AGGIR n'entrant actuellement pas dans le calcul du GIR – Population des personnes âgées de 75 ans et plus vivant en logement ordinaire .....	115
Tableau 23   Effet estimé de l'inclusion d'un nouvel item dans la liste de ceux permettant de déterminer l'éligibilité d'un individu à l'APA sur le nombre de nouveaux allocataires .....	118
Tableau 24   Impact financier estimé de l'inclusion d'un nouvel item dans la liste de ceux permettant de déterminer l'éligibilité d'un individu à l'APA .....	119



Encadré 1   Les dépenses couvertes par l'APA .....	7
Encadré 2   Illustration des modalités d'application de la grille AGGIR – exemple de cotation de la dimension « transferts ».....	9
Encadré 3   Compléments transmis en mai 2023 par le Sénateur Sueur en réponse aux questions du SG HCFEA concernant le rapport de 2000 .....	23
Encadré 4   Données mobilisées .....	31
Encadré 5   Alertes remontant des professionnels ou des associations intervenant auprès de personnes souffrant de troubles cognitifs quant à l'inadaptation de la grille AGGIR pour ce public.....	42
Encadré 6   Lecture des graphiques illustrant les effets de la cotation des axes sur le classement en GIR – exemple appliqué sur l'activité 1   Cohérence .....	47
Encadré 7   Enseignement des enquêtes conduites par le Conseil de l'âge en 2023 auprès des EMS et des SAAD concernant le modèle tarifaire de l'APA.....	51
Encadré 8   Près de 7 CCAS/CIAS sur 10 indiquent fournir des aides sociales ou des aides à l'autonomie extralégale (enquête 2023 du Conseil de l'âge du HCFEA).....	54
Encadré 9   Enseignements de l'enquête conduite en 2023 par le Conseil de l'âge à propos des pratiques des EMS concernant l'évaluation et la prescription d'aides techniques ou d'aide à l'accueil temporaire dans les plans APA.....	57
Encadré 10   Les allocataires de l'APA à domicile âgés de moins de 75 ans.....	63
Encadré 11   Illustration de la perte de chances induites par la barrière d'âge dans le cas d'un Alzheimer sévère.....	65
Encadré 12   Précision de périmètre.....	69
Encadré 13   Article L232-6 du CASF.....	71
Encadré 14   La démarche PARI du RSI, pour un repérage du risque de fragilité à partir des données administratives .....	73
Encadré 15   Démarches conduites dans le champ du handicap .....	75
Encadré 16   Rubrique « identification de l'organisme compétent » de la demande unique d'aides à l'autonomie à domicile pour les personnes âgées .....	85
Encadré 17   Le service public départemental de l'autonomie .....	86
Encadré 25   Les indicateurs de l'observatoire interrégime des situations de fragilité.....	93
Encadré 18   Recommandation du Conseil de l'âge quant à l'indexation des paramètres de l'APA ..	96
Encadré 19   La revalorisation du tarif plancher pourrait également être ajustée.....	96
Encadré 20   Considérations autour des modèles tarifaires applicables aux offreurs .....	100
Encadré 21   Modalités d'accès à l'aide humaine de la PCH .....	110
Encadré 22   Hypothèses sous-jacentes à l'évaluation du nombre de nouveaux allocataires de l'APA en cas d'intégration de nouveaux items de RA dans le calcul du GIR .....	116
Encadré 23   Hypothèses retenues pour les estimations d'impact financier des différentes pistes d'ajustement étudiées .....	120
Graphique 1   Comparaison du taux de couverture des dépenses d'intervention humaine dans le modèle préconisé par le rapport Sueur de 2000 et dans celui retenu par la loi .....	25
Graphique 2   Comparaison des équivalents-heures mensuels finançables par les plafonds APA à l'origine et aujourd'hui .....	30
Graphique 5   Ventilation des configurations de restrictions d'activité théoriquement possibles selon le GIR .....	34
Graphique 6   Nombre moyen de restrictions d'activité (B = lourdes ; C = absolues) par GIR .....	38
Graphique 3   Proportion d'individus présentant des restrictions d'activités lourdes (B) ou absolues (C) pour chacune des huit activités entrant dans le calcul du GIR.....	39

