



CONTRIBUTION DU CONSEIL DE L'AGE A LA CONCERTATION « GRAND AGE ET AUTONOMIE »

NOTE 2 : DIVERSITE DU SOUTIEN APORTE AUX PERSONNES HANDICAPEES AU SENS DE L'ARTICLE L.114 DU CASF

Adoptée lors de la séance du 6 décembre 2018

L'article L.114 du code de l'action sociale et des familles retient l'acception large du concept de handicap issue de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : « *constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

« Le handicap est donc constitué par l'interaction entre une altération anatomique ou fonctionnelle et les difficultés qui en résultent dans la vie quotidienne et sociale de la personne, avec un environnement qui peut se comporter comme un obstacle ou un facilitateur à la participation de la personne à sa vie réelle. Les altérations psychiques et les troubles de santé invalidants sont par ailleurs expressément reconnus par cette définition du handicap »¹.

Les populations couvertes par ce concept sont les rentiers AT/MP, les invalides, les personnes handicapées au sens « usuel » du terme, les personnes âgées en perte d'autonomie.

A) La situation actuelle

1) Deux modalités de prise en compte des besoins d'aide

a) Dans la première, on attribue une prestation en espèces fixée dans un barème réglementaire.

C'est le cas :

- de la prestation complémentaire en cas de rente AT/MP dont les trois montants, forfaitaires, varient avec le nombre d'actes de la vie courante que le rentier ne peut exécuter seul ;
- de la prestation complémentaire pour recours à l'assistance d'une tierce personne qui est versée aux titulaires d'une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie. Son montant fixe est de 1 119€/mois.

Dans les deux cas, le pensionné a le libre usage de la prestation en espèces.

La variabilité de la prestation est limitée aux éventuelles différences dans la détermination du taux d'incapacité.

b) Dans la seconde, les équipes d'instruction définissent avec l'intéressé un plan de soutien « en nature ».

Ce plan est fixé (dans la limite de plafonds) de façon personnalisée en fonction des besoins et du contexte dans lequel vit l'allocataire.

¹ Rapport IGAS sur la PCH. 2016 : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-046R_tome_1_.pdf;
http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-046R_tome_2.pdf

C'est le cas :

- des personnes handicapées (au sens de la PCH) avec le plan personnalisé de compensation (PPC) ;
- des personnes en perte d'autonomie avec le plan personnalisé d'autonomie (PPA).

Dans cette approche, la personnalisation permet une approche plus précise des besoins. La probabilité d'écarts de pratique selon les territoires est plus forte.

On contrôle si l'allocataire emploie l'aide conformément à sa vocation.

2) Caractéristiques des aides

a) La nature de l'aide

Dans une approche « finaliste », le niveau de l'aide (prestation en espèces ou volume d'interventions de tiers finançable dans le plan personnalisé) est indépendant de l'origine du handicap ou de l'âge auquel il survient. Ce qui compte c'est la matérialité du besoin d'aide.

Dans une approche « causaliste », le niveau de l'aide peut dépendre de l'origine, de l'âge auquel le handicap est survenu et de la durée probable de vie avec le handicap pris en compte.

C'est dans le droit actuel l'approche causaliste qui est retenue, avec une nette séparation entre les personnes « handicapées » au sens usuel du terme et les personnes âgées en perte d'autonomie.

Si on retient l'approche causaliste, le risque dont il convient de définir les éléments se limite aux personnes âgées en perte d'autonomie.

b) Le niveau de l'aide publique

Il est, sur quasiment tous ses éléments, plus élevé pour les personnes handicapées.

c) Le lien entre l'aide et le potentiel financier de l'allocataire ou de ses proches

b1) Les prestations sont universelles (toutes les personnes sont éligibles)

b2) Aide et revenu de l'allocataire

L'aide peut être indépendante du revenu de la personne aidée. Ainsi la majoration pour tierce personne dans les rentes AT/MP et les pensions d'invalidité de 3^{ème} catégorie sont indépendantes du revenu du rentier/pensionné.

Par contre pour la PCH et l'APA, l'allocataire paye sur ses ressources personnelles une partie de l'aide qu'on lui apporte.

Cette participation est marginale dans la PCH et significative dans l'APA.

b3) Aide et patrimoine de l'allocataire.

Pour la PCH et l'APA on tient compte de façon limitée du patrimoine de l'allocataire.

Eléments du patrimoine pris en compte dans le calcul de la participation financière de l'allocataire APA à son plan d'aide

Pour le calcul de la participation financière de l'allocataire APA à son plan d'aide, on ajoute à ses ressources monétaires un revenu forfaitaire au titre de son capital « dormant » (capital « ni exploité ni placé », donc non productif de revenu). Il est fixé à 50% de la valeur locative d'un immeuble d'habitation et 3% de la valeur des capitaux financiers.

Comme le logement occupé par le propriétaire n'est pas retenu dans cette estimation, l'incidence – en volume – de la prise en compte du patrimoine est très limitée. On ne dispose pas d'études sur la portée financière de cette prise en compte.

Nombre d'études ou projets de réforme évoquent l'idée d'intégrer dans la base ressources des prestations sociales un « loyer fictif » ou « imputé » qui aurait pour effet de diminuer la valeur de cette prestation².

b4) Aide et ressources des proches de la personne aidée

Les deux faces de l'obligation alimentaire :

- l'exécution spontanée de leur obligation par les enfants fait l'objet de réductions d'impôt ;
- on peut contraindre les obligés alimentaires à s'acquitter de leur obligation.

C'est notamment le cas dans l'aide sociale à l'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie où les descendants sont tenus de payer une partie des frais avancés par le département au profit d'un allocataire dans le besoin.

Cette contribution doit tenir compte de la situation de fortune des obligés.

Ce régime, tout comme la récupération sur succession, met en œuvre le principe de subsidiarité.

b5) Aide et succession de l'allocataire

L'aide publique est récupérée sur la succession de l'allocataire selon des modalités plus ou moins rigoureuses. C'est notamment le cas :

- dans l'aide sociale à l'hébergement des personnes handicapées (de façon marginale) et en perte d'autonomie ;
- dans l'aide-ménagère à domicile attribuée notamment aux personnes handicapées.

² C'est déjà le cas pour le RSA et le bloc CMUC/ACS

Le principe de subsidiarité

La plupart des prestations sociales sont attribuées sans qu'on en récupère tout ou partie auprès des obligés alimentaires, soit de façon concomitante au versement de la prestation, soit de façon différée lors de la succession.

La tendance historique est à son effacement :

- parmi les prestations légales de sécurité sociale, seul l'octroi de l'allocation de soutien familial est subordonné à l'exercice par l'allocataire de démarches en vue d'obtenir du parent défaillant le paiement de la pension alimentaire due pour ses enfants ;

- dans la sphère de l'aide sociale (*lato sensu*) :

* le minimum vieillesse est récupérable sur succession (mais dans des conditions de plus en plus limitées) ;

* dans le RSA, l'obligation alimentaire en ligne directe prévue par la loi (parents/enfants et enfants/parents) a été « neutralisée » dès la mise en place du RMI. Il semble que les départements ne font qu'un recours très limité à cette obligation ;

* lors de la création de l'APA « à domicile », on a abandonné l'obligation alimentaire qui avait été prévue pour la PSD ;

* c'est dans le domaine de l'aide sociale départementale que le principe de subsidiarité a encore un champ significatif : recours à l'obligation alimentaire et récupération sur succession pour l'ASH (personnes âgées) ; récupération sur succession, dans des conditions très différentes, pour l'aide-ménagère, la PCH et l'ASH en établissement.

* dans les années 2000, des rapports parlementaires ont proposé de réformer l'APA à domicile en instituant un régime optionnel où l'allocataire avait le choix entre le versement à taux plein de la prestation assorti d'un recours sur succession d'une part, le versement de la prestation à taux réduit mais sans récupération.

Le tableau ci-dessous résume la combinaison de ces éléments pour les prestations accordées aux personnes handicapées. Ce tableau est en cours de validation auprès de la DGCS.

	Prise en compte du revenu	Prise en compte du patrimoine	Recours à l'obligation alimentaire	Récupération sur succession
Tierce personne en rente AT/MP	non	non	non	non
Tierce personne en invalidité	non	non	non	non
PCH (domicile)	marginale	limitée	non	non
PCH (établissement)	non	limitée	non	très réduite
APA (domicile)	forte	limitée	non	non
APA (établissement)	Très faible	limitée	oui (ASH)	oui (ASH)
Aide-ménagère du département (allocataires PCH)	oui	non	non	oui

c) La pluralité de ces dispositifs conduit à mettre en œuvre des mesures de coordination

Il s'agit de règles de cumul associé à l'imputation d'un dispositif sur un autre (ainsi la majoration pour tierce personne des rentes AT/MP et pensions d'invalidité est cumulable avec la PCH mais est déduite, le cas échéant, de l'élément 1 de la PCH) et de droits éventuels d'option entre dispositifs.

B) Mise en cohérence des prises en charge pour les personnes handicapées au sens de l'article L 114 ?

La question centrale est de savoir si toutes les personnes souffrant de limitations fonctionnelles au sens de cet article doivent bénéficier du même système d'aides publiques.

Elle est posée de façon récurrente, souvent pour souhaiter un régime uniforme.

Mais dans le droit positif c'est la disparité des statuts qui l'emporte.

1) Trois questions de doctrine

a) Quel périmètre pour le régime unifié ?

Dans l'approche la plus large, le régime unifié couvre l'ensemble des personnes handicapées y compris les bénéficiaires des systèmes AT/MP et invalidité.

Dans une approche plus limitée, on ne couvre que les personnes handicapées (au sens usuel du terme) et les personnes âgées en perte d'autonomie.

Pourquoi renoncer éventuellement à une unification complète ?

Le régime de la tierce personne est le plus avantageux des dispositifs actuels.

La prestation est cumulable avec la PCH (dans ce cas on impute la majoration sur la PCH si celle-ci est plus favorable).

On ne met en jeu ni l'obligation alimentaire ni la récupération sur succession. La prestation a un caractère libératoire et ne donne pas lieu à contrôle de son emploi.

L'alignement de la majoration pour tierce personne sur la PCH ferait des perdants, solliciterait les proches des allocataires ou introduirait de nouvelles contraintes de gestion.

Les effectifs concernés ne sont pas élevés au regard de ceux de la PCH ou de l'APA. On compte 20 000 pensionnés de 3^{ème} catégorie qui bénéficient d'une majoration pour tierce personne. Et 3% des rentiers AT/MP la perçoivent. Il n'y a donc pas d'enjeu budgétaire significatif (chiffres en cours de validation).

On peut par contre unifier les majorations venant en complément d'une pension d'invalidité sur le dispositif utilisé dans les rentes AT/MP.

b) Une aide unique est-elle légitime ?

b1) Historique

S'agissant des personnes handicapées (au sens usuel du terme) et en perte d'autonomie, le système français a évolué.

La loi de 1975 ne prévoit pas de distinction entre les deux populations. Puis on institue une barrière d'âge pour l'accès à la PCH. L'aide aux personnes en perte d'autonomie a un statut autonome avec la PSD, la loi du 2001 venant le consolider.

Mais cette séparation est contestée. La loi du 11 février 2005 prévoit que « dans un délai de cinq ans, les dispositions de la loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge en matière de compensation du handicap...seront supprimées ». Il n'en n'a rien été. La loi du 31 décembre 2015 sur l'adaptation de la société au vieillissement prévoit que « dans un délai de six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet un rapport au Parlement sur l'impact des seuils de soixante et de soixante-quinze ans pour l'attribution de la PCH dans la prise en compte du handicap pour les personnes vieillissantes en situation de handicap ». Le rapport de l'IGAS de novembre 2016³ « apporte sa contribution au rapport prévu par la loi ».

De fait, ce rapport contourne le problème comme indiqué page 3 : « après avoir rappelé les termes du débat sur une éventuelle fusion PCH/APA et sur la création d'un « cinquième risque » de sécurité sociale...la mission a considéré que ce débat était loin d'être scientifiquement clos et qu'il serait critiquable de soutenir que l'unique obstacle à la fusion résiderait dans le coût de la mesure. Devrait au préalable avoir été vidé le débat théorique sur la légitimité même de la fusion, ce qui n'était pas l'objet de la mission ».

Du coup le rapport n'examine le report des limites d'âge que « dans la limite des âges où il y a relativement peu de concurrence entre APA et PCH ».

b2) Les différentes approches

Dans une approche « finaliste » l'unification est normale. Ce qui compte c'est la nature des limitations fonctionnelles qu'il convient de prendre en compte d'une part, la définition et le niveau des aides mises en place d'autre part et, ce, quelle que soit la cause de ces limitations, l'âge de la personne qui les subit ou la date de leur survenance.

Mais on peut aussi considérer, dans une approche « causaliste » que la condition des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs proches est suffisamment différente de celle des personnes handicapées pour justifier que le dispositif d'aide soit différent. Les personnes handicapées (définition usuelle) le sont depuis longtemps, parfois depuis leur plus jeune âge. Elles ont longtemps connu les difficultés et souffrances liées à leur handicap. Leur revenu est fréquemment faible, leur patrimoine le plus souvent limité. Leurs proches ont assumé les lourdes contraintes de l'aide familiale, parfois longtemps.

³ Rapport IGAS 2016 014, Evolution de la prestation de compensation du handicap, novembre 2016

Les allocataires de l'APA ont un profil différent avec un âge plus avancé, un patrimoine et un revenu plus conséquents, une durée de bénéfice de l'APA limitée.

Ces différences de condition et de profil justifieraient pour certains qu'on adopte des règles différentes, notamment en ce qui concerne la prise en compte du revenu et du patrimoine de l'allocataire ou de l'aide de ses proches.

On trouvera en annexe 1 l'analyse de l'IGAS (rapport sur la PCH de 2016) sur ce point de doctrine.

c) Quelles sont les principales options envisageables d'unification des aides ?

c1) Dans la première, on supprime la barrière d'âge à 60 ans pour l'accès à la PCH et on laisse une option possible entre APA et PCH

Rappel des effectifs de PCH/ACTP et d'APA de plus de 60 ans

91 000 allocataires de PCH/ACTP (soit près de 30% de l'effectif total), chiffre en forte croissance (16% en 2007).

1,45M d'allocataires de l'APA.

Les personnes âgées auraient donc à opter soit pour la PCH, soit pour l'APA.

Cette approche appelle deux commentaires :

- la gestion d'un système d'option pour une population importante imposerait une réorganisation des procédures d'instruction pour que les allocataires puissent exercer leur choix – et l'actualiser si besoin est – en toute connaissance de cause. Le flux annuel de décisions pourrait se situer à près de 300 000 (chiffre en cours de validation) ;
- dans ce système le coût pour les finances publiques se situera à un niveau élevé puisqu'il débouche, pour chacune des personnes concernées, sur le meilleur des deux dispositifs entre l'APA et la PCH.

c2) Dans la seconde, le système unique est celui de la PCH

Dans cette option, on serait conduit à supprimer l'APA.

Cette approche appelle trois commentaires :

- on supprime le système d'options dont on a dit *supra* qu'il serait lourd en gestion si l'on veut permettre aux intéressés d'en maîtriser les termes (pari peut-être irréaliste) ;
- le nouveau système serait plus favorable que la situation actuelle pour certains allocataires de l'APA. D'autres allocataires seraient perdants soit qu'ils ne remplissent pas les conditions d'éligibilité pour bénéficier de la PCH soit que le plan qu'on leur proposerait serait moins avantageux qu'actuellement. C'est dans le GIR 4 que se concentreraient les perdants : comme la PCH n'intègre pas l'aide-ménagère qui est un élément majeur en GIR 4, la suppression de l'APA renverrait les allocataires de l'APA à l'aide sociale départementale qui est servie dans des conditions beaucoup plus restrictives ;
- le coût de la réforme pour les finances publiques serait moins élevé que dans la première option (on enregistre des économies avec la suppression de l'APA).

c3) Dans la troisième, on intègre dans la PCH l'aide-ménagère suivant des modalités à définir et on supprime l'APA

Dans cette option,

- on tient compte de la revendication des associations de personnes handicapées qui demandent que la PCH intègre l'aide-ménagère (dans des conditions plus favorables que dans le système actuel géré par le département) ;
- on évite que certains allocataires de l'APA perdent trop au change puisqu'ils auraient accès à une aide-ménagère rénovée.

Cette option améliorerait donc le régime de la PCH et diminuerait les pertes parmi les allocataires de l'APA.

Elle est plus coûteuse que la première analysée *supra*. Le bilan financier dépendra des paramètres retenus pour le nouveau régime d'aide-ménagère. Si l'amélioration est limitée, il resterait un nombre important d'allocataires actuels de l'APA qui perdraient au change. On concentre l'aide publique sur les situations les plus lourdes.

Dans chacune des options il s'agit d'analyser les différences entre les deux statuts actuels (handicap et perte d'autonomie) et de chiffrer les dépenses publiques qui résulteraient de la mise en place de l'aide unique.

2) Termes du choix

La comparaison des statuts sera au cœur du débat.

a) Les dépenses d'aide humaine (élément 1 de la PCH et APA à domicile)

a1) Les dépenses brutes

Comme l'essentiel des plans APA à domicile correspondent à des « dépenses de personnel », on peut sans trop de biais comparer ces plans à l'élément 1 de la PCH.

A niveau identique de limitations fonctionnelles de l'allocataire et de soutien de ses proches, il est vraisemblable que la PCH apporte une aide supérieure à l'APA, ne serait-ce que parce qu'elle indemnise les aidants (on estime que cette indemnisation « mobilise entre 25 et 30% des dépenses de l'élément 1, soit entre 214 et 257€/mois par allocataire). Mais cette intuition mériterait d'être confirmée et chiffrée.

a2) Le partage entre dépenses publiques et participation des ménages

A niveau de plan donné, la dépense publique par allocataire est plus faible en APA parce que les allocataires payent une participation plus élevée que les bénéficiaires de la PCH.

- pour l'APA, le taux de participation est nul pour une assiette inférieure à 72% de la majoration pour tierce personne (MTP) (803€/mois) et augmente avec le revenu pour atteindre 90% pour une assiette au moins égale à 2,67 fois la MTP (2 956€/mois). L'assiette est large.

Le taux moyen de participation est de l'ordre de 22% du plan⁴ dont la moitié fait l'objet d'un crédit d'impôt, ce qui la ramène en gros à 11%.

- La participation de l'allocataire de la PCH est beaucoup plus faible⁵ :

* le taux de participation est nul pour une assiette inférieure à deux fois la MTP (2 237€/mois en 2018) ; il est de 20% au-delà ;

* l'assiette (les revenus pris en compte) est beaucoup plus restreinte que celle de l'APA puisque l'essentiel des ressources de l'allocataire (ses revenus professionnels et ceux de la personne avec laquelle il vit ; sa retraite et sa pension d'invalidité ; ses allocations de chômage ; ses indemnités de maladie, de maternité, d'accident du travail et de maladie professionnelle ; ses rentes survie ou épargne handicap) ne rentre pas dans la base ressources.

On estime à moins de 5% (chiffage demandé à la CNSA) le taux moyen de participation des allocataires dans la PCH (dont la moitié environ fait ensuite l'objet du crédit d'impôt).

b) Les dépenses d'aides techniques et d'aménagement du logement

On ne dispose pas d'analyse comparative solide puisque le niveau de dépenses (seule donnée dont on a connaissance) ne renseigne que très imparfaitement sur les besoins et leur taux de satisfaction.

Il est possible qu'elles soient plus développées dans la PCH que dans l'APA (où elles viennent en concurrence avec les « dépenses de personne » à l'intérieur d'un plafond très contenu par les départements).

c) Les dépenses consenties en faveur des aidants

On raisonne hors indemnisation puisque ce poste a été pris en compte au a1).

Le salariat du conjoint est possible mais par exception dans la PCH. Ce n'est pas le cas pour l'APA.

Les autres dépenses, notamment en matière de retraites, sont plus élevées dans la PCH. Mais elles ne pèsent que de façon très limitée sur la dépense publique de retraites.

⁴ 22% en moyenne en dont la moitié environ est couverte par le crédit d'impôt.

⁵ Le barème à deux taux (0 ou 20%) s'applique à une assiette dans laquelle ne rentre pas l'essentiel des ressources des allocataires

d) Les dépenses d'aide-ménagère

- la PCH ne les prend pas en charge.

Certes ses allocataires peuvent avoir recours à l'aide sociale du département. Mais cette aide (allocation représentative d'aide-ménagère) est fortement contrainte (essentiellement parce qu'elle n'est attribuée qu'aux ménages les plus modestes, allocataires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées –ASPA-). Pour les ménages plus aisés, n'existent que l'aide facultative et bien entendu le crédit d'impôt.

Le nombre de mesures d'aide-ménagère attribuées aux personnes handicapées est de 21 000 en 2015 pour une valeur moyenne de 3 000€.

- au contraire, l'aide-ménagère est mieux prise en charge dans l'APA.

*

* *

Comme on le voit, le statut du handicap (centré sur la PCH) est très vraisemblablement plus favorable que l'APA pour les personnes concernées par les limitations fonctionnelles les plus importantes. L'accès à la PCH qui résulterait de la suppression de la barrière d'âge entraînerait donc une augmentation des dépenses publiques.

e) La situation en établissement

e1) Le reste à charge pour les personnes en perte d'autonomie est élevé

Il est ainsi de 1 600 €/mois en moyenne dans les EHPAD.

Il appartient aux ménages de l'assumer, ce qui peut représenter une charge très lourde si la durée de séjour en EHPAD est longue. Bien entendu, ils peuvent faire appel à leurs proches qui bénéficient alors d'une réduction d'impôt (de faible portée au demeurant). Ils peuvent liquider une partie de leur patrimoine (notamment leur domicile initial, hypothèse que la baisse du nombre de propriétaires avec l'âge confirme).

S'ils ne peuvent pas couvrir le reste à charge, ils peuvent demander à bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement. Mais elle entraîne mise en jeu de l'obligation alimentaire et récupération sur la succession au premier euro.

e2) La situation dans les établissements spécialisés accueillant des personnes handicapées

On se limite ici à deux types d'établissements, les maisons d'accueil spécialisée (MAS) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM).

- La personne accueillie en MAS se verra facturer le forfait hospitalier (540€/mois). Si elle est éligible à la CMUC, elle en sera dispensée mais verra son AAH ramenée au taux réduit. Si elle est éligible à l'ACS, la complémentaire santé prend en charge le forfait hospitalier.

- En FAM, le bénéficiaire est redevable d'une contribution aux frais d'hébergement et d'entretien. Cette contribution déterminée par la CDAPH est plafonnée en fonction des

revenus du résident pour qu'il conserve un minimum de ressources propres (avec un plancher de 30% de l'AAH). Le surplus des frais non couverts par cette contribution est alors pris en charge par le département au titre de l'aide sociale avec un régime plus favorable que celui appliqué aux personnes en perte d'autonomie résidant en EHPAD (on ne fait pas appel aux obligés alimentaires ; la récupération sur succession ne s'applique pas au conjoint ou aux enfants de la personne handicapée décédée).

e3) Les personnes dont le droit aux prestations du régime du handicap est ouvert avant 60 ans et qui rentrent en EHPAD

Elles « gardent » le régime très favorable de l'ASH décrit ci-dessus (absence d'obligation alimentaire et (quasi) absence de récupération sur succession.

L'alignement de l'ASH des personnes en perte d'autonomie sur le régime des personnes handicapées serait très coûteux : pendant leur séjour en EHPAD, les résidents auraient un minimum de ressources plus élevé ; le recours aux obligés alimentaires serait supprimé et les récupérations sur successions chuteraient de façon radicale. Rappelons qu'on a chiffré la suppression du recours à l'obligation alimentaire et de la récupération sur successions pour les personnes âgées en perte d'autonomie à environ 3,6Md€.

3) Un problème central : le pourcentage d'allocataires de l'APA susceptibles de basculer sur le statut du handicap

a) Les critères d'éligibilité aux deux dispositifs (handicap et perte d'autonomie) ne sont pas harmonisés

On ne peut donc déterminer « par lecture directe » l'effectif des allocataires de l'APA qui répondent aux critères d'éligibilité à la PCH.

b) Les travaux disponibles

A notre connaissance, il n'existe pas d'étude récente et complète qui croise les critères retenus pour vérifier l'éligibilité des personnes âgées de plus de 60 ans et à la PCH et à l'APA et en analyse les conséquences.

Mais on dispose de deux études – limitées- sur le sujet.

b1) L'étude de la CNSA

La CNSA a fait en 2007 une étude portant sur une analyse théorique de la comparaison des critères d'éligibilité à la PCH et à l'APA d'une part, et sur une première approche quantitative de l'éligibilité à la PCH des personnes âgées (notamment les allocataires de l'APA) d'autre part.

L'annexe 2 reprend son chapitre final.

On en extrait dans l'encadré ci-dessous les principales conclusions.

Principales conclusions de l'étude de la CNSA de 2007 sur la comparaison des critères d'éligibilité à la PCH et à l'APA

L'analyse de l'échantillon représentatif permet, malgré les difficultés importantes de transposition pour le codage des capacités, de dégager les résultats suivants :

Il est certain que la totalité des personnes classées en GIR 1 ou 2 sont éligibles à la PCH, y compris pour l'élément aide humaine pour la totalité des GIR 1 et la très grande majorité des GIR 2. Il est hautement probable que la totalité des personnes classées en GIR 3 soient aussi éligibles à la PCH, et pour plus des deux tiers d'entre elles également à l'aide humaine.

Compte tenu de l'analyse, au moins 30% des GIR 4 seraient éligibles à la PCH, sans qu'il soit ici possible d'avancer une proportion éligible à l'aide humaine.

Enfin, on peut également estimer que respectivement 6% et 10% minimum des GIR 5 et 6 seraient éligibles à la PCH, sans qu'il soit possible de se prononcer sur un taux plafond. Peu de ces personnes seraient éligibles à l'aide humaine.

Logiquement à mesure que le niveau de sévérité du GIR diminue, la tendance du nombre de difficultés absolues et graves s'inverse au profit des difficultés légères et de l'absence de difficulté.

La méthode de transcription « théorique » devient périlleuse dès lors que les difficultés sont moins prononcées. A partir des dossiers en GIR 4, la méthode atteint ses limites. En effet, si les éligibilités à la PCH des GIR 1 à 3 sont nettes, celles des GIR 4 à 6 sont clairement sous estimées.

b2) L'étude de la DREES

La DREES a fait, à la demande de l'IGAS, une première analyse de l'incidence du recul de la limite d'âge à 65, 70 et 75 ans. Elle est publiée dans le tome II du rapport 2016-046R de novembre 2016 de l'IGAS de novembre 2016 sur « l'évolution de la prestation de compensation du handicap ». La commande de l'IGAS ne portait pas sur l'hypothèse de la suppression complète de la limite d'âge (supposée, selon les inspecteurs, trop coûteuse, et « conduire à une situation incontrôlable de concurrence avec l'APA » et de ce fait hors champ du crédible).

b21) Les effectifs d'allocataires de l'APA susceptibles de basculer sur la PCH

Faute de données précises, la note de la DREES (annexe 3) fait deux hypothèses de bascule possible pour les allocataires de l'APA à domicile.

- dans la première, seuls les allocataires de l'APA en GIR 1 et 2 passeraient dans le régime de la PCH (à 100% en GIR 1 et 80% en GIR 2). Cette hypothèse n'est pas documentée.

- dans la seconde, tous les GIR seraient concernés mais avec une intensité différente (100% en GIR 1 et 2 ; 80% en GIR 3 et 40% en GIR 4). Cette hypothèse résulte en partie des travaux précités de la CNSA. L'IGAS considère que cette hypothèse est la plus crédible (c'est celle qui est la plus cohérente avec l'étude de la CNSA). On trouvera en annexe 4 ses arguments.

La DREES a considéré que tous ces allocataires basculeraient dans la PCH (la plupart du temps) plus avantageuse pour eux.

Dans l'hypothèse du recul d'âge à 75 ans, les effectifs d'allocataires APA de 75 ans ou moins en GIR 1 à 4 (base 2011) s'établissent comme suit.

Taux de bascule à la PCH des allocataires APA en cas de recul de la barrière d'âge à 75 ans (Données 2011)

Hypothèse 1

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	total
Effectifs <75 ans	1 650	14 900	17 800	62 700	97 050
Effectifs basculés	1 650	11 920	0	0	13 570
% de bascule	100%	80%	0	0	14%

Hypothèse 2

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	total
Effectifs <75 ans	1 650	14 900	17 800	62 700	97 050
Effectifs basculés	100%	100%	80%	40%	56 880
% de bascule	1 650	14 900	14 240	25 080	57,6%

Les effectifs admis à la PCH sont des effectifs faibles parce que la grande majorité des allocataires de l'APA a plus de 75 ans.

Pour avancer un premier ordre de grandeur des effectifs concernés par la suppression totale de la barrière d'âge, on a prolongé le calcul de la DREES en conservant les deux hypothèses de bascule (année de référence 2011). On aurait le bilan suivant :

Taux de bascule à la PCH des allocataires APA en cas de suppression totale de la barrière d'âge (Données 2011)

Hypothèse 1

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	total
Effectifs actuels	17 465	122 253	152 991	405 981	698 680
Effectifs basculés	17 465	97 802	0	0	115 267
% de bascule	100%	80%	0	0	16,5%

Hypothèse 2

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	total
Effectifs actuels	17 465	122 253	152 991	405 981	698 680
Effectifs basculés	17 465	122 253	122 392	162 392	424 702
% de bascule	100%	100%	80%	40%	69,1%

b22) Bilans financiers

A supposer qu'on puisse classer les allocataires de l'APA en éligibles/non éligibles au statut du handicap, l'établissement des bilans financiers pour les options évoquées supra requerra des études sur le contenu du plan des « éligibles », les économies d'APA et les incidences de ces reclassements sur le crédit d'impôt.

On ne dispose pas des données pour effectuer ce travail. On est donc renvoyé à l'étude lourde évoquée *supra*.

4) Premières conclusions

- Le coût du report de la barrière d'âge étudié par l'IGAS ne serait pas considérable, *a fortiori* si on fixait cette barrière à 65 voire à 70 ans. La logique de cette réforme n'est pas évidente.

- Comme les incidences de la suppression totale de la barrière d'âge peuvent être financièrement lourdes, on ne peut statuer sans étude approfondie sur les trois options évoquées ci-dessus.

Il est donc impératif de mener une étude sur un lot conséquent de dossiers de PCH et d'APA. Les équipes de la MDPH et les instructeurs de l'APA auraient à comparer le sort qu'ils réserveraient respectivement aux demandes de PCH et d'APA en termes d'éligibilité à la PCH et de montant de la PCH envisageable.

- A supposer que le principe de l'unification des statuts soit retenu, le coût pour les finances publiques de l'option 1 (la plus onéreuse) serait élevé. On ne dispose pas d'éléments sur les coûts des options 2 et 3.

Comme il n'est pas évident qu'on dispose rapidement des marges de financement adéquates, on ne peut pas aborder dans l'immédiat le problème de l'unification mais progresser item par item en regardant sur quels éléments rapprocher les deux statuts « handicap » et « perte d'autonomie ». Dans cette approche plus pragmatique, il est peut-être pertinent de distinguer :

*** le niveau des prestations où l'unification progressive est assez logique pour nombre d'entre elles ;**

*** la quote-part de ces prestations à la charge des allocataires ou du groupe familial, pour laquelle on peut envisager une distinction entre les allocataires.**

Annexe 1

Eléments de doctrine sur la question de la fusion de la PCH et de l'APA

Extraits du rapport de l'IGAS « Evolution de la prestation de compensation du handicap », novembre 2016

La question de la fusion entre la PCH et l'APA fait l'objet d'un débat vif et non tranché.

- Les principaux arguments en faveur d'un droit universel à compensation

Pour l'essentiel, les partisans d'une fusion des aides accordées aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées partent du constat que les manifestations de la perte d'autonomie prennent globalement les mêmes formes. Selon l'un des spécialistes de la question, « *les six dimensions [...] retenues pour juger du handicap des personnes sont les suivantes : la mobilité physique (occupation de l'espace), l'indépendance physique pour les actes élémentaires de la vie courante, les occupations (activités à caractère social), l'intégration sociale, la suffisance économique, l'orientation dans le temps et dans l'espace. Toute personne ne remplissant pas l'un de ces rôles doit être considérée en situation de handicap et, à ce titre, peut justifier de l'intervention du système de protection sociale pour réduire son handicap* »⁶ ; or l'impossibilité de remplir au moins l'un de ces rôles vaut tout autant pour les personnes âgées qui remplissent les conditions pour bénéficier de l'APA que pour les personnes en situation de handicap. Dans l'un et l'autre cas, ce sont des « *états chroniques handicapants stabilisés* »⁷.

Dans le même esprit, la définition de la perte d'autonomie donnée par la CNSA ne prend pas en considération l'origine du phénomène : c'est l' « *impossibilité ou difficulté durable d'accomplir seul et sans aide les actes essentiels et les activités instrumentales de la vie quotidienne et les gestes de participation à la vie sociale* »⁸.

Si l'on part ainsi du principe que « *la réalité évoquée par le handicap ou la dépendance est conceptuellement la même* » et si « *handicap, dépendance, [c'est] une même réalité plurielle* », il devient « *logique sur le plan de l'équité des droits* »⁹ que les prestations soient fusionnées.

- Les principaux arguments qui vont à l'encontre d'une fusion de la PCH et de l'APA

Ici encore sans entrer dans leur détail, on peut relever quatre arguments, d'importance croissante, qui vont à l'encontre d'une fusion entre la PCH et l'APA.

⁶ Alain COLVEZ, *op. cit.*

⁷ *Ibid.*

⁸ CNSA, rapport annuel 2007, page 76.

⁹ Bernard ENNUYER, Personnes « handicapées », personnes « dépendantes », pour une équité des droits sans discrimination d'âge, *Revue hospitalière de France*, n° 539, mars-avril 2011.

Le premier s'appuie sur une considération technique. « *Les deux types de cotation présentent une différence conceptuelle fondamentale qui interdit une transcription automatique des différentes activités de l'une ou l'autre grille : alors que, pour l'APA, il s'agit de prendre en compte la réalisation effective des activités, dans le contexte réel de vie de la personne et avec ses aides techniques habituelles, pour la PCH, la cotation résulte de l'analyse de la capacité fonctionnelle de la personne, capacité déterminée sans tenir compte des aides apportées, quelle que soit la nature de ces aides* »¹⁰.

Le deuxième argument, développé dans un rapport sénatorial, part de « *la différence objective de situation de ces deux publics. S'agissant des personnes âgées, le dispositif de prise en charge doit tenir compte du fait que la dépendance liée à l'âge est un horizon prévisible pour tous, ce qui justifie de laisser à la charge des intéressés et de leur famille une part, éventuellement importante, des frais entraînés par la perte d'autonomie : on se situe donc dans un cadre où la prévoyance, individuelle ou collective, peut et même doit avoir sa place. [...] La prise en charge des personnes handicapées repose à l'inverse sur l'idée que le handicap est un malheur rare, imprévisible qui justifie une compensation aussi intégrale que possible par la solidarité nationale pour rétablir une forme d'égalité des chances* »¹¹. Pour le dire autrement, « *le sentiment ordinaire de solidarité n'est peut-être pas exactement de même nature à l'égard d'un handicap inattendu ou brutal, qui frappe à la naissance ou au cœur de la vie, qu'à l'égard d'une dépendance du grand âge, qui renvoie davantage à un devenir naturel de l'existence* »¹².

Le troisième argument développe la spécificité de la notion de personne handicapée vieillissante. « *Une personne handicapée vieillissante est une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap (quelle qu'en soit la nature ou la cause) avant que de connaître les effets d'un vieillissement. La situation de handicap a donc précédé le vieillissement* »¹³; Cette définition a été reprise et consacrée par la CNSA¹⁴. La même idée peut être exprimée d'une manière plus précise : « *Avec l'avancée en âge, une personne handicapée peut connaître du sur-handicap ou handicap ajouté. Avec l'âge, on peut constater également une diminution des capacités d'adaptation aux difficultés liées au handicap. Médicalement, ce serait donc des difficultés d'une autre nature que celle du vieillissement ordinaire qui caractériseraient les situations que vivent les personnes handicapées vieillissantes* »¹⁵. Cette nature « autre » pourrait interdire de considérer de la même manière les personnes handicapées et âgées dépendantes.

Le dernier argument est le plus intéressant du fait qu'il relève le moins de la pensée *mainstream* et qu'il s'attaque au concept d'intégration. Henri-Jacques Stiker le formule de la manière suivante : « *à force de vouloir intégrer, [...] on peut oublier. Il y a au cœur de cette volonté intégrative l'esquisse d'un grand geste de dénégation, d'effacement, de gommage comme si l'on pouvait venir à bout des aspérités, des verrues et des scories sociales, comme si l'on pouvait "réduire les handicaps" au sens de les diminuer certes mais aussi de les faire disparaître. Sur le fond d'une intention louable, on peut être tenté d'oublier la différence, tout aussi bien que la souffrance et la spécificité de l'expérience. A force d'avoir ramené la question de la signification humaine de l'infirmité à celle de l'obstacle surmontable, on peut aussi ré-exclure de manière subtile, par*

¹⁰ CNSA, *Etude comparative APA-PCH : Simulation d'attribution d'une prestation de compensation du handicap à des personnes âgées, bénéficiaires ou non de l'allocation personnalisée d'autonomie*, rapport final, 28 décembre 2007.

¹¹ Paul BLANC, rapport d'information sur l'application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, Sénat, rapport n° 359, 2007.

¹² Denis PIVETEAU, *Prendre en charge la perte d'autonomie ou : à quand le « cinquième risque » ?*, Colloque « quelle(s) protection(s) sociale(s) demain ? », Université Panthéon-Assas, octobre 2015.

¹³ Bernard AZEMA, Nathalie MARTINEZ, *Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et santé ; qualité de vie - une revue de la littérature*, Revue française des affaires sociales, n° 2-2005.

¹⁴ Les mémos de la CNSA, n° 16, juin 2014.

¹⁵ Prisca LENZEELE, *op. cit.*

indifférence. Le bout du modèle et de la "culture du handicap" serait un déni, aussi paradoxal que cela puisse paraître »¹⁶. De ce point de vue, l'irréductibilité des besoins des personnes en situation de handicap fait que constituer une sorte de « grand tout » de la perte d'autonomie ne va pas dans le sens souhaitable, et ce même dans l'hypothèse favorable où l'on ne fusionnerait pas l'APA et la PCH « par le bas », dans un contexte où l'on connaît « la différence de générosité (pas très facile à chiffrer, mais tout de même très sûre) entre PCH et APA »¹⁷.

¹⁶ Henri-Jacques STIKER, *Sens de la construction du régime du handicap - vers son dépassement*, in Pierre LE QUEAU (dir.), *La compréhension sociale du handicap*, CREDOC, cahier de recherche n° 182, janvier 2003.

¹⁷ Denis PIVETEAU, *op. cit.*

Annexe 2

Etude de la CNSA (décembre 2007)

La partie 1 du rapport présente les résultats relatifs à l'éligibilité à la PCH issue de l'analyse théorique des cotations de la grille AGGIR, la partie 2 présente les résultats relatifs à l'éligibilité et aux éléments de compensation tirés de l'enquête qualitative réalisée auprès des 3 départements. Dans la partie 3, une synthèse des observations est réalisée et dans la partie 4 des pistes de travail sont proposées pour asseoir les premiers résultats présentés dans ce rapport et alimenter la réflexion en vue d'un rapprochement éventuel des prestations APA et PCH.

Les limites inhérentes à ces deux approches incitent à ne pas utiliser les données rapportées ici pour des extrapolations à la population totale des personnes âgées. En effet, si les données quantitatives peuvent être considérées comme représentatives compte tenu du nombre d'observations utilisé, les chiffres en résultant sont très clairement minorés en raison des approximations que nous avons dû faire pour extrapoler la cotation de la grille AGGIR à celle des difficultés pour les 19 capacités qui permettent l'éligibilité à la PCH. D'autre part, si les données qualitatives ont permis d'être beaucoup plus précis sur la simulation, non seulement pour l'éligibilité mais également pour le montant d'attribution d'une PCH, le nombre d'observations très limité ne permet en aucun cas de généraliser les conclusions quantitatives. Par ailleurs, le fait que les montants APA soient plafonnés et conditionnés aux ressources des personnes interdit une comparaison pertinente entre le montant APA versé et le montant PCH attribuable.

Toutefois la combinaison des deux analyses permet de tirer des enseignements et de cibler les précautions à prendre dans le champ de la problématique de convergence de l'APA vers la PCH.

Les annexes 1 « tableau synthétique des situations » et 2 « fiches individuelles » se rapportent à l'analyse qualitative tandis que l'annexe 3 détaille les règles de transpositions arrêtées pour l'analyse quantitative.

Les annexes 4 et 5 présentent les deux prestations et leur règle respective d'éligibilité.

Partie 1 : Exploration théorique des relations entre l'éligibilité à l'APA et à la PCH

Travail sur données brutes basé sur la cotation fictive des 19 capacités PCH à partir de la cotation réelle des variables AGGIR de dossiers d'APA

Méthode de travail utilisée, limites.

A partir de données de cotation des variables AGGIR, qui portent sur la réalisation effective de certaines tâches de la vie quotidienne, il a été tenté de reconstituer le niveau de difficulté rencontré en matière de capacité fonctionnelle pour les 19 activités utilisées pour déterminer l'éligibilité à la PCH.

Les deux types de cotation présentent une différence conceptuelle fondamentale qui interdit une transcription automatique des différentes activités de l'une ou l'autre grille : alors que pour l'APA, il s'agit de prendre en compte la réalisation effective des activités, dans le contexte réel de vie de la personne et avec ses aides techniques habituelles ; pour la PCH, la cotation résulte de l'analyse de la capacité fonctionnelle de la personne, capacité déterminée sans tenir compte des aides apportées, quelle que soit la nature de ces aides. C'est pourquoi

dans de nombreux cas, où la cotation AGGIR faisait état de difficultés pour réaliser la tâche (cotations B ou C), il n'a pas été possible de qualifier la difficulté de « modérée », « grave » ou « absolue » telle que définie dans le référentiel d'éligibilité de la PCH. En termes d'éligibilité à l'APA, la personne **réalise des activités** alors qu'en termes d'éligibilité à la PCH la mesure est la **capacité à réaliser des activités**.

L'aide humaine est presque toujours mentionnée dans les données dont nous disposons pour la cotation des variables AGGIR, ainsi il est possible pour les activités relatives aux actes essentiels de transcrire les cotations AGGIR en niveau de difficulté en termes de capacités fonctionnelles. En revanche, il n'est pas toujours possible de savoir si la tâche est effectuée avec ou sans aide technique : la notion de « pas de difficulté » en termes de capacité fonctionnelle n'est donc pas déductible de la cotation « pas de difficulté » (cotation A) pour AGGIR. En effet, par exemple, une personne avec une amputation de jambe appareillée pourra être cotée « A » dans la grille AGGIR pour la variable « déplacements à l'intérieur », comme « déplacements à l'extérieur », si l'activité compte tenu de l'appareillage est effectivement réalisée sans difficulté ; alors que pour cette même personne une difficulté « absolue » sera observée pour au moins l'activité du référentiel PCH « marcher » et au minimum une difficulté « grave » pour « se déplacer à l'intérieur, à l'extérieur », la capacité devant être appréciée sans aucune aide d'aucune sorte, donc sans la prothèse, aussi bien adaptée soit-elle.

A cette différence d'approche conceptuelle, s'ajoutent les différences de définition des activités¹⁸ ; des approximations ont donc parfois été nécessaires pour inférer de la réponse à la variable AGGIR une capacité du référentiel PCH. Par exemple, le référentiel PCH distingue l'orientation dans le temps et dans l'espace, mais nous ne disposons pas dans cet exercice des sous variables AGGIR permettant d'explorer séparément ces deux dimensions. Pour ce qui concerne la « maîtrise du comportement », utilisée dans le référentiel PCH, la seule dimension approchante de la grille AGGIR est la « cohérence ». Pour les notions de transfert et pour l'activité « se mettre debout », les définitions utilisées dans les deux outils ne se recouvrent pas parfaitement. On a donc parfois coté une difficulté grave ou absolue au titre de la PCH pour l'une de ces dimensions dès lors que l'ensemble des informations issues des variables recueillies pour l'APA permettait de se prononcer globalement, mais là encore il s'agit d'une approximation, fondée sur les associations cliniques habituelles entre ces différentes difficultés.

Enfin, le contenu des référentiels diffère : certaines activités ou capacités fonctionnelles utilisées dans le référentiel PCH ne sont pas du tout explorées dans AGGIR. Il s'agit de :

- Marcher
- Parler
- Voir
- Entendre
- Utiliser la préhension de la main dominante,
- Utiliser la préhension de la main non dominante,
- Avoir des activités de motricité fine

L'ensemble de ces éléments conjugués a conduit à **minorer largement la cotation de l'éligibilité à la PCH**. En effet, puisque que l'on ne peut se prononcer que sur une partie des variables, cela revient à rechercher une difficulté absolue ou deux difficultés graves dans un champ d'activités beaucoup plus restreint que celui utilisé dans le référentiel PCH pour l'éligibilité, à savoir 19 activités.

¹⁸ Les définitions des activités des deux prestations sont en annexe 4.

Résultats :

Sur les quelques centaines d'observations dont nous disposons pour ce travail, la moyenne d'âge est de 81 ans et le sex-ratio de 3 hommes pour 7 femmes. La répartition par GIR est la suivante :

	%	Age moyen
GIR 1	3%	84
GIR 2	17%	82
GIR 3	22%	84
GIR 4	26%	81
GIR 5	17%	80
GIR 6	16%	78

Au vu des données disponibles, nous n'avons pu nous prononcer en moyenne que sur 6 des 19 activités du référentiel PCH, ce qui signifie que, lorsque nous n'avons pas trouvé une difficulté absolue ou deux difficultés graves nous ne pouvons en aucun cas affirmer que les personnes concernées ne sont pas éligibles à la PCH.

Parmi les dossiers classés en GIR 1, tous les dossiers sans exception sont largement éligibles à la PCH y compris à l'élément aide humaine, avec en moyenne près de 11 difficultés absolues, ce qui est un minimum étant données que toutes les variables ne sont pas cotables par défaut de renseignements.

Les dossiers relevant des GIR 1 sont tous éligibles à la PCH, y compris à l'aide humaine.

Parmi les dossiers classés en GIR 2, à l'exception de deux dossiers pour lesquels nous n'avons pu statuer (16 ou 17 variables étant incotables), tous sont également largement éligibles à la PCH, avec en moyenne 5 difficultés absolues, ce score pouvant aller jusqu'à 10. Concernant l'éligibilité à l'aide humaine, elle est présente dans 83% des cas avec près de 2 difficultés absolues repérées parmi les 4 activités essentielles sur 5 qu'il est possible de coter en moyenne dans cette simulation. Il faut en outre noter que la notion de besoin de surveillance (condition alternative d'éligibilité à l'aide humaine lorsque la précédente condition n'est pas respectée) ne peut pas du tout être explorée dans ce travail.

Les personnes de GIR 2 sont toutes éligibles à la PCH et la quasi-totalité à l'aide humaine.

Pour les dossiers classés en GIR 3, les difficultés étant souvent moins tranchées, nous n'avons pu nous prononcer sur l'éligibilité à la PCH dans 15% des cas mais pour chacun de ces dossiers, bien qu'il n'ait été possible de se prononcer en moyenne que sur 4 des 19 capacités du référentiel PCH, une difficulté grave a été repérée. Les autres dossiers sont tous éligibles avec en moyenne près de 3 difficultés absolues (le score pouvant monter jusqu'à 7), et dans la moitié des cas au moins une difficulté grave, bien que seules 5 variables en moyenne parmi les 19 activités du référentiel PCH ont pu être exploitées. Plus de 70% de ces dossiers sont également éligibles à l'aide humaine, sachant qu'il n'a été possible de se prononcer en moyenne que sur 2 des 5 capacités concernant les actes essentiels, et que la notion de besoin de surveillance (condition alternative d'éligibilité à l'aide humaine lorsque la précédente condition n'est pas respectée) ne peut pas du tout être explorée dans ce travail.

A partir des dossiers de GIR 3 la difficulté de la transcription entre les deux échelles de cotations est importante mais au moins 85% de ces dossiers sont éligibles à la PCH dont au moins 70% à l'aide humaine.

Pour les observations notées en GIR 4, l'imprécision des informations rend impossible la cotation pour près de 15 variables en moyenne sur les 19 contenues dans le référentiel PCH. Toutefois, sur cette base de seulement 4 activités en moyenne, il ressort que plus de 30% des dossiers affichent une éligibilité à la PCH.. Bien que le nombre d'activités cotées en « pas de difficulté » ou « difficultés légères » apparaissent en moyenne pour 3 activités sur les 4 cotées, le fait que la plupart des activités du référentiel PCH ne puissent être explorées autorise à penser que la proportion d'éligibilité est nettement sous estimée. Sur quelques dossiers (3% du total des GIR 4), nous pouvons affirmer qu'il y aurait aussi éligibilité à l'élément aide humaine de la PCH, mais nous n'avons pu nous prononcer en moyenne que sur 1 à 2 des 5 actes essentiels. Or la description habituelle de la population GIR 4 laisse à penser que la plupart des personnes ont des difficultés allant jusqu'au besoin d'aide humaine pour certains des actes essentiels de l'existence.

Pour ce qui concerne les dossiers de GIR 4, le renversement des niveaux de difficultés est observé : aux difficultés graves et absolues se substituent les difficultés légères ou l'absence de difficulté. Les éligibilités sont toutefois sous estimées : au moins 30% des personnes de GIR 4 sont éligibles à la PCH et pour certains dossiers à l'aide humaine.

Pour les GIR 5 le nombre de difficultés absolues repérées baisse logiquement : sur l'ensemble des dossiers, nous n'en avons repéré que 3 % avec deux difficultés absolues et 3% avec une seule. Les difficultés graves ne sont pas plus nombreuses, une seule étant repérée uniquement dans 4% des dossiers. Toutefois il n'est nullement impossible que des difficultés graves voire absolues puissent exister chez ces personnes, parmi les 13 activités en moyenne pour lesquelles nous n'avons pu nous prononcer avec en particulier à cet âge les difficultés sensorielles, non repérables à partir des données dont nous disposions.

Pour les GIR 6, on constate quand même la présence d'une difficulté absolue dans près de 10% minimum de dossiers, qui seraient donc dans cet échantillon éligibles à la PCH, sachant qu'il n'a pas été possible, faute d'éléments, de se prononcer sur la cotation de 11 variables en moyenne sur l'ensemble de ces cas.

Pour les GIR 5 comme pour les GIR 6 il est impossible de repérer s'il existe ou non des cas d'éligibilité à l'aide humaine, ce qui reste relativement improbable compte tenu de la définition même de ces groupes.

Il existe des dossiers de GIR 5 et 6 éligibles à la PCH (respectivement 6% et 10% minimum) mais compte tenu de l'incertitude importante dans la cotation des activités, la part de dossiers éligibles indiquée est un plancher et en aucun cas une fourchette moyenne ne peut être définie. Ces dossiers se caractérisent logiquement par plus de difficultés modérées ou par d'absence de difficulté.

Conclusions de l'exploration théorique

L'analyse de l'échantillon représentatif permet, malgré les difficultés importantes de transposition pour le codage des capacités, de dégager les résultats suivants :

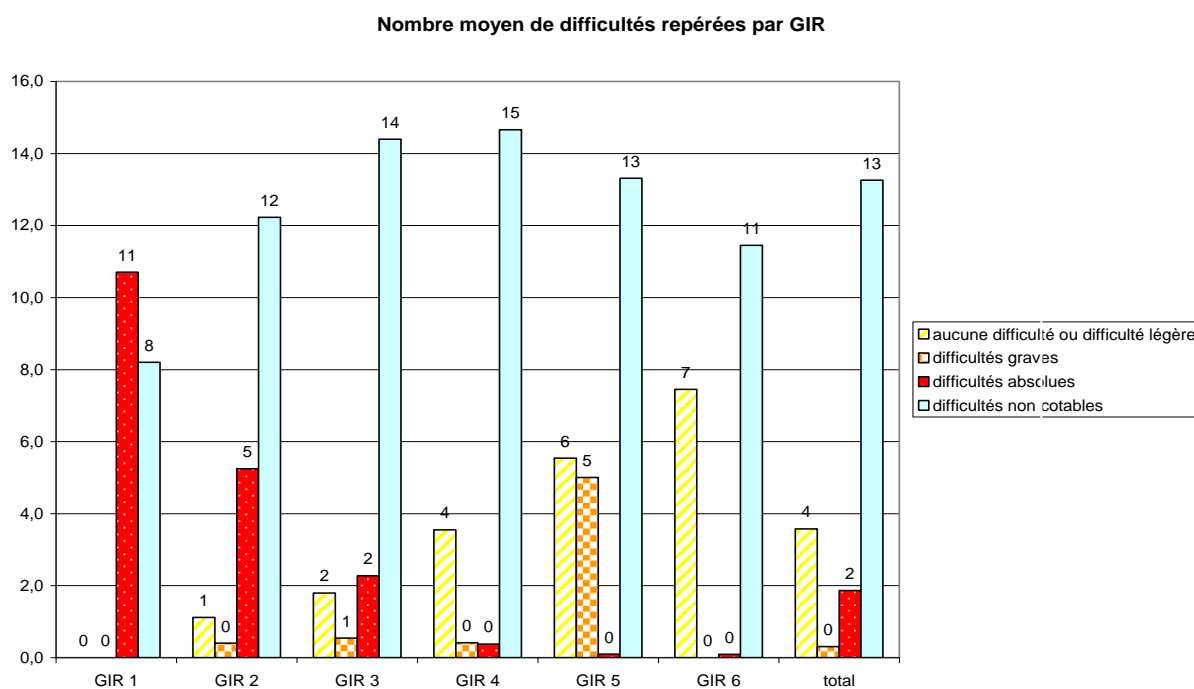
- Il est certain que **la totalité des personnes classées en GIR 1 ou 2 sont éligibles à la PCH**, y compris pour l'élément aide humaine pour la totalité des GIR 1 et la très

grande majorité des GIR 2. Il est hautement probable que la totalité des personnes classées en GIR 3 soient aussi éligibles à la PCH, et pour plus des deux tiers d'entre elles également à l'aide humaine.

- Compte tenu de l'analyse, **au moins 30% des GIR 4 seraient éligibles à la PCH**, sans qu'il soit ici possible d'avancer une proportion éligible à l'aide humaine.
- Enfin, on peut également estimer que respectivement **6% et 10% minimum des GIR 5 et 6 seraient éligibles à la PCH**, sans qu'il soit possible de se prononcer sur un taux plafond. Peu de ces personnes seraient éligibles à l'aide humaine.

Logiquement à mesure que le niveau de sévérité du GIR diminue, la tendance du nombre de difficultés absolues et graves s'inverse au profit des difficultés légères et de l'absence de difficulté.

La méthode de transcription « théorique » devient périlleuse dès lors que les difficultés sont moins prononcées. A partir des dossiers en GIR 4, la méthode atteint ses limites. En effet, si les éligibilités à la PCH des GIR 1 à 3 sont nettes, celles des GIR 4 à 6 sont clairement sous estimées.



Partie 2 : Enquête qualitative APA-PCH dans 3 départements

Recueil de données de terrain conduit en novembre 2007

Objectifs et méthode

Nous avons étudié de façon qualitative sur 21 dossiers réels les conditions dans lesquelles des personnes âgées, actuellement bénéficiaires ou non d'un plan d'aide APA, pourraient bénéficier ou non des différents volets d'une PCH dans le cadre d'un plan personnalisé de compensation.

Nous avons ainsi exploré d'une part les relations entre éligibilité APA et PCH, en particulier pour apprécier le lien entre l'éligibilité PCH et le GIR quel que soit celui-ci. D'autre part, nous avons cherché à analyser les différences entre les plans personnalisés de compensation qui pourraient être élaborés pour des personnes âgées par rapport aux plans d'aide construits dans la réalité.

Dans ce cadre, les principales problématiques examinées ont été :

- La notion de gagnants / perdants ;
- L'effet de la participation financière du bénéficiaire et du plafonnement par GIR ;
- La question du champ de prestations potentiellement couvert ou découvert pour l'une et l'autre prestation.

Pour ce faire, une évaluation sur dossiers réels a été conduite par les deux médecins et la statisticienne de la direction compensation de la CNSA (Anne Kieffer, Pascale Gilbert et Estelle Pelletier), avec l'appui des professionnels de terrain dans 3 départements :

- la Loire, qui a des équipes de terrain mixtes APA-PCH
- l'Essonne, qui délivre des prestations extralégales qui viennent compléter l'APA pour solvabiliser de façon plus complète les plans d'aide
- la Saône et Loire qui a une APA déplafonnée

Le choix de départements présentant ces caractéristiques permettait d'en attendre *a priori* des dossiers très complets, et donc une faisabilité accrue de l'exploration de l'hypothèse d'éligibilité et d'attribution d'une PCH.

En raison des contraintes de temps et de déplacement, une seule journée complète de travail a pu être consacrée à l'étude dans chacun des 3 départements, ce qui n'a permis de recueillir que 21 dossiers (pour un objectif initial de 30 à 40 dossiers au total).

Il a été demandé aux départements de préparer des dossiers anonymes variés en termes de GIR et de types de problèmes rencontrés. Nous avons également retenu des situations pour lesquelles les deux évaluations avaient été conduites dans la réalité en raison de la possibilité d'un droit d'option entre les deux prestations.

Les professionnels des équipes APA et parfois PCH, connaissant les situations présentées, se sont rendus disponibles sur place pour apporter des éléments complémentaires issus de leurs observations à domicile et permettre le codage du référentiel PCH des 19 activités, outil d'éligibilité à la prestation. Pour chacune des situations étudiées ont été recueillis :

- l'ensemble des données relatives à l'évaluation médico-sociale et à l'élaboration du plan d'aide ;
- le GIR ;
- la décision finale d'attribution ou non d'APA, avec la précision du montant attribué en fonction du plafond de ressources appliqué.

Sur la base des données disponibles et des compléments d'informations apportées par l'évaluateur, l'examen de l'éligibilité potentielle à la PCH, ainsi que l'élaboration d'un plan

personnalisé de compensation limité au champ de la PCH ont été simulés avec les équipes présentes pour chacun de ces dossiers. Faute le plus souvent des données nécessaires¹⁹, nous n'avons pas extrapolé les aides qui auraient pu être proposées en sus si une évaluation ciblée sur les possibilités de la PCH avait été réellement conduite, ce qui entraîne vraisemblablement une minoration des plans personnalisés de compensation ainsi obtenus, les plafonds de l'APA induisant chez les professionnels une « autocensure » fréquente lors de l'évaluation.

La prestation ainsi théoriquement attribuée a été comparée, en volume, en montant et en champ d'aide couvert, à l'attribution réelle APA.

Les 21 situations étudiées sont présentées en détail en annexe 2 de l'étude de la CNSA.

Résultats

Les 21 dossiers étudiés concernaient 7 hommes et 14 femmes, d'une moyenne d'âge de 76 ans. La répartition par GIR est la suivante :

GIR 1	4
GIR 2	5
GIR 3	2
GIR 4	4
GIR 5	3
GIR 6	3

15 dossiers étaient éligibles à l'APA.

Eligibilité

L'extrapolation de la cotation à partir des variables de réalisation effective des activités de la grille AGGIR, ne permet pas d'apprécier correctement les capacités fonctionnelles nécessaires pour déterminer l'éligibilité à la PCH, que ce soit à partir des variables discriminantes AGGIR, de leurs sous variables, ou des variables illustratives (ce qui est également montré en partie 1 par les résultats de l'étude théorique).

L'extrapolation « automatique » d'une éligibilité à l'autre n'est pas pertinente compte tenu à la fois des différences conceptuelles des deux dispositifs et des activités retenues pour chaque outil d'éligibilité. Seule la connaissance concrète des dossiers par les professionnels de terrain des 3 départements a permis de passer - même théoriquement - d'une prestation à l'autre.

Ce point montre à l'évidence que la **différence conceptuelle** entre :

- une approche par la **réalisation effective** (ce que la personne fait par elle-même en situation réelle de vie, avec ses éventuelles aides techniques) qui est l'approche utilisée pour la grille AGGIR

¹⁹ Les plans d'aide ne recensent pas le plus souvent l'ensemble des besoins de compensation ; ils sont restreints d'emblée. Les dimensions le plus souvent absentes concernent l'aménagement du logement, les aides techniques et les charges exceptionnelles.

- et une cotation de la **capacité fonctionnelle théorique** (ce que la personne serait capable de faire sans aucune aide d'aucune sorte, ni support humain, ni appareillage ni aménagement d'environnement) qui est requise pour le référentiel PCH

a un impact fort en pratique sur le résultat de l'évaluation des situations par les équipes et nécessite une « gymnastique intellectuelle » assez difficile à réaliser, comme en témoigne le temps passé sur chacun des sites à rappeler lors de l'étude de chaque dossier les fondamentaux des deux démarches. A partir d'une évaluation de réalisation effective et donc de l'observation de la réalisation ou non d'activité, les équipes doivent déterminer la cotation de l'activité de la personne dans un cadre théorique.

Il convient en outre de souligner le fait que les activités de la grille AGGIR et celles retenues pour l'éligibilité à la PCH ne sont pas identiques à la fois en termes d'activité et de contenu de l'activité. Par exemple, les activités relatives aux organes des sens « entendre » « voir » « comprendre » ne sont pas dans la grille AGGIR et les contenus de l'activité « alimentation » dans AGGIR et « prendre ses repas » pour l'éligibilité PCH sont différents : le premier comprend l'activité « se servir » que le deuxième exclut. A noter, dans la grille AGGIR, l'activité « Marcher » n'est pas observée alors qu'elle est identifiée dans le référentiel PCH ; elle est implicitement contenue dans les activités « déplacements à l'extérieur » et « déplacements à l'intérieur » qui d'ailleurs sont aussi deux activités du référentiel d'éligibilité à la PCH mais dans celui-ci elles sont confondues en une seule activité.

Compte tenu de ces remarques préliminaires, on constate que l'ensemble des dossiers étudiés éligibles à l'APA appartenant aux GIR 1 à 4 est aussi éligible à la PCH y compris à son élément aide humaine.

2 des 3 dossiers de GIR 5 sont également éligibles à la PCH y compris pour l'aide humaine. Sur les 3 dossiers GIR 6, un seul est éligible à la PCH sans l'être à l'aide humaine.

Toutefois, si les dossiers des GIR 1 à 4 sont tous éligibles, il ressort que :

- les GIR 1 se caractérisent par un nombre massif de difficultés absolues (entre 14 et 19) ;
- les GIR 2 se caractérisent aussi par un nombre massif de difficultés absolues mais moins important (entre 7 et 10). Additionnées aux difficultés graves, le total des difficultés graves et absolues est compris entre 10 et 19 ;
- les dossiers des GIR 3 et 4 présentent « seulement » entre 6 et 9 difficultés graves et 1 à 6 difficultés absolues. Entre les GIR 1 ou 2 et les GIR 3 ou 4, le rapport des difficultés graves et absolues s'inverse.

Les dossiers GIR 5 et 6 non éligibles à l'APA présentent une majorité d'items cotés « pas de difficulté » ou « difficulté légère » (entre 13 et 19). Toutefois ils comptent entre 0 et 3 difficultés graves ce qui ouvre la possibilité d'éligibilité à la PCH : c'est ainsi que 3 des 6 dossiers des GIR 5 et 6 sont éligibles à la PCH.

D'une façon générale, les dossiers des GIR 5 et 6 se caractérisent par l'absence de difficulté absolue. Sauf pour un dossier GIR 5 de l'étude. Ce constat ne tient pas à la situation de la personne mais résulte uniquement de la nature conceptuelle de la démarche d'évaluation propre à chaque dispositif : en effet, alors qu'en termes de « réalisation effective » la grille AGGIR considère que l'aide technique fait partie de la personne, le concept appliqué pour le

référentiel PCH considère la capacité fonctionnelle théorique à réaliser une activité hors toute aide. Ainsi alors qu'en grille AGGIR, la difficulté n'est pas repérée en tant que difficulté incontournable à réaliser une activité du fait de la compensation par l'apport de l'aide technique, elle est qualifiée d'absolue en termes d'évaluation pour l'éligibilité PCH²⁰.

Plans d'aide APA / partie PCH des plans personnalisés de compensation

A partir des informations disponibles concernant les situations exposées²¹, nous avons valorisé en attribution des 5 éléments de PCH les compensations mobilisées dans le plan d'aide APA ou préconisées, qu'elles soient ou non solvabilisées actuellement par l'APA.

Une limite notable de l'exercice est la forme très courante d'« autocensure » des équipes : en effet, dès lors qu'elles constatent que l'aide humaine va mobiliser l'ensemble du plafond APA disponible pour la personne, elles ne vont pas plus loin dans l'exploration des besoins notamment en termes d'aides techniques ou d'aménagements du logement et ne préconisent pas non plus de mesures d'accompagnement susceptibles de générer de nouveaux coûts, comme l'accueil de jour par exemple ou des séjours de répit.

De plus, lorsque les personnes dans le plan d'aide ont fait des choix de type d'aide moins chers comme l'aidant familial plutôt que le prestataire, nous avons gardé ce choix pour l'élaboration du plan personnalisé de compensation. Or la PCH permettant la prise en compte d'un coût plus élevé en l'occurrence, le choix réel de la personne mise en situation d'obtenir une PCH aurait pu être très différent. De même, il faut noter que l'aidant familial non rémunéré²² n'est pas dédommagé dans l'APA alors qu'il peut l'être dans le cadre de la PCH.

Il convient à l'inverse de préciser que du fait de la construction et de la définition de la prestation de compensation, les besoins très fréquents retrouvés dans les plans d'aide tels que l'aide pour les tâches domestiques, ou le salariat d'un membre de l'entourage retraité n'étant pas pris en compte au titre de la PCH, ne sont pas repris pour cette étude, dans les plans personnalisés de compensation.

En l'état actuel, il faut donc considérer les valorisations PCH simulées ici comme des planchers susceptibles dans la réalité d'être dépassés en fonction de besoins réels non exprimés dans le cadre de cette étude. Il faut noter de plus que les besoins actuels couverts par les plans d'aide ne sont pas tous repris dans les simulations de plans personnalisés de compensation limités ici au champ de la PCH.

Compte tenu de ces commentaires préalables, et une fois le biais de conditions de ressources neutralisé, on note que sur les 9 situations de GIR 1 et 2 relevées, toutes bénéficieraient d'un passage à la prestation de compensation et 7 en bénéficieraient très largement (de 2 à 5 fois plus). Logiquement, ce rapport avantageux d'un passage à la PCH augmente nettement lorsque le taux de participation de la personne au plan d'aide de l'APA est élevé²³.

²⁰ La personne équipée d'un fauteuil roulant est autonome mais sans son fauteuil elle présente la difficulté absolue de ne pas pouvoir marcher.

²¹ Cotations AGGIR complétées des informations des professionnels ayant évalué les situations des personnes à leur domicile.

²² Loi du 21 juillet 2001 relative à l'APA « Art. L.232-7. – le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie peut employer un ou plusieurs membres de sa famille, à l'exception de son conjoint ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité. »

²³ Il peut atteindre 40 fois le montant APA pour un taux de participation à 90%

Les plans personnalisés de compensation simulés à partir des dossiers en GIR 1 et 2 consistent à couvrir essentiellement les besoins en aides humaines²⁴. Bien que l'élément 4 relatif aux charges spécifiques représente une faible part du montant total PCH attribué au regard des montants d'aides humaines, il est sollicité quasiment pour chaque plan personnalisé de compensation (8 cas sur 9) et le plafond des 100€ mensuels est atteint pour 5 des dossiers étudiés. Les besoins repérés sont très ciblés et concernent les nutriments, l'abonnement ou la location de la téléalarme et les fournitures d'hygiène. Compte tenu du plafond souvent atteint et de l'éventuelle autocensure déjà mentionnée, il est probable que les besoins qui émargeraient potentiellement à l'élément 4 au titre des charges spécifiques n'aient pas été tous repérés et que le dimensionnement de l'élément 4 soit insuffisant pour répondre aux besoins.

A l'inverse pour ce qui concerne les 6 dossiers des GIR 3 et 4 étudiés, la situation pour ces personnes est moins nette. Lorsque le passage à la prestation de compensation offre un avantage pour ces personnes, il est nettement moins élevé que dans les cas des dossiers en GIR 1 et 2 : hors conditions de ressources, le passage à la PCH offre pour un dossier, 1.5 fois l'APA. En tenant compte de l'APA réellement versée ce sont 3 dossiers qui bénéficieraient d'un passage à la prestation de compensation mais dans un rapport qui n'atteint pas ceux observés pour les GIR 1 et 2 et qui reste au maximum égal à 1.5 fois le montant versé de l'APA.

En effet, ces personnes âgées sont le plus souvent bénéficiaires d'aides à la vie domestique (tels que le ménage, les courses, la préparation des repas) et assez peu aux actes essentiels. Or seuls ces derniers sont pris en compte par la PCH, alors que l'APA permet aussi de solvabiliser des tâches domestiques. C'est donc dans cette catégorie de GIR que l'on a observé des situations où les personnes sont susceptibles d'être perdantes si on leur applique la PCH. Pour ces dossiers, les sommes en jeu sont en général moins élevées qu'en GIR 1 ou 2. Par ailleurs, il apparaît souvent que toute la différence entre une situation « gagnante » et une situation « perdante » dépend de l'application du taux de participation à l'APA lié aux ressources sachant que la condition de ressources liée à la PCH ne s'applique pratiquement jamais.

Dans les plans de compensation élaborés pour ces dossiers, l'élément 4 au titre des charges spécifiques est toujours sollicité : le plafond n'est pas toujours atteint mais il couvre une partie des portages de repas, de l'abonnement ou de la location de la téléalarme, les fournitures d'hygiène, les soins de pédicurie et l'accueil de jour.

En dehors du constat que le type d'aide (actes essentiels / activités domestiques) et le taux de participation en fonction des ressources sont déterminants pour le basculement gagnant / perdant entre PCH et APA, nous n'avons pas mis en lumière d'autre facteur explicatif évident.

A l'autre extrême, sur les 6 dossiers de GIR 5 et 6, qui ne sont donc pas éligibles à l'APA par définition, 3 seraient légèrement bénéficiaires avec la PCH, surtout du fait de sommes ponctuelles venant solvabiliser des aides techniques ou des aménagements du logement. Les 3 autres, qui ne perçoivent pas l'APA, ne percevraient pas de PCH non plus, toutefois cette observation est faite en fonction de la connaissance limitée des besoins essentiellement d'aide humaine dont nous disposons.

²⁴ 95% du montant du plan personnalisé de compensation concerne les aides humaines

Conclusions de l'enquête qualitative

L'étude des 21 dossiers ne prétend pas à la représentativité mais permet de dégager quelques enseignements importants sur les effets que pourraient entraîner une convergence des prestations. :

- Les **dossiers éligibles à l'APA (GIR 1 à 4) sont tous éligibles à la PCH**. Il semble qu'il y ait un gradient des difficultés corrélé au gradient du GIR. Plus le classement en GIR est sévère, plus les dossiers présentent de nombreuses difficultés absolues ;
- Le **plafonnement de l'APA induit mécaniquement des écarts importants** entre les montants financiers attribués au titre de cette allocation et ceux attribués par la prestation de compensation pour laquelle les plafonds obéissent à une logique de contrainte moins importante.. **Ces écarts sont d'autant plus élevés que le niveau de GIR est sévère** (notamment GIR 1 et GIR 2). La prise en compte des conditions de ressources vient logiquement amplifier les écarts constatés par l'application d'un ticket modérateur à la charge pour la personne ;
- Les **modes de réponses aux besoins en termes d'aides humaines ne sont pas forcément superposables entre les personnes âgées et les personnes handicapées**. Les aides humaines actuellement prises en charge par la PCH excluent les tâches domestiques très demandées en GIR 3 et 4 notamment. Par ailleurs, étant donné que l'aide humaine pour les personnes âgées à domicile les plus dépendantes repose encore largement sur les aidants familiaux, un basculement vers la PCH telle qu'actuellement définie pourrait entraîner une stratégie de recours beaucoup plus important à des services prestataires ou mandataires, parce que mieux solvabilisés en PCH bien que plus chers.
 - Une attention toute particulière est à porter aux effets induits sur le **statut des aidants familiaux** : les aidants jeunes retraités auprès de parents très âgés peuvent se trouver perdants du fait de l'impossibilité de leur salariat par la PCH , comme d'autres seraient gagnants du fait de la possibilité de leur dédommagement par cette même PCH. Pour ce qui concerne les conjoints, concubins ou PACS, le passage à la prestation de compensation est un réel avantage financier, l'APA excluant leur dédommagement. Or dans le champ des personnes âgées, le recours au conjoint ou la famille est très fréquent ;
 - Les **tâches domestiques jouent un rôle particulièrement crucial dans le débat sur le rapprochement des prestations APA et PCH**. En effet, il s'agit d'un besoin incontournable du quotidien des personnes âgées (et de certaines personnes handicapées d'ailleurs) couvert au moins partiellement par l'APA. Donc le passage à la PCH s'avère largement perdant pour les aides humaines à réglementation inchangée, notamment pour les catégories de GIR 3 et 4 ;
- Il apparaît clairement que **l'élément 4 de la PCH au titre des charges spécifiques est un élément incontournable** : sur les 21 dossiers étudiés, dont 18 dossiers éligibles à la PCH, 16 impliquent l'intervention de cet élément et la moitié atteint le plafond. Alors que pour les GIR 1 et 2, les besoins sont très ciblés (nutriments, abonnement ou location de la téléalarme, portage de repas, fournitures d'hygiène), ils sont plus variés pour les autres GIR (portage des repas, abonnement ou location de la téléalarme, fournitures d'hygiène, soins de pédicurie et accueil de jour). Une explication pourrait résider dans le ciblage pour les GIR 1 et 2 des aides les plus prioritaires, négligeant

d'autres types de besoins qui apparaîtraient mieux en GIR 3 et 4. **L'élément 4 apparaît ainsi potentiellement sous dimensionné ;**

- L'analyse n'a pas permis de recenser les besoins en aides techniques, aménagement du logement et du véhicule ; trop peu de plans d'aide contenaient de l'information sur ces types de besoins et donc de ce fait les plans personnalisés de compensation n'ont pu que rarement en tenir compte. Il apparaît toutefois que la prestation de compensation apporte un véritable avantage pour les GIR 5 et 6 du point de vue de ces aides ponctuelles ;

Restent des questions à expertiser sur certaines situations particulières :

- Les **personnes aveugles et les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer** débutante sont en général en GIR 5. Elles sont le plus souvent éligibles à la PCH, avec de plus, pour les personnes aveugles un forfait « aide humaine » de l'ordre de 500€ soit plus que l'APA moyenne constatée tous GIR confondus à ce jour. Parmi les 21 dossiers étudiés, aucun ne concernait les formes débutantes de maladie d'Alzheimer ou des personnes aveugles en GIR 5, situations qu'il conviendrait d'explorer de façon plus approfondie ;
- L'étude ne tient pas compte des **prestations proposées par d'autres institutions** intervenant dans le champ des personnes âgées : une mise en perspective des différentes conditions de cumul s'avère nécessaire avec notamment les aides CNAV ;
- La **question des conséquences financières pour les personnes des modes différents de tarification en établissement** se pose dans le cadre du rapprochement des dispositifs APA et PCH notamment pour l'accueil de jour, totalement pris en charge pour les personnes handicapées alors qu'il est payant et rarement solvabilisé par l'APA pour les personnes âgées.

Partie 3 : Conclusion générale

Les deux analyses combinées permettent de mettre en évidence les éléments suivants :

Concernant l'éligibilité globale à la PCH :

- La totalité des personnes classées en GIR 1 ou 2 seraient éligibles à la PCH ;
- Pour les GIR 3 et 4, l'enquête qualitative conduit à l'éligibilité de tous les dossiers, tandis que l'analyse des données de l'étude théorique est plus nuancée :
 - Pour les GIR 3, 85% de cette population est largement éligible avec plus de 3 difficultés absolues en moyenne. Concernant les 15% restants, la simulation de cotation ne permet pas de conclure sur l'éligibilité mais tous avaient au moins une difficulté grave. Il est donc hautement probable que la totalité des personnes classées en GIR 3 seraient, elles aussi, éligibles à la PCH ;
 - Pour les GIR 4, malgré une approximation de la cotation de plus en plus imprécise, plus de 30% des dossiers affichent une éligibilité à la PCH ;

- Pour les GIR 5 et GIR 6, on peut estimer sur la base de l'étude théorique qu'environ 10% minimum seraient éligibles à la PCH alors que l'enquête qualitative incite à penser que ce taux pourrait être supérieur.

Concernant l'éligibilité à l'aide humaine, on peut affirmer qu'elle est acquise pour la totalité des GIR 1 et la grande majorité des GIR 2. 60% des GIR 3 seraient également éligibles à l'aide humaine de façon certaine, mais il est très probable que ce chiffre soit largement minoré. Pour les GIR 4 il n'est pas possible de connaître la proportion de personnes éligibles à l'aide humaine. Dans l'étude qualitative tous les GIR 1 à 4 sont éligibles à l'aide humaine. Pour ce qui concerne les GIR 5 et 6, il n'est pas possible non plus de connaître la proportion éligible à l'aide humaine, il est probable qu'elle serait très faible mais non nulle. L'analyse qualitative confirme cette observation.

Compte tenu des limites des méthodes, il semblerait que l'analyse théorique soit plus fiable en matière d'éligibilité : ainsi, les GIR 1 à 3 seraient tous éligibles à la PCH, plus de 30% des GIR 4 et 6% et 10% minimum des GIR 5 et 6. Concernant l'éligibilité à l'aide humaine, il est plus difficile de conclure avec force puisque seulement 2 des 5 activités d'éligibilité à l'aide humaine ont pu être transcrites de la cotation AGGIR à celle du référentiel PCH. Elle apparaît toutefois très présente en GIR 1 et 2 - elle représente la totalité des GIR 1 et la quasi-totalité des GIR 2 - et décroît nettement en GIR 3.

Concernant les plans d'aide, l'APA réellement versée et la PCH qui pourrait être attribuée :

- **Le plafonnement de l'APA par GIR induit mécaniquement des écarts importants** entre les montants attribués au titre de cette allocation et ceux attribués par la prestation de compensation moins contrainte. Ces écarts sont d'autant plus élevés que le niveau de GIR est sévère (notamment GIR 1 et GIR 2). La prise en compte des conditions de ressources vient logiquement amplifier les écarts constatés ;
- **La démarche d'évaluation globale des besoins des personnes est tronquée dans le cadre de l'APA du fait du plafonnement de l'APA par GIR alors qu'elle est aboutie dans le champ de la PCH :** à l'éligibilité APA par GIR correspond un montant plafond sur lequel les équipes médico-sociales s'appuient pour construire le plan d'aide. Ce qui entraîne un mécanisme d'autocensure qui impacte donc la comparaison des plans d'aide APA aux plans personnalisés de compensation PCH ;
- **Il existe des cas où la PCH est considérablement plus avantageuse que l'APA**, en particulier quand l'aide humaine à mobiliser pour des actes essentiels atteint plusieurs heures par jour, le plafond en APA étant vite atteint notamment pour les GIR 1 et 2. Cet effet est évidemment amplifié lorsqu'il y a un fort taux de participation financière de la personne au plan d'aide APA (ce qui est neutralisé pour la PCH dans cette étude, car les conditions de ressources interviennent très peu à ce jour en PCH).
- **Pour les GIR 5 et 6 exclus par définition de l'APA, la PCH apporte dans certains cas une aide substantielle**, notamment pour des frais non couverts ou pour des aides techniques ou aménagements du logement. Mais il faut se poser la question du cumul éventuel avec la prestation d'aide à domicile pour les tâches domestiques servie éventuellement par la caisse de retraite, dont nous n'avons pas connaissance dans les cas étudiés. Il faut également mentionner les personnes avec des atteintes sensorielles qui seraient susceptibles de bénéficier des forfaits cécité ou surdité tout en étant non éligibles à l'APA.

- **Les recours aux aides humaines ne sont pas forcément superposables** entre les personnes âgées et les personnes handicapées. Les aides humaines actuellement prises en charge par la PCH excluent le salariat des aidants familiaux retraités (possible en APA, hors conjoint concubin et PACS) mais prévoient leur dédommagement (impossible en APA). Or dans le champ des personnes âgées, le recours au conjoint ou la famille proche est très fréquent. Par ailleurs, la prestation de compensation ne finance pas les tâches domestiques très demandées en GIR 3 et 4. Enfin, un basculement vers la prestation PCH telle qu'actuellement définie présente l'éventualité d'une stratégie de report important des besoins en aides humaines vers des services prestataires ou mandataires, mieux solvabilisés en PCH bien que plus chers ;
- **Les aides humaines pour les tâches domestiques** telles que la préparation des repas, les courses ou le ménage font fréquemment partie des besoins d'aide identifiés mais leur financement n'est pas pris en compte dans la PCH (ce qui explique d'ailleurs en partie le faible nombre de personnes bénéficiaires de l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) optant pour la PCH). La couverture de ces besoins est un élément fondamental dans le débat d'un rapprochement des prestations APA et PCH puisqu'il s'agit d'un élément de basculement d'une situation « perdante » vers une situation « gagnante » pour les catégories de GIR 3 et 4 dans le cadre d'un passage à la prestation de compensation. Il convient en outre de souligner qu'en majorité, chez les personnes âgées, l'entrée dans la perte d'autonomie débute par ces besoins en aide humaine. Leur financement joue donc un rôle préventif en reculant l'apparition de la perte d'autonomie vis-à-vis des actes essentiels et permet de rester vivre à domicile le plus longtemps possible ;
- L'étude qualitative met en évidence **l'ampleur du recours à l'élément 4 au titre des charges spécifiques**. Sur les 21 dossiers étudiés, sur les 18 dossiers éligibles à la PCH, 16 disposent d'un montant au titre des charges spécifiques et la moitié atteint le plafond. Les besoins sont variés : ils concernent les nutriments, l'abonnement ou la location de la téléalarme, le portage de repas, les fournitures d'hygiène, les soins de pédicurie et l'accueil de jour. L'élément apparaît sous dimensionné en particulier pour répondre aux besoins des personnes en GIR 1 pour lesquelles le plafond de l'élément 4 est systématiquement atteint. Les personnes relevant des autres GIR ont également très souvent recours à cet élément et il convient d'ajouter que si le plafond n'est pas systématiquement atteint, cela provient plus du fait des règles de calcul de l'élément 4 que de l'absence de besoins des personnes. L'élément 4 n'apparaît pas adapté à la prise en compte de l'ensemble de ces biens et services dont certains sont pourtant indispensables au maintien à domicile des personnes âgées.
- **La combinaison et la fluctuation des effets favorables ou défavorables de l'une ou l'autre prestation sont particulièrement marquées dans les GIR intermédiaires** pour lesquels il peut y avoir aussi bien des « gagnants » que des « perdants ». Les deux facteurs les plus influents semblent d'une part le taux de participation minorant l'APA et d'autre part la part de l'aide aux tâches domestiques dans le plan d'aide, non prise en charge par la PCH.

Partie 4 : Perspectives

L'analyse qualitative s'avère être la méthode la plus appropriée et la plus complète pour réaliser une étude sur la convergence APA/PCH. En effet, non seulement, elle permet de statuer sur l'éligibilité à la PCH du fait de la participation des équipes, en palliant les effets

d'approximation « théorique » ou les impossibilités de cotations dus aux différences d'approches conceptuelles mais elle offre aussi l'avantage de transformer les plans d'aide en plans personnalisés de compensation et ainsi d'analyser les besoins à couvrir au titre de la PCH (ce que ne permet pas l'analyse théorique). Cette approche qualitative permet en outre d'identifier certains écueils d'un passage à la prestation de compensation telle qu'elle est définie actuellement (questions de l'accueil temporaire, de la rémunération des aidants, des tâches domestiques..).

L'analyse présentée ici a deux limites importantes :

- la première concerne le faible effectif de l'échantillon (21 dossiers) et cette non-représentativité a comme conséquence l'impossibilité d'extrapolation des résultats à la population étudiée,
- la seconde concerne le recensement partiel des besoins exprimés dans les plans d'aides du fait notamment de l'« autocensure » très courante ou des besoins non couverts par l'APA. L'analyse en outre est restreinte au champ de la PCH ; les besoins quelle que soit leur nature ne sont pas tous recensés et ainsi le plan personnalisé de compensation ne tient pas compte de l'ensemble des besoins de la personne compte tenu de sa situation et de son environnement.

Une nouvelle étude qualitative, réalisée selon la méthode utilisée ici - sur un échantillon dont la taille minimale reste à définir - permettrait d'obtenir des résultats représentatifs sur l'éligibilité à la PCH. Elle permettrait aussi de répondre à la question de l'éligibilité à l'aide humaine. En redéfinissant le périmètre d'étude pour la construction des plans personnalisés de compensation, il serait alors possible de recenser l'ensemble des besoins des personnes âgées.

Il conviendrait ainsi de recenser notamment les besoins spécifiques en tâches domestiques pour le cas échéant valoriser ce poste. Il serait opportun en outre de préparer les équipes médico-sociales des départements qui procèdent aux évaluations à lister les besoins notamment en termes d'aménagement du logement et d'aides techniques pour limiter l'autocensure et pouvoir chiffrer les aides ponctuelles dans le cadre de la prestation de compensation. Dans une plus large mesure, en incitant les équipes à recenser l'ensemble des besoins de la personne, qu'ils appartiennent au champ de la PCH, de l'APA ou tout autre domaine, une telle étude participerait à la démarche globale d'évaluation de la situation de la personne quel que soit son âge comme la loi de 2005 l'exige.

Il serait très utile en outre dans une telle étude de cibler des situations de personnes non éligibles à l'APA mais présentant une maladie d'Alzheimer débutante, ou un déficit visuel ou auditif important pour examiner l'éligibilité à la PCH et en particulier à l'aide humaine.

L'analyse pourrait aussi s'accompagner d'une réflexion sur les conséquences financières des modes différents de tarification en établissement selon les populations âgées/handicapées, notamment pour les accueils de jour.

Annexe 3

Le taux de bascule APA/PCH

Extrait du Rapport IGAS « Evolution de la prestation de compensation du handicap », novembre 2016

« L'hypothèse n° 2 est construite à partir de données venant de la CNSA. La mission s'est référée à un document précité de la CNSA, daté de fin 2007²⁵. Il donne les résultats de travaux qui ont consisté d'une part en une étude théorique de quelques centaines d'observations et d'autre part en une enquête qualitative sur 21 dossiers dans trois départements. Pour l'une comme pour l'autre, de nombreuses difficultés méthodologiques sont mises en avant et invitent à la plus grande prudence dans l'analyse des résultats.

Pour autant, l'étude théorique donne quelques indications qui paraissent suffisamment robustes pour pouvoir être utilisées : « *les dossiers relevant des GIR 1 sont tous éligibles à la PCH, y compris à l'aide humaine ; [...] les personnes de GIR 2 sont toutes éligibles à la PCH et la quasi-totalité à l'aide humaine ; [...] à partir des dossiers de GIR 3, la difficulté de la transcription entre les deux échelles de cotations est importante mais au moins 85 % de ces dossiers sont éligibles à la PCH dont au moins 70 % à l'aide humaine ; [...] au moins 30 % des personnes de GIR 4 sont éligibles à la PCH et pour certains dossiers à l'aide humaine ; [...] il existe des dossiers de GIR 5 et 6 éligibles à la PCH (respectivement 6 % et 10 % minimum)* ».

L'étude qualitative portant sur 21 dossiers appelle des précautions encore plus grandes mais il en ressort que « *l'ensemble des dossiers étudiés éligibles à l'APA appartenant aux GIR 1 à 4 est aussi éligible à la PCH, y compris à son élément aide humaine; [...] il semble qu'il y ait un gradient des difficultés corrélé au gradient du GIR. Plus le classement en GIR est sévère, plus les dossiers présentent de nombreuses difficultés absolues* » (au sens des critères de la PCH).

Ces éléments pourraient conduire à penser que l'hypothèse n° 2 de la DREES est la plus réaliste puisqu'elle considère que 100 % des GIR 1 et 2 vont passer de l'APA à la PCH et que le pourcentage sera respectivement de 80 % et 40 % pour les GIR 3 et 4 (les pourcentages retenus par la DREES pour chacun des GIR étant ainsi semblables à ceux de l'étude de la CNSA pour les GIR 1 et 2, et très proches pour les GIR 3 et 4). On peut même penser que l'hypothèse n° 2 de la DREES, la plus haute, sous-estime légèrement la réalité puisque, conformément au choix formulé par la mission, elle ne prend pas en compte les GIR 5 et 6 non éligibles à l'APA.

²⁵ CNSA, *Etude comparative APA-PCH : Simulation d'attribution d'une prestation de compensation du handicap à des personnes âgées, bénéficiaires ou non de l'allocation personnalisée d'autonomie*, rapport final, 28 décembre 2007.

Annexe 4

Note de la DREES du 20 septembre 2016 en réponse à la demande à l'IGAS sur la PCH dans le cadre de sa mission d'évaluation (rapport IGAS de novembre 2016)



Ministère de l'économie et des finances
Ministère des affaires sociales et de la santé
Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques

Sous-direction de l'observation de la
solidarité

Bureau du handicap et de la dépendance

Dossier suivi par : Delphine Roy

Tel : +33 (0) 1 40 56 88 22

Mél : mailto:DREES-BHD@sante.gouv.fr

Paris, le 20 septembre 2016
DREES-BHD N° 62/2016

Note à l'attention de Madame Marie DAUDE et Monsieur Stéphane PAUL
Inspection générale des affaires sociales
(IGAS)

Objet : Demande sur la prestation de compensation du handicap (PCH) : version du 4 novembre 2016 - Annule et remplace la version précédente du 20 septembre 2016.

Cette note présente deux chiffrages réalisés par la DREES à la demande de l'IGAS, dans le cadre de sa mission sur l'amélioration de la prestation compensatoire du handicap (PCH).

Deux questions étaient posées à la DREES : l'une sur un éventuel décalage des barrières d'âge pour l'accès à la PCH, et l'autre consistant à chiffrer l'introduction dans la PCH d'aides à la parentalité pour les personnes ayant de jeunes enfants, en particulier les personnes atteintes d'un handicap psychique.

1. Barrières d'âge

L'âge limite de demande de la PCH est fixé à 75 ans. Pour pouvoir bénéficier de la prestation, les demandeurs doivent toutefois attester en outre qu'ils répondaient avant 60 ans aux critères d'accès à la PCH.

On ne dispose que de très peu d'éléments pour tenter d'approcher l'impact de la suppression de la barrière de 75 ans. Il est probable qu'il serait faible : peu de personnes pourraient demander la PCH après 75 ans, c'est-à-dire à la fois ne pas l'avoir fait entre 60 et 75 ans, tout en pouvant prouver qu'ils étaient déjà éligibles avant 60 ans. La DGCS avait estimé, dans une note transmise à l'IGAS – qui l'a portée à la connaissance de la DREES –, que cela pourrait concerner 8 700 bénéficiaires potentiels. Pour un coût mensuel moyen de 750 euros, le coût de la mesure serait donc de 69 M€ par an. Nous ne disposons pas d'éléments permettant de proposer un autre chiffrage, fondé par exemple sur des données plus récentes.

Pour le report de l'âge auquel s'effectue la bascule entre PCH et APA, trois scénarios étaient, à la demande de l'IGAS, à envisager : report de la barrière des 60 ans à 65, 70, ou 75 ans.

Pour cela, on a estimé le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile dans chaque GIR par âge fin, et on a supposé que les proportions suivantes étaient éligibles à la PCH, et donc susceptibles de basculer à la PCH si cette prestation leur était ouverte. On fait donc l'hypothèse que la PCH serait systématiquement préférée à l'APA, du fait notamment du plus grand nombre d'heures d'aide humaine potentiellement attribuables dans la limite des plafonds de la PCH, par rapport aux plafonds de l'APA.

Adresse postale : 14 avenue Duquesne 75350 PARIS 07 SP
Adresse visiteurs : 10 - 18, place des cinq martyrs du lycée Buffon - 75014 PARIS
<http://www.social-sante.gouv.fr/>

GIR	Hypothèse 1 : seuls les GIR 1 et 2 sont concernés	Hypothèse 2 : tous les GIR sont concernés, dans des proportions différentes ¹
1	100%	100%
2	80%	100%
3	0%	80%
4	0%	40%

Les effectifs actuels estimés² de bénéficiaires de l'APA à domicile³, par GIR et par tranche d'âge, sont les suivants

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	TOTAL APA à domicile
60 à 64 ans	140	1 700	2 400	9 300	13 600
65 à 69	410	4 500	5 400	19 600	30 100
70 à 74	1 100	8 700	10 000	33 800	53 600

Sources : DREES, remontées individuelles APA/ASH 2011 et enquête annuelle « aide sociale »

En appliquant pour chaque GIR les pourcentages ci-dessus de bénéficiaires susceptibles de basculer à la PCH, selon l'une ou l'autre des hypothèses, on obtient les effectifs suivants, selon que l'on repousse l'âge de la bascule entre APA et PCH à 65, 70 ou 75 ans :

	Hypothèse 1	Hypothèse 2
De 60 à 65 ans	1 500	7 500
De 60 à 70 ans	5 600	24 700
De 60 à 75 ans	13 600	56 000

Sources : DREES, remontées individuelles APA/ASH 2011 et enquête annuelle « aide sociale »

Enfin, en appliquant à ces bénéficiaires potentiels le coût moyen de la PCH par bénéficiaire payé constaté au dernier trimestre 2015 (dernier point connu), qui est de 750 euros par mois soit 9 000 euros par an, on obtient les surcoûts annuels suivants (en millions d'euros) :

	Hypothèse 1	Hypothèse 2
De 60 à 65 ans	13,5	67,5
De 60 à 70 ans	50,4	222,3
De 60 à 75 ans	122,4	504,0

Sources : DREES, remontées individuelles APA/ASH 2011, enquête annuelle « aide sociale » et enquête trimestrielle sur la PCH

Ce surcoût est brut et ne concerne que les dépenses de PCH. Pour une estimation du surcoût net, il faudrait retrancher à ces sommes estimées les économies d'APA réalisées du fait de la bascule de certains bénéficiaires de l'une vers l'autre.

¹ Les proportions de l'hypothèse 2 sont issues de travaux menés en 2008 par la CNSA (mais non publiés à notre connaissance), et fondés sur l'analyse qualitative des dossiers MDPH de demande d'APA, permettant d'estimer, localement et sur un petit échantillon, combien d'entre eux auraient potentiellement pu être éligibles à la PCH (avec une marge d'incertitude due au fait que certains éléments pris en compte dans la demande de PCH ne figurent pas dans les dossiers de demande d'APA).

² Ils ont été obtenus en multipliant les effectifs par âge au 31/12/2011 par l'augmentation du nombre total de bénéficiaires de l'APA à domicile entre le 31/12/2011 et le 31/12/2015. Cela revient à faire l'hypothèse que toutes les classes d'âge ont crû au même rythme (+7% entre les deux dates) ou, entre d'autres termes, que la répartition par âge et GIR des bénéficiaires de l'APA à domicile est restée stable entre 2011 et 2015.

³ On se restreint ici au champ du domicile car les règles pour l'APA en établissement et la « PCH établissement » sont différentes. En particulier, l'hypothèse d'une bascule des bénéficiaires de l'APA en établissement à la PCH, alors que l'APA en établissement subventionne le tarif « dépendance » de l'établissement, paraît plus difficile à faire.