



la lettre de L'Observatoire

n° 27 - 4^{ème} trimestre 2009

“ L'actualité juridique, économique et sociale des Travailleurs Indépendants et des Petites Entreprises leur ressemble : elle bouge tout le temps. Cette lettre s'en fait l'écho. ”

O
r
i
d
e

La commission des comptes de la Sécurité Sociale a annoncé un déficit de 20,1 milliards d'euros pour 2009, soit le double de celui enregistré pour 2008. Après de nombreuses années où le déficit annoncé était structurel, il semblait enfin que les mesures mises en place pour freiner les dépenses feraient une œuvre salubre d'élimination ou, tout au moins, de réduction de ce type de déficit.

L'arrivée de la crise fin 2008 a remis en cause le succès espéré, mais la nature du déficit a changé.

En effet, pour la première fois dans l'histoire de la Sécurité Sociale, il est en grande partie attribuable à un défaut de recette. L'accroissement substantiel du chômage pour raisons économiques a diminué d'autant les paiements et conduit à une situation qui pourrait être encore plus tendue lorsque les comptes consolidés seront publiés.

Demeure cependant une lueur d'espoir : les prévisions laissent espérer une reprise de l'activité courant 2010. Dans ce cas, ce déficit actuel n'aura été que conjoncturel, même si sans vouloir jouer les Cassandra, une conjoncture défavorable peut durer quelques années. Contrairement à un déficit structurel qui doit être comblé, ce qui signifie une réallocation du budget de l'État, un tel déficit peut être financé par d'autres moyens comme par exemple l'emprunt.

Nous devons cependant demeurer vigilants, la mise en place de la Sécurité Sociale n'a été réalisée qu'après de nombreuses décennies de réflexion. Aujourd'hui, les experts pensent qu'elle a servi d'amortisseur social car, par sa nature, le secteur de la santé est protégé contre la récession. En définitive, si la Sécurité Sociale nous coûte généralement des points de croissance parce qu'elle ne garantit pas la meilleure allocation des ressources en capital, démonstration vient d'être faite qu'elle nous protégeait d'une manière que peu envisageaient.

Réjouissons-nous. Notre système de protection sociale est certes coûteux mais il joue son rôle. Dans des temps moroses, n'est-ce pas la meilleure nouvelle que nous pouvions souhaiter ?

Cyrille Piatecki, Directeur du Comité Scientifique de l'Observatoire

LES SERVICES À LA PERSONNE

— Focus sur les services aux personnes dépendantes

S o m m a i r e

Introduction générale

Que sont les services à la personne ? ————— 2

1 - Une volonté des Pouvoirs Publics

- D'une logique de soutien social...
- ... à une stratégie de l'emploi

2 - Quels services pour quelles personnes ?

- Des catégorisations variables
- Une structuration par la fiscalité
- Les différents modes d'organisation de l'offre

3 - Un secteur en évolution

- La prédominance de l'offre en emplois directs
- Une forte présence des associations

Les services aux personnes dépendantes ————— 10

1 - La dépendance et ses enjeux

- Une délimitation délicate
- Un risque médico-social

2 - La prise en charge financière de la dépendance

3 - Différents types d'offres

Le point de vue de Jean Riondet ————— 16

Bibliographie indicative ————— 18

L'actualité des membres du Comité scientifique ————— 19

L'actualité des indépendants ————— 20

- La baisse de la TVA à 5,5 % dans la restauration

Introduction générale

À l'occasion de la mise en place du premier plan triennal de développement des services à la personne en février 2006, Jean-Louis Borloo, qui était alors Ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, déclarait : « avec ce projet, les besoins des uns sont les emplois des autres. Notre économie y gagnera en emplois et croissance, notre pays y gagnera en cohésion sociale, et notre République en solidarité ». Ces ambitions ont été réactualisées lors du lancement du second plan initié par Laurent Wauquiez, secrétaire d'État en charge de l'emploi, en mars 2009.

Quelques mois après ce nouvel essor donné au secteur, l'Observatoire Alptis propose un point sur son développement. L'objet même des services à la personne est analysé au regard du rôle des différents acteurs, mais aussi des demandeurs et des mesures qui favorisent son expansion. Une seconde contribution est dédiée à un segment particulier : les services aux personnes âgées dépendantes. Les enjeux individuels et collectifs de la dépendance sont ainsi mis en perspective. La réponse apportée par le biais des services à la personne est ensuite analysée. Enfin, Jean Riondet, membre du Comité scientifique, propose quelques pistes susceptibles de conduire vers une prise en charge plus efficace des personnes dépendantes.

Que sont les services à la personne ?

— Stéphane Rapelli – Chargé d'études et de recherches

Présentés comme un puissant moteur de croissance et d'emploi, les services à la personne sont considérés comme un secteur émergent qui semble promis à un bel avenir. Pourtant, leur développement a été amorcé dans les années cinquante sous l'impulsion des Pouvoirs Publics. Les stratégies politiques motivant cet appui ont beaucoup évolué depuis l'origine. Le périmètre des services à la personne a été élargi pour suivre ces mutations, mais la question de la pérennité du secteur est cependant posée.

1 Une volonté des Pouvoirs Publics

Depuis une soixantaine d'années, les services à la personne font l'objet d'un investissement politique et économique croissant. Leurs fondements émergent en 1953 avec la réforme des lois d'assistance. La notion d'aide sociale et les principes juridiques de l'aide à domicile des personnes âgées, handicapées ou des familles en difficulté sont alors élaborés. Le fait est marquant car il témoigne d'une stratégie de structuration par les Pouvoirs Publics de certaines activités domestiques traditionnellement assumées par les membres de la cellule familiale ou faisant l'objet d'un marché très peu contrôlé. La solidarité publique vient formellement étayer la solidarité familiale et de voisinage.

D'une logique de soutien social...

Au cours des décennies suivantes, le choix d'une prise en charge collective au moins partielle de l'aide aux personnes socialement fragilisées gagne progressivement en envergure. L'Allocation d'Adulte Handicapé (AAH) est ainsi créée en 1975. Dans les années quatre-vingt, des mesures financières et fiscales élargissent le champ des **services de proximité** tout en favorisant une demande plus robuste de services

domestiques. Plus précisément, ce sont les services à destination des familles avec enfants qui sont intégrés. Les Allocations Pour Jeune Enfant (APJE), Parentale d'Éducation (APE), de Garde d'Enfant à Domicile (AGED) sont déployées dans cette optique. Parallèlement, une exonération de charges patronales bénéficiant aux particuliers employeurs handicapés ou âgés est instaurée.