Graphique 4   Proportion d'individus présentant des restrictions d'activités lourdes (B) ou absolues (C) pour chacune des huit activités entrant dans le calcul du GIR .....	41
Graphique 7   Synthèse - Proportion d'individus dont l'éligibilité à l'APA est sensible la cotation d'un axe.....	48
Graphique 8   Part des allocataires sous-consommant leur plan d'aide selon le GIR (%) .....	49
Graphique 9   Enseignements de l'enquête conduite auprès des SAAD concernant les tarifs appliqués .....	52
Graphique 10   Part de plans d'aide incluant l'une des composantes des aides techniques ou des aides à l'accueil temporaire, par GIR, en 2017 .....	54
Graphique 11   Part de plans d'aide incluant des aides techniques, par composantes de l'aide technique et par GIR, en 2017.....	55
Graphique 12   Part de plans d'aide incluant des aides à l'accueil temporaire, par composantes des aides à l'accueil temporaire et par GIR, en 2017 .....	56
Graphique 13   Part de plans d'aide incluant des aides autres qu'humaine .....	60
Graphique 14   Répartition des EMS répondantes selon leur usage de la grille AGGIR.....	80
Graphique 15   Outils mobilisés par les EMS pour l'évaluation des besoins en termes d'aides techniques ou d'aménagement du logement ou pour les aidants.....	81
Graphique 16   Comparaison du profil des nouveaux entrants (alternative n°1) à celui des allocataires actuels de l'APA : cotations des différentes activités.....	106
Graphique 17   Comparaison du profil des nouveaux entrants (alternative n°2) à celui des allocataires actuels de l'APA : cotations des différentes activités.....	107
Graphique 17   Comparaison du profil des nouveaux entrants (alternative n°2 bis) à celui des allocataires actuels de l'APA : cotations des différentes activités .....	109
Graphique 18   Comparaison du profil des nouveaux entrants (alternative n°3) à celui des allocataires actuels de l'APA : cotations des différentes activités.....	111
Graphique 19   Fraction d'individus présentant des limitations pour 8 activités n'entrant pas dans le calcul du GIR actuellement, parmi les personnes éligibles ou non éligibles à l'APA selon les règles en vigueur.....	114
Figure 1   L'évaluation en deux temps pour la cotation des activités de la grille AGGIR .....	9
Figure 2   De l'évaluation AGGIR au classement dans les 6 GIR .....	10
Figure 3   Les 8 activités évaluées pour définir le GIR.....	10
Figure 4   Les caractéristiques des 6 GIR telles que décrites dans le CASF.....	11
Figure 5   Les propositions et projets de loi successifs envisageant une prestation pour les personnes âgées vulnérables .....	13
Figure 6   Passage du GERONTE aux 10 variables discriminantes de la grille AGGIR.....	16
Figure 7   Comparaison des groupages .....	18
Figure 8   Présentation de la mesure de revalorisation de l'APA dans le dossier de presse de la Loi ASV .....	29
Figure 9   Activités mobilisées pour le classement dans un GIR donné .....	33
Figure 19   Conditions d'éligibilité simplifiées à l'APA selon la grille AGGIR .....	37
Figure 10   Tableau récapitulatif des principales dimensions qui permettent de distinguer les outils d'évaluation étudiés .....	69
Figure 11   Le syndrome de fragilité .....	72
Figure 12   Outils cités par les EMS pour la mesure des besoins des aidants et pour l'évaluation du risque de fragilité .....	82



Figure 13 | Les attentes des EMS pour une évaluation mieux adaptée des besoins des personnes âgées et de leur entourage..... **83**

Figure 14 | Les arguments en faveur d’une refonte des critères d’éligibilité à l’APA ..... **104**

Figure 15 | Eligibilité à l’APA selon l’alternative n°1 ..... **105**

Figure 16 | Eligibilité à l’APA selon l’alternative n°2..... **106**

Figure 17 | Eligibilité à l’APA selon l’alternative n°2 bis..... **108**

Figure 17 | Eligibilité à l’APA selon l’alternative n°3..... **109**

Figure 18 | De l’APA vers une nouvelle prestation pour l’autonomie ..... **133**

## Liste des sigles et acronymes

<p><b>ACFP</b>   Allocation compensatrice pour frais professionnels</p> <p><b>ACTP</b>   Allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne</p> <p><b>AGGIR</b>   Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources</p> <p><b>APA</b>   Aide personnalisée à l'autonomie,</p> <p><b>ASV</b>   Adaptation de la société au vieillissement (Loi)</p> <p><b>CARE</b>   Capacités, aides et ressources des séniors (enquête)</p> <p><b>CASF</b>   Code de l'action sociale et des familles</p> <p><b>CCAS</b>   Centre communal d'action sociale</p> <p><b>CIAS</b>   Centre intercommunal d'action sociale</p> <p><b>CIF</b>   Classification internationale du fonctionnement</p> <p><b>CIM</b>   Classification internationale des maladies</p> <p><b>CNSA</b>   Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie</p> <p><b>DAC</b>   Dispositif d'appui à la coordination</p> <p><b>DGCS</b>   Direction générale de la cohésion sociale</p> <p><b>DREES</b>   Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques</p> <p><b>EHPAD</b>   Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes</p> <p><b>EMS</b>   Equipes médicosociales des départements (en charge de l'évaluation APA)</p> <p><b>ESMS</b>   Etablissements et services médicosociaux</p> <p><b>GEVA</b>   Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée,</p> <p><b>GHM</b>   Groupe homogène de malades</p> <p><b>GIR</b>   Groupe iso-ressources</p> <p><b>IGAS</b>   Inspection générale des affaires sociales</p> <p><b>LFSS</b>   Loi de financement de la sécurité sociale</p> <p><b>MAMA</b>   Maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées</p> <p><b>MASA</b>   Maladie d'Alzheimer ou syndrome apparenté</p> <p><b>MDPH</b>   Maisons départementales pour les personnes handicapées</p> <p><b>MDS</b>   Minimum Data Set</p> <p><b>MTP</b>   Majoration pour tierce personne</p> <p><b>PAQUID</b>   Personnes âgées Quid (cohorte)</p> <p><b>PARI</b>   Programme d'Actions pour une Retraite Indépendante</p> <p><b>PASA</b>   Pôles d'activités et de soins adaptés</p> <p><b>PCH</b>   Prestation de compensation du handicap</p> <p><b>PED</b>   Prestation expérimentale dépendance</p> <p><b>PGI</b>   Pôle de Gérontologie Interrégional</p>	<p><b>PMSI</b>   Programme de médicalisation des systèmes d'information</p> <p><b>PSD</b>   Prestation spécifique de dépendance</p> <p><b>RA</b>   Restrictions d'activité</p> <p><b>RAI</b>   Resident Assessment Instrument</p> <p><b>REMD</b>   Référentiel d'évaluation multidimensionnelle</p> <p><b>RI</b>   Remontées individuelles des allocataires de l'APA (enquête)</p> <p><b>SAAD</b>   Services d'aide et d'accompagnement à domicile</p> <p><b>SERAFIN-PH</b>   services et établissements - réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées</p> <p><b>SG HCFEA</b>   Secrétariat général du Haut conseil à la famille, à l'enfance et à l'âge</p> <p><b>SHARE</b>   Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe</p> <p><b>SIREVA</b>   Support interrégimes d'évaluation des besoins</p> <p><b>SMAF</b>   Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle</p> <p><b>UCC</b>   Unités cognitivo-comportementales</p> <p><b>UHR</b>   Unités d'hébergement renforcé</p> <p><b>UVA</b>   Unités de vie Alzheimer</p>
---	---



Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bienveillance, dans une approche intergénérationnelle.

## RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DU HCFEA :

[www.hcfea.fr](http://www.hcfea.fr)



Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie ([www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr))

Adresse : 78-84 rue Olivier de Serres, Tour Olivier de Serres, 75015 PARIS

Adresse postale : 78-84 rue Olivier de Serres, Tour Olivier de Serres, CS 59234, 75739 PARIS cedex