La diversification des aides à la personne permet d'orienter une partie de la main d'œuvre inoccupée vers les services de proximité.

L'objectif affiché de cette diversification des aides s'inscrit dans la **politique de l'emploi**. Il s'agit d'orienter

une partie de la main d'œuvre inoccupée vers les services de proximité. Les allocations et les aménagements fiscaux constituent une diminution du coût des services susceptible de dynamiser la demande. De plus, les activités visées sont censées répondre aux attentes des ménages face aux évolutions socio-démographiques que sont :

- l'allongement de la durée de la vie et l'accroissement des risques de dépendance ;
- l'augmentation de la demande de garde d'enfant liée à la progression de l'emploi féminin et du nombre de familles mono-parentales ;
- une recherche de confort de vie impliquant une moindre implication individuelle dans les travaux domestiques.

HISTORIQUE DES SERVICES À LA PERSONNE

Années 50 • Fondements avec la réforme des lois d'assistance.

1975 • Création de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH).

Années 80 • Mesures financières et fiscales élargissant le champ des services à la personne.

1985 • Rapport du Commissariat général du Plan, "Développer l'emploi dans les services", et premiers travaux sur la garde d'enfants et l'aide aux personnes âgées. Le rapport propose d'inciter à la création de structures privées ou associations de soutien à domicile, et d'expérimenter des moyens de paiement spécifiques avec l'objectif de créer un pouvoir d'achat additionnel pour les ménages.

1987 • Exonération de charges patronales pour les personnes âgées et handicapées.
Mise en place de l'AGED, l'Allocation de Garde d'Enfant à Domicile.

1989 • Le X^{ème} Plan identifie, parmi les nouvelles demandes de services, les activités pour lesquelles la demande n'est pas solvable au prix du marché, notamment l'aide aux personnes âgées et la garde d'enfants. Ce sont souvent des activités qui relèvent du secteur d'utilité sociale, et qui peuvent devenir marchandes, mais seulement sous certaines conditions. Il faut en faciliter l'émergence et les soutenir pour assurer leur stabilité et leur développement.

1990 • Réduction fiscale de 50 % sur les emplois familiaux. Le rapport Greffe, du Commissariat général du Plan, propose d'expérimenter le chèque service. Sur le modèle du titre restaurant, c'est "un moyen commode de solvabiliser la demande, puisque les bénéficiaires acquièrent des chèques à un prix inférieur à leur valeur faciale, la différence pouvant être prise en charge par l'employeur, l'État ou toute autre collectivité". Cependant, "son usage n'est possible que si l'offre de services correspondants existe".

1991 • Rapport Asseraf et Laville, du Commissariat général du Plan, consacré aux "Services de proximité". Il souligne notamment que "les services de proximité ne peuvent en aucun cas représenter la solution idoine aux problèmes d'insertion. Leur développement suppose une crédibilité forte de la part des usagers et un niveau de qualité que seul le professionnalisme peut accréditer (...). Seule la combinaison de mesures concernant l'offre, la demande et le cadre d'exercice de ces activités est à même de contribuer à leur développement".

1993 • Création du chèque Emploi Service (CES).

1996 • Création du Titre Emploi Service (TES).

1998 • Rapport du Conseil d'analyse économique, "Emplois de proximité". Le rapport insiste à la fois sur la nécessité de rendre la demande solvable, sur la professionnalisation de l'offre et sur la qualité des services rendus.

1999 • Réduction du taux de la TVA à 5,5 % pour toutes les activités du secteur des services à la personne.

2002 • Mise en place de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA).

2004 • Le rapport du Commissariat général du Plan, Conseil d'analyse économique, "Productivité et emploi dans le tertiaire", insiste sur la nécessité de passer à une politique de soutien de l'offre de services. C'est l'année de mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), qui à terme remplacera l'AGED.

2005 • Plan Borloo de développement des services à la personne, et mise en place du Chèque Emploi Service Universel (CESU).

2006 • Entrée en vigueur du CESU (cf. pages suivantes).

2009 • Lancement du second plan de développement des services à la personne avec intensification des mesures en faveur du développement de l'emploi.



Si les préoccupations sociales restent prégnantes, la recherche du développement sectoriel devient systématique au cours des années quatre-vingt-dix. Des actions sont alors entreprises du côté de la demande de services de proximité comme de l'offre. La **solvabilisation de la demande** prend la forme de réductions d'impôt sur le revenu bénéficiant aux usagers de services aux personnes à domicile et de la création de nouvelles aides en direction des personnes âgées et/ou handicapées. La possibilité offerte aux comités d'entreprise de participer au financement individuel des emplois familiaux s'inscrit dans la même logique. En outre, les **formalités administratives** liées au paiement des prestations de services sont fortement allégées par la mise en place du *chèque emploi service* (1993) puis du *titre emploi service* (1996). Selon différents rapports, ces dispositifs ont eu un effet très significatif sur l'accroissement du nombre de particuliers-employeurs.

Au niveau de l'offre, une restructuration est engagée. Dès 1992, des **procédures d'agrément** des associations proposant des services de garde d'enfants et d'aide à domicile destinée aux personnes âgées et handicapées sont mises en place. Elles seront révisées en 1996 avec l'**ouverture du marché aux entreprises**. En effet, jusqu'à cette date, seuls les organismes à but non lucratif et les travailleurs familiaux pouvaient légalement intervenir sur le secteur. De plus, la tarification des services est avantagée par une TVA réduite à 5,5 % à partir de 1999.

... à une stratégie de l'emploi

Les dix dernières années sont marquées par la mise en place de nouvelles aides à destination des personnes âgées ou dépendantes – Allocation de Présence Parentale (APP), Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) – et des ménages avec enfants avec la Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE) qui se substitue à l'APJE, l'APE et l'AGED notamment. En 2005, le secteur connaît une nouvelle évolution marquante avec la loi n°2005-41 du 26 juillet qui met en application le **plan de développement des services à la personne**,

dit "*plan Borloo*". Avec cette loi, la notion de "*services à la personne*" est institutionnalisée et remplace celle de services de proximité.

L'objectif fixé est alors de créer 500 000 emplois en trois ans. À cette fin, la demande de services est à nouveau stimulée par une simplification des démarches administratives. Le Chèque Emploi Service Universel (CESU) bancaire se substitue ainsi au chèque emploi service et le CESU préfinancé remplace le titre emploi service. D'autre part, le **champ des services et des aménagements fiscaux est élargi** à des prestations de "*confort**", à l'image de la maintenance et de l'entretien de la résidence principale ou secondaire. Parallèlement à l'extension du marché, les organismes associatifs, privés ou publics, offreurs de services bénéficient d'une simplification des procédures d'agrément. Enfin, ces mesures sont accompagnées d'allègements supplémentaires de charges sociales et d'importants dispositifs de promotion avec la création de l'Agence Nationale des Services à la Personne (ANSP).

Lancé en mars 2009, le **second plan de développement des services à la personne** intensifie les mesures en faveur du développement de l'emploi. Dans ce cadre, l'accent est porté sur l'utilisation du CESU. La promotion de ce moyen de paiement est supposée fluidifier le marché, favoriser son expansion et améliorer le contrôle des aides financières accordées. À cette fin, en juin 2009, 1,3 million de ménages, personnes âgées et familles avec enfant essentiellement, reçoivent 200 euros en CESU préfinancés par l'État. Cette subvention d'un montant de 300 millions d'euros s'accompagne de mesures visant à assouplir les conditions d'utilisation du CESU. Lentement déployées, elles permettraient notamment d'accroître sa liquidité : rendre possible l'encaissement par les personnes morales, systématiser le versement de l'APA et de la PCH (Prestation de Compensation du Handicap) sous forme de CESU par les départements...

Parallèlement, ce second plan prévoit d'étendre encore une fois le périmètre des services pouvant bénéficier d'avantages fiscaux à **des activités n'étant pas directement réalisées au domicile du bénéficiaire**. C'est ainsi le cas de l'assistance informatique à distance ou du soutien scolaire en groupe réduit dans les zones urbaines sensibles. Les mesures portant spécifiquement sur l'offre consistent principalement à inciter les offreurs à favoriser la formation des professionnels et la qualité des services. En contrepartie, les procédures d'agrément simple sont assouplies.

Initiée et alimentée par les Pouvoirs Publics, la diversification progressive des activités du secteur s'est accompagnée d'**une multiplication des types de services proposés**. Cependant, seuls certains d'entre eux sont susceptibles d'appartenir au champ des services à la personne.

* La notion de "*services de confort*" est notamment retenue par Michèle Debonneuil (2008) dans son rapport destiné au Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Emploi.

LE CESU

Le CESU (Chèque Emploi Service Universel) est un titre de paiement couplé à un système de déclaration. Il vise à simplifier les démarches administratives inhérentes à l'usage de services à la personne. Il permet aussi d'en faciliter le financement. Il se décline en deux versions principales :

• Le CESU bancaire

Prolongement du chèque emploi service qui existait avant le plan Borloo, il est exclusivement utilisé dans le cadre de l'emploi direct d'un salarié par un particulier employeur.

Il permet aux particuliers employeurs de :

- rémunérer leurs salariés ;
- déclarer l'activité des intervenants ;
- régler automatiquement les cotisations sociales patronales et salariales.

L'adhésion à ce dispositif peut se faire auprès d'un établissement bancaire ou de l'URSSAF.

• Le CESU préfinancé

Ce titre de paiement peut être utilisé pour le règlement de prestations délivrées par des associations et des entreprises ou pour rémunérer un salarié en emploi direct. C'est un employeur (CESU RH) ou un financeur public ou privé (CESU social) qui le délivre et le finance tout ou partie.

Les entreprises accordant des CESU préfinancés à leurs salariés bénéficient :

- d'une exonération de charges sociales sur les titres émis dans la limite de 1 830 € par salarié et par an ;
- d'une déductibilité des sommes versées de l'assiette de l'impôt sur les sociétés ;
- d'un crédit d'impôt sur les sociétés correspondant à 25 % des sommes versées dans la limite de 500 000 € par an.

2 Quels services pour quelles personnes ?

L'ANSP définit les services à la personne comme étant ceux qui *"contribuent au mieux-être des citoyens à leur domicile"*. Toutefois, la simplicité de cette formulation est trompeuse. La notion de *"mieux-être"* recouvre **des réalités très différentes** en fonction des prestations envisagées. Les petits travaux de jardinage restent difficilement comparables aux soins d'esthétique à domicile pour les personnes dépendantes. Face à cette diversité de services, et donc de publics concernés, des nomenclatures ont été ébauchées.

Des catégorisations variables

Dans un récent rapport, le Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE) préconise **d'isoler les activités répondant effectivement à des besoins sociaux** avérés des autres. En effet, les services s'adressant aux personnes socialement fragilisées et aux familles avec de jeunes enfants appellent un traitement différent de ceux visant à

améliorer la qualité de vie. Ainsi, la fiscalité, les modes de financement et le contrôle qualitatif de ces différentes activités ne peuvent être envisagés de manière uniforme.

La notion de "mieux-être" recouvre des réalités très différentes en fonction des prestations envisagées.

Le législateur s'est inspiré d'un découpage similaire en affinant toutefois le contour des services à portée sociale. Dans cet ensemble, il distingue la garde d'enfants, l'assistance aux personnes âgées ou handicapées qui favorise leur maintien à domicile et les services relatifs aux tâches ménagères ou familiales.

Le champ et la nature des services sont expressément définis par l'article L7231-1 du Code du travail, auquel a été adjointe par décret une liste de **21 activités admises au titre des services à la personne**. Seules les activités appartenant à cette liste sont susceptibles d'ouvrir droit à des avantages financiers.

L'ANSP retient une segmentation plus souple tout en proposant une répartition des activités reconnue par la loi :

• **LA VIE QUOTIDIENNE**

Par nature, cet ensemble de services est principalement proposé aux actifs. Il comprend les petits travaux de bricolage, de jardinage, d'entretien de la maison, les travaux ménagers, la préparation de repas ou la livraison à domicile de repas. Les activités de coordination et de délivrance des services à la personne sont compris dans ce groupe.

• **LA FAMILLE**

Ils sont traditionnellement destinés aux ménages avec de jeunes enfants. Ils regroupent entre autres le soutien scolaire, la garde d'enfants et l'accompagnement lors de leurs déplacements ou l'activité de garde malade (hors actes médicaux). Avec les extensions successives du champ des services à la personne, les activités d'assistance informatique et administrative à domicile ont été intégrées à cet ensemble.

• **LES PERSONNES À L'AUTONOMIE RÉDUITE**

L'assistance aux personnes âgées et/ou handicapées, l'aide au transport et à la mobilité, l'accompagnement dans les gestes de la vie courante sont au fondement de ce type de services. Mais cet ensemble intègre aussi la conduite de véhicule personnel, les soins esthétiques à domicile ou la promenade des animaux de compagnie. Les soins relevant d'actes médicaux sont exclus du secteur.

Les activités ainsi réparties doivent être exercées au domicile du demandeur ou dans sa proche périphérie. En effet, les services impliquant une livraison ou un accompagnement doivent nécessairement être associés à un ensemble d'activités réalisées à domicile. Dans le cas contraire, ils ne peuvent être assimilés à des services à la personne.

Une structuration par la fiscalité

Plus que la définition des domaines d'application des services, c'est sans conteste la portée des avantages fiscaux, des aides et des allègements de charges qui détermine la structuration des activités. En effet, à l'heure actuelle, le secteur ne peut être envisagé qu'au regard du soutien apporté par l'État et des conditions de son attribution.

Ainsi, la demande de services bénéficie d'aménagements fiscaux attrayants (voir l'encadré p. 7). En outre, il existe de nombreuses prestations sociales visant à favoriser l'accès aux services par les personnes fragiles et les familles avec des enfants en bas âge. L'octroi de ces

avantages est légalement subordonné à deux impératifs. L'activité concernée doit naturellement appartenir à la liste des services à la personne et la prestation doit être réalisée dans le cadre d'un emploi direct ou par un intermédiaire agréé.

Dans le cas d'un emploi direct, aucune obligation d'agrément, de qualification ou de formation n'est imposée au salarié.

L'emploi direct, ou de gré à gré, correspond à la situation où l'usager du service emploie directement le producteur. L'offreur de service est donc **salarié d'un particulier employeur**. La relation de travail est régie par un contrat de travail oral ou écrit, elle est

soumise à une déclaration préalable à l'embauche. Dans ce domaine, le paiement des prestations par CESU simplifie efficacement les contraintes administratives. De plus, des conventions collectives ont été établies pour chacun des grands types de service. En revanche, il faut souligner qu'aucune obligation d'agrément, de qualification ou de formation n'est objectivement imposée au salarié.

La situation est tout autre pour l'ensemble des entreprises et des associations.

Les services à la personne regroupent une vingtaine de métiers, qui répondent chacun à des besoins très différents : maison, enfants, assistance, confort et loisirs.

Seuls les **organismes agréés** par la préfecture du siège social et leurs clients peuvent bénéficier des différents aménagements fiscaux. Les agréments, renouvelables tous les cinq ans, sont soumis à une condition d'exclusivité. Les organismes ne sont pas autorisés à proposer d'autres acti-

vités que des services à la personne.

Deux sortes d'agrément existent :

• **L'agrément simple** est valable au niveau national. Il concerne toutes les activités de services à la personne, à l'exclusion de ceux destinés aux personnes fragiles. Ce type d'agrément assure que les organismes titulaires respectent les conditions administratives ouvrant droit aux exonérations fiscales pour leurs clients.

• **L'agrément qualité** dont la validité est limitée au département de délivrance. Il est obligatoire pour les prestations destinées aux personnes âgées de plus de 60 ans, les personnes dépendantes ou handicapées, ainsi que pour les enfants de moins de trois ans. Son attribution répond à des règles strictes. En particulier, l'organisme doit être en mesure d'offrir un accueil physique et téléphonique de qualité au sein de locaux adaptés, de proposer une documentation écrite, d'informer sur ses tarifs et d'établir systématiquement un contrat de prestation détaillé. Il doit aussi être en mesure de répondre aux situations d'urgence, d'assurer la continuité des interventions

Le secteur des services à la personne est une qualification juridique française ouvrant droit à des avantages fiscaux, des aides et des allègements de charges.

LES SERVICES À LA PERSONNE : UN SECTEUR FISCALEMENT PRÉSERVÉ

• Des réductions d'impôts sur le revenu

Les ménages peuvent **déduire 50 % des sommes déboursées** pour la consommation de services à la personne lors de leur déclaration d'impôts, dans la limite de 6 000 € par an (en 2010, le plafond sera porté à 7 500 € pour la première année de déclaration). Les sommes concernées correspondent aux salaires et charges sociales versées dans le cas d'un particulier employeur ou au montant des factures réglées à un organisme agréé. Dans le cas où le déclarant est un actif non imposable, l'avantage fiscal est transformé en **crédit d'impôt**. Dans tous les cas, les aides reçues pour le financement des prestations doivent être déduites des sommes déclarées (contribution de l'employeur au CESU préfinancé, aides des allocations familiales et du Conseil général).

Le plafond de déductibilité est augmenté jusqu'à 7 500 € pour les ménages ayant des **enfants à charge** et **les personnes âgées** de plus de 64 ans. Pour les personnes dépendantes, le plafond peut atteindre 10 000 €. Certaines activités sont toutefois soumises à **des plafonds inférieurs**. C'est le cas des prestations de bricolage (250 €), de l'assistance informatique (500 €) ou du jardinage (1 500 €).

• Un crédit d'impôt pour la garde des enfants

Un crédit d'impôt équivalent à 50 % des montants déboursés pour la garde d'enfant hors du domicile est accordé. Il est plafonné à 2 300 € par an et les aides perçues au titre de la garde doivent être déduites.

• Des exonérations de charges

Le **particulier employeur** peut voir ses cotisations patronales de Sécurité Sociale allégées de 15 points lorsqu'il opte pour une déclaration "au réel" des salaires.

Les **organismes agréés** (entreprises ou associations) sont totalement exonérés de cotisations patronales de Sécurité Sociale dans la limite d'un montant équivalent aux cotisations versées pour un SMIC.

Dans tous les cas, les services délivrés aux personnes âgées de plus de 70 ans ou aux personnes dépendantes sont totalement exonérés de cotisations patronales de Sécurité Sociale. Cette exonération n'est pas plafonnée.

• Une TVA réduite

Le taux de TVA appliqué aux prestations de services à la personne est de 5,5 %.

tous les jours de l'année et de vérifier les compétences de ses salariés. Ces obligations visent à fournir un minimum de garanties qualitatives pour des prestations qui relèvent d'une mission sociale.

Sous certaines conditions, les organismes opérant dans l'aide et l'accompagnement aux personnes âgées ou handicapées et aux familles en détresse peuvent opter pour une **autorisation d'exercice**. Elle est délivrée par le Conseil Général en lieu et place de l'agrément et demeure valable quinze années. Dans la mesure où il participe largement au financement de la demande sur ce segment des services, la tarification est légalement fixée après négociation avec les organismes intervenants.

Les différents modes d'organisation de l'offre

Alors que l'emploi de gré à gré impose au particulier employeur d'assumer l'ensemble des contraintes administratives et des aléas de la relation salariale, les entreprises et les associations peuvent organiser leur offre selon deux modalités allégeant les obligations et responsabilités du demandeur :

- **Le mode mandataire** dans lequel l'utilisateur du service fait appel à un organisme chargé de sélectionner l'intervenant et de gérer les obligations administratives liées à son activité. Dans cette configuration, l'utilisateur reste l'employeur de

l'intervenant. Il s'agit donc d'une forme d'intermédiation par laquelle le demandeur peut choisir un intervenant parmi un ensemble de postulants pré-sélectionnés.

- **Le mode prestataire** qui correspond à une prestation de service classique fondée sur un contrat d'entreprise. L'utilisateur du service paie un organisme qui gère l'intégralité de la réalisation de la prestation. L'intervenant est donc salarié de l'organisme. Il faut noter qu'en tant qu'organismes à but non lucratif, les associations prestataires sont exonérées de TVA, d'impôt sur les sociétés et de taxe professionnelle.

19 enseignes nationales structurent et distribuent les services à la personne sur l'ensemble du territoire.

Parallèlement aux différents offreurs de services, l'ANSP a favorisé le développement d'**enseignes nationales**.

Elles permettent une meilleure organisation de l'offre susceptible de générer, à terme, une réduction des coûts de transaction. Ces entreprises informent et orientent les usagers tout en leur octroyant un accès simplifié aux services et la garantie d'un certain niveau de qualité. Il existe actuellement dix-neuf enseignes composées de réseaux et de fédérations d'associations ou d'entreprises de services à la

personne, d'organismes d'assurance et d'émetteurs de CESU.

Les enseignes ne produisent pas de services mais font office de **plateforme de répartition**. Elles bénéficient néanmoins d'aides financières car leur activité fait partie de la liste légale des services à la personne. Elles mettent à disposition un plateau téléphonique et un site Internet afin que l'utilisateur puisse exprimer sa demande. Il est alors orienté vers le producteur de services, partenaire de l'enseigne, le plus qualifié au regard des besoins énoncés. Le niveau des services repose sur le respect d'une charte de qualité établie entre les partenaires et sur la possibilité de déployer des pénalités graduées à l'encontre des offreurs déficients.

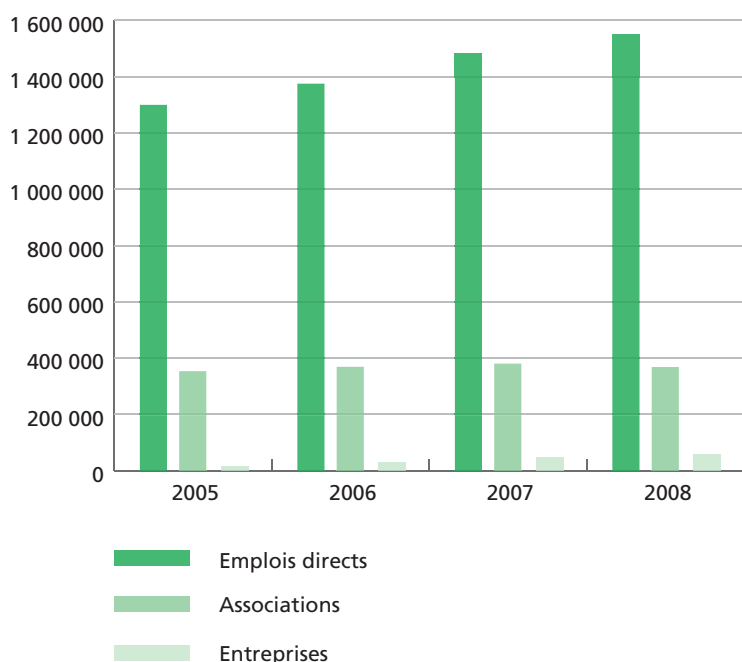
Dans l'ensemble, la structuration du secteur reste en cours d'évolution. Les Pouvoirs Publics conservent un rôle clef dans l'initiation des mouvements de transformation. Leur intervention marquée, notamment au niveau du financement des services sans portée sociale immédiate, peut être expliquée par d'importantes potentialités de développement. Toutefois, la lisibilité du secteur reste faible.

3 Un secteur en évolution

- Graphe 1 -

Répartition des emplois par type de gestionnaire

Source : ANSP (2009)



Un des indices de l'inachèvement de la structuration du secteur réside dans la **carence en informations solides** permettant de le décrire concrètement. En particulier, l'estimation du volume d'emploi généré est malaisée, alors même que les plans de développement ont fixé des objectifs chiffrés dans ce domaine. En effet, le secteur est un ensemble composite qui n'est pas encore défini au sein des nomenclatures statistiques de l'INSEE. Cependant, suite à des efforts de normalisation, la plupart des estimations tendent à converger.

La prédominance de l'offre en emplois directs

Selon les données de l'ANSP, le secteur présente d'**importants déséquilibres structurels**. L'offre, mesurée par une estimation du volume d'emploi, émane très majoritairement d'une relation de gré à gré. Les particuliers employeurs salariant directement un intervenant concentrent ainsi plus de 78 % des emplois du secteur. Cette part atteint 85,8 % lorsque sont pris en compte les salariés recrutés par le biais d'organismes mandataires.

Cette répartition tend à se confirmer au cours du temps. La **part des emplois créés par les particuliers employeurs est dominante** depuis 2006 (emplois directs et mandataires). Elle a atteint 83 % en 2008. Les dispositifs de simplifications administratives mis en place à partir de 2005 peuvent

expliquer en partie ces observations. En effet, entre 2005 et 2008, **le nombre de particuliers employeurs a crû de 14 %** et le nombre d'utilisateurs de CESU de plus de 31 %.

En outre, il semble que ces usagers aient un recours plus intensif aux services à la personne, puisque **le volume d'emploi émanant des particuliers employeurs a augmenté de 16 %** sur la même période. En revanche, la plupart des analyses précisent qu'une grande part de ces créations d'emploi correspondrait à la régularisation d'emplois préexistants mais non déclarés.

Selon le Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion sociale (CERC), les particuliers employeurs ont principalement recours à **des prestations de ménage et de repassage** lorsqu'il s'agit d'emploi de gré à gré. Il faut certainement voir dans cette configuration la survivance d'une structuration traditionnelle de ce type de services qui, avant l'intervention des Pouvoirs Publics, s'apparentait aux activités de la domesticité. Les services assumés par les structures mandataires sont d'ailleurs plus hétérogènes et sont fonction de la nature entrepreneuriale ou associative de l'organisme.

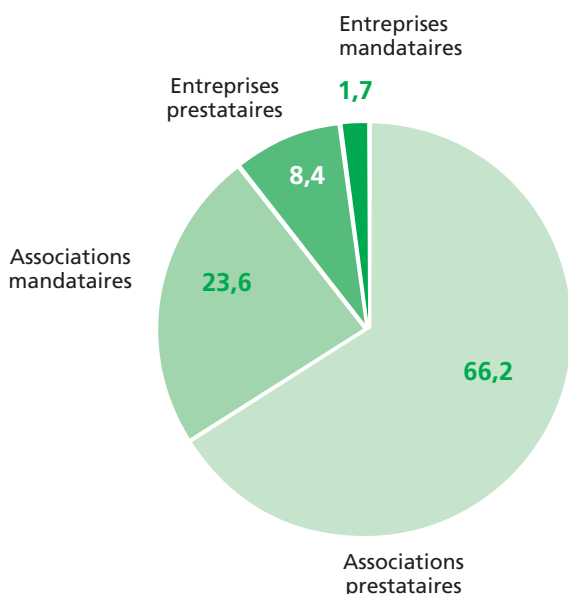
Une forte présence des associations

Selon le CESU, plus de **13 500 organismes agréés** proposent une offre de services à la personne. Un peu plus d'un tiers d'entre eux sont des entreprises. Cette répartition inégale s'observe très clairement dans le volume d'activité.

- Graphe 3 -

Répartition des heures travaillées en 2008

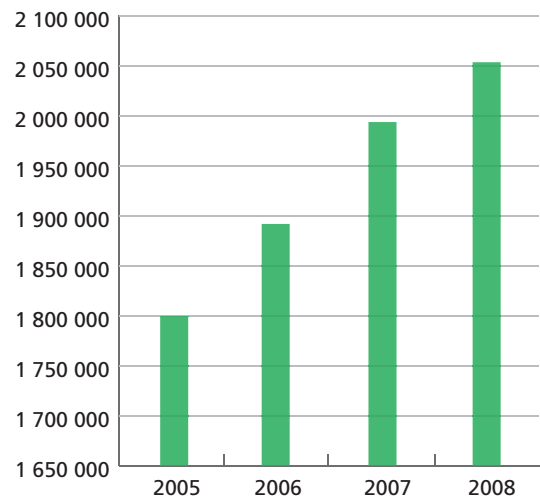
Source : ANSP (2009)



- Graphe 2 -

Estimation du nombre de particuliers employeurs

Source : ANSP (2009)



En effet, les structures associatives et entrepreneuriales ont géré **307,9 millions d'heures de travail en 2008**. Mais, 86 % de ce volume a été réalisé par les associations qui conservent une place prépondérante quelles que soient les modalités de l'offre (prestataire ou mandataire).

Il faut voir dans ces répartitions les effets de **l'ouverture légale tardive du secteur aux entreprises**. Jusqu'en 1996, seules les associations pouvaient intervenir. Les entreprises entrantes ont donc été confrontées à des réseaux associatifs rodés et bien implantés, notamment dans les services aux personnes fragilisées. Avec les services de garde d'enfants, ce domaine était le seul aidé.

Lors de l'extension du champ sectoriel en 2005, les entreprises entrantes ont privilégié **une stratégie de niche** rendue possible par l'octroi d'aides aux activités autres que celles relevant du médico-social. Souvent de très petite taille, elles se sont positionnées sur les activités rentables à court terme telles que le soutien scolaire, la maintenance et l'assistance informatique à domicile ou le petit jardinage.

Toutefois, une nouvelle dynamique semble émerger. Le nombre d'heures travaillées au sein des organismes agréés s'est accru de 20 % environ depuis 2005. Mais **cette évolution semble davantage profiter aux entreprises qu'aux associations**.

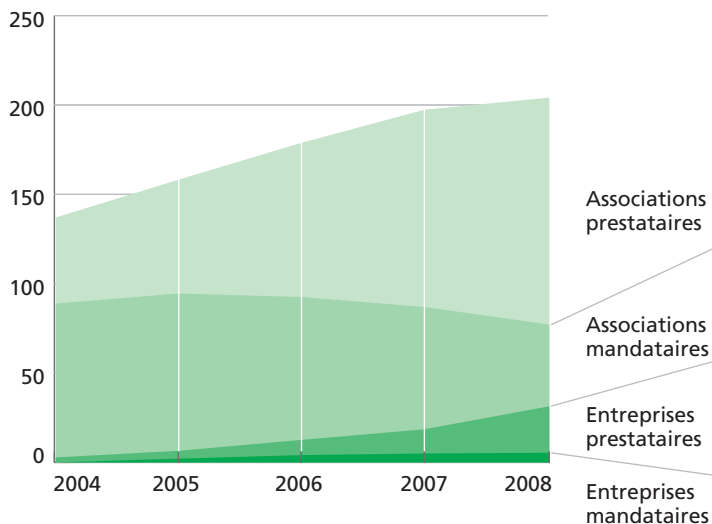
Parallèlement, le volume d'activité mandataire tend à reculer avec une décroissance supérieure à 16 % entre 2006 et 2008. Les structures associatives ont été directement touchées par ce phénomène.

En dépit d'une stratégie de diversification, leurs activités

- Graphe 4 -

Volume d'heures travaillées par type d'organisme

Source : ANSP (2009)



tendent à se concentrer sur le segment des services aux personnes à l'autonomie réduite.

Les modifications des volumes d'activité laissent donc entrevoir une présence croissante des structures entrepreneuriales dans le secteur. Toute la question est alors de savoir dans quelle mesure ce mouvement peut se prolonger. De fait, l'activité sectorielle est soutenue par le budget de l'État et de la Sécurité Sociale pour un montant porté à près de **cinq milliards d'euros en 2008**.

Certes, le coût des aides accordées dans le cadre de services à destination de personnes non fragiles gérés par les organismes prestataires reste relativement peu élevé. Il était de 407 millions d'euros en 2007, alors que pour le même type de services, les aides à destination des particuliers employeurs s'élevaient à 874 millions d'euros.

Mais les évolutions anticipées des populations en perte d'autonomie laissent entrevoir des besoins qui vont croître au cours des décennies à venir. Dans ce cadre, il pourrait être judicieux de recentrer les aides sur le segment du grand âge et de la dépendance. Le secteur retrouverait alors sa vocation première. ■

Les services aux personnes dépendantes

Stéphane Rapelli – Chargé d'études et de recherches

Au sein du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale de 2009, il est rappelé qu'un « haut degré de priorité politique s'attache au maintien à domicile des personnes âgées dans les orientations retenues par le Gouvernement ». Il n'est donc pas surprenant que dans le domaine du grand âge, les services à la personne bénéficient d'une attention soutenue. Ils sont à même d'apporter la réponse matérielle à cette volonté politique.

Toutefois, cette volonté concerne très précisément la population des personnes âgées dépendantes. Comme il s'agit d'un public par définition fragile, les services prennent alors une dimension particulière. Ils s'inscrivent en effet dans le domaine médico-social. La demande qui en émerge est donc porteuse de caractéristiques qu'il convient de prendre en compte afin de garantir la cohérence du secteur.

1 La dépendance et ses enjeux

La dépendance désigne une **perte d'autonomie constatée chez les personnes âgées (60 ans et plus)**. Dans le cas de personnes plus jeunes, c'est la notion de handicap qui est retenue*. Cette altération de l'autonomie se traduit par le besoin impératif d'une aide pour la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne. La simplicité de cette définition masque toutefois la complexité qu'impliquent la détermination du degré de dépendance au niveau individuel et la portée collective d'un risque médico-social qui tend à s'amplifier.

Une délimitation délicate

L'appréciation de la dépendance repose sur de nombreux critères (état de santé, environnement matériel...) et plusieurs méthodes d'évaluation existent. La plus courante consiste à **déterminer le degré de dépendance** par le biais d'une grille de mesure de l'autonomie. Ce type de grille permet notamment de quantifier les besoins d'une personne dépendante lors des procédures d'octroi de l'APA. Ainsi, seules les personnes

La loi de 1998 définit la dépendance comme l'état d'une personne qui, par suite de maladie ou de déficience physique, mentale ou psychique, a un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie.

* Les systèmes de prise en charge diffèrent selon l'âge de la personne. En général, les droits à compensation d'un handicap survenant avant soixante ans sont plus favorables que ceux octroyés lorsqu'une personne devient handicapée à soixante et un ans ou plus.

appartenant aux groupes GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de cette allocation (voir l'encadré ci-dessous).

Toutefois, il n'existe pas de mesure universelle de la dépendance et l'évaluation des besoins qu'elle génère reste délicate. Le rapport Gisserot rappelle que plus d'une centaine de méthodes d'évaluation peuvent être utilisées en générant des résultats très variables. Toute la difficulté réside naturellement dans le **choix des critères d'observation**. Pour s'en convaincre, il suffit de considérer la configuration du logement. Pour une personne âgée peu mobile, la perte d'autonomie peut être accrue lorsqu'elle habite dans un immeuble sans ascenseur plutôt que dans un logement construit de plain-pied.

Parallèlement, la détermination de la réponse à donner aux besoins des personnes dépendantes s'avère, elle aussi, délicate. La difficulté provient tout d'abord de la **portée sociétale de la dépendance**. En effet, les personnes âgées en perte d'autonomie sont soumises à une assistance extérieure pour une durée indéterminée. Tout au plus peuvent-elles espérer une stabilisation de leur degré de dépendance.

Or, quelle que soit son origine, cette assistance est la seule à même de les maintenir au sein de la société. L'aide apportée permet de lutter durablement contre l'isolement social généré par l'altération de l'autonomie.

Cette finalité donne à l'assistance aux personnes âgées dépendantes toute sa **spécificité par rapport aux autres services** à la personne. Ces derniers sont limités temporellement et peuvent se placer exclusivement dans une logique de marché concurrentiel. Ainsi, le jeune actif faisant appel à un service de repassage peut interrompre temporairement ou définitivement la prestation dès lors qu'il la



UNE MESURE DE LA DÉPENDANCE : LES GROUPES ISO-RESSOURCES (GIR)

Les organismes de Sécurité Sociale retiennent une évaluation de la dépendance des personnes âgées par rapport à leur capacité à effectuer les gestes de la vie quotidienne. Six niveaux de dépendance caractérisant des groupes de personnes ayant les mêmes besoins en termes d'heures de soins (iso-ressources) sont définis :

- **GIR 1** : regroupe les personnes les plus dépendantes. Elles sont confinées au lit ou au fauteuil. Elles ont perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale. Leur état sanitaire justifie d'une aide continue.
- **GIR 2** : réunit les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les capacités mentales sont partiellement altérées et qui requièrent une prise en charge pour la majorité des actes de la vie courante. Ce groupe intègre aussi les personnes conservant leurs capacités motrices mais dont les fonctions mentales sont altérées.
- **GIR 3** : inclut les personnes qui conservent leur autonomie mentale et, en partie locomotrice, mais qui ont besoin d'aide pour leur autonomie corporelle plusieurs fois par jour.
- **GIR 4** : se compose des personnes ne pouvant se lever seules mais qui peuvent, une fois debout, se déplacer dans leur logement. Elles doivent également être aidées pour la toilette, l'habillage et parfois pour le repas.
- **GIR 5** : concerne les personnes ayant besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- **GIR 6** : comprend les personnes ayant conservé leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

juge inutile ou trop chère. Ce n'est pas le cas d'une personne âgée qui doit nécessairement recourir à une aide pour l'habillement et la toilette. Le degré de dépendance constitue alors le motif d'une demande contrainte et incompressible.

En outre, toutes les analyses soulignent les difficultés inhérentes à la **délimitation précise des services** effectués au bénéfice des personnes en perte d'autonomie. Sachant qu'ils peuvent contenir des soins, il convient de déterminer dans quelle mesure la prestation relève de l'assistance ou de l'acte médical qui est légalement exclu du champ des services à la personne. Ainsi, la détection du seuil critique permettant de classer les soins d'hygiène dans l'une ou l'autre de ces catégories est malaisée. La porosité des domaines parfois constatée dans les faits (le rapport du CERC fait état d'aides ménagères faisant fonction d'infirmières ou de kinésithérapeutes) est sans conteste renforcée par le caractère social des services demandés.

Un risque médico-social

Au-delà d'une altération de l'autonomie et des besoins individuels qu'elle génère, la dépendance s'analyse en



termes de risques. **Au niveau individuel**, la dépendance est un aléa qui ne pèse pas sur toutes les personnes âgées de manière identique. Une importante inégalité est ainsi observée en fonction du sexe. Selon les données de l'INSEE, l'âge moyen des hommes dépendants est de 78 ans alors qu'il s'élève à 83 ans pour les femmes. En revanche, la population âgée féminine est plus que concernée par ce risque. En effet, plus de deux tiers des personnes dépendantes sont des femmes.

Cette configuration pourrait s'expliquer par des effectifs féminins plus importants au sein de la population âgée. Mais la figure 5 montre que **les femmes sont proportionnellement plus exposées** à la dépendance à mesure que l'âge s'accroît.

Le recouplement des études statistiques laisse à penser qu'en moyenne la population âgée masculine bénéficie d'un état de santé objectivement meilleur.

En outre, la probabilité individuelle de connaître un état de dépendance est **fonction du niveau d'étude**. Cette corrélation est la même que celle constatée lors de l'estimation de l'espérance de vie.

Ainsi, les personnes ayant réalisé des études longues ont plus de chance d'appartenir à un milieu social aisé et ainsi de préserver un meilleur état de santé.

Les inégalités individuelles face à la dépendance ne doivent cependant pas masquer sa **dimension collective**.

En effet, sous les effets combinés de l'accroissement de l'espérance de vie et du vieillissement des générations issues du baby-boom, le nombre de personnes dépendantes devrait s'accroître de façon notable au cours des prochaines années.

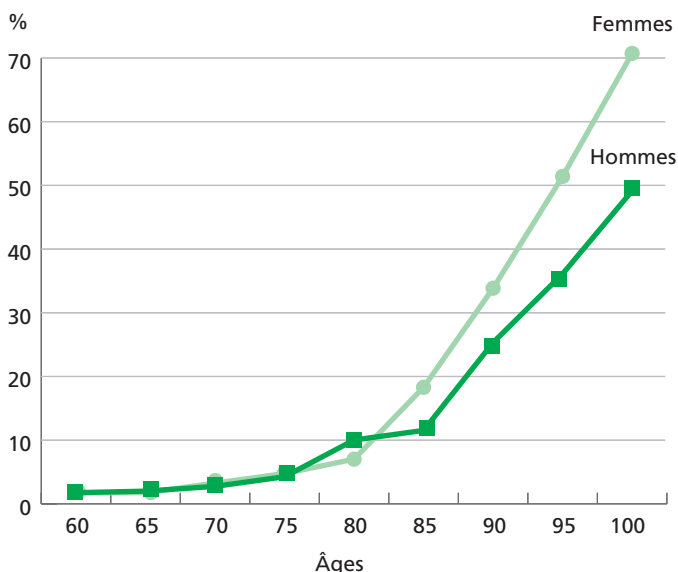
En supposant un rapprochement de l'espérance de vie des hommes et des femmes, une diminution tendancielle du taux de dépendance pour les personnes âgées de 60 à 80 ans et un accroissement de la dépendance pour les âges les plus élevés, **les calculs de l'Observatoire laissent à penser que près de 2,2 millions de personnes seront dépendantes en 2040**. En d'autres termes, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie devrait s'accroître de 37 % par rapport à 2009.

L'évolution de ces effectifs conduit à s'interroger sur les

- Graphe 5 -

Taux de dépendance par âge et sexe

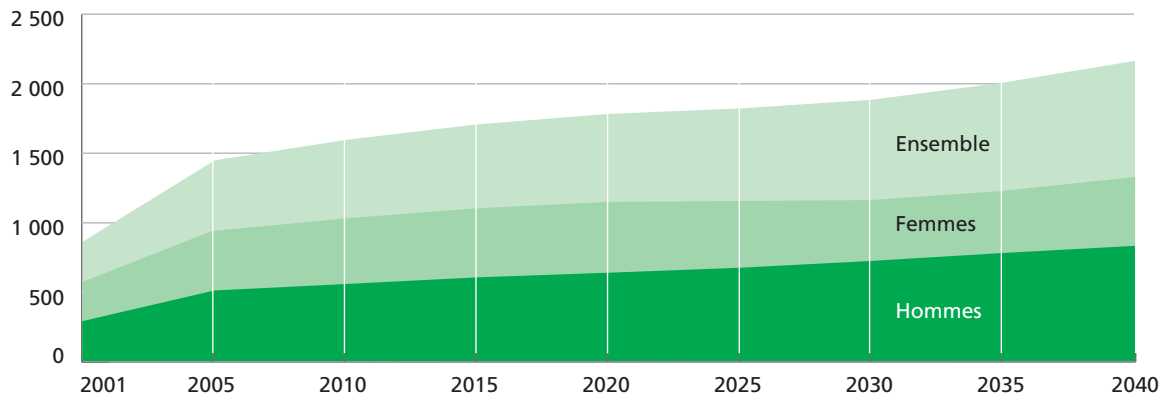
Source : INSEE, Enquête HID 98-99



- Graphe 6 -

Estimation du nombre de personnes dépendantes (en milliers)

Source : données INSEE, DREES, calculs Observatoire Alptis



stratégies de prise en charge de la dépendance à moyen terme.

Ce questionnement concerne directement les modalités de financement des services. Il s'agit alors de déterminer quelle

est la part devant être supportée par la solidarité nationale et celle restant à la charge de l'individu.

Parallèlement, l'efficacité de l'articulation des services déployés peut, elle aussi, être mise en question.

2 La prise en charge financière de la dépendance

Du point de vue financier, **trois possibilités principales** sont envisageables face aux coûts engendrés par la situation de dépendance :

- **Les aides sociales** généralement dispensées par les collectivités locales,
- **Le financement individuel,**
- **L'allocation personnalisée d'autonomie (APA).**

Les premières, destinées aux personnes les plus pauvres, sont soumises à des conditions de ressources très strictes et sont limitées dans le temps.

Le financement privé est fondé sur une épargne personnelle préalable, des revenus courants et/ou la solidarité familiale. Toutefois, le rôle financier de la famille hors conjoint reste très modeste. Il se traduit de manière plus conséquente en termes d'aide en nature.

D'autre part, la création de fonds privés permettant de

L'APA : L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

Cette allocation est gérée par les Conseils Généraux. Elle est destinée aux personnes de soixante ans et plus en perte d'autonomie, appartenant aux GIR 1 à 4. Les bénéficiaires peuvent résider à domicile ou en établissement.

L'APA vise à répondre aux besoins particuliers de chaque bénéficiaire. Elle permet de prendre en charge une partie des services et des aides palliant les conséquences de la dépendance.

L'allocation est ouverte sans conditions de ressources, mais le montant versé est modulé en fonction des revenus de la personne dépendante. Elle n'est pas cumulable avec certaines aides alternatives comme l'aide ménagère ou l'allocation compensatrice pour tierce personne.

- Tableau 1 -

L'APA à domicile au 31/12/08

Source : DREES

	Nombre de bénéficiaires (milliers)	Montant moyen (€)	Montant à la charge des Conseils Généraux (€)	Participation des bénéficiaires acquittant un ticket modérateur (€)
GIR 1	17	1 007,09	833,32	239,04
GIR 2	124	784,64	635,35	194,12
GIR 3	149	577,33	473,73	134,95
GIR 4	399	348,62	289,22	75,70
Ensemble	689	493,86	406,06	113,74

prévenir le risque de dépendance est très récente et **les effectifs actuellement en perte d'autonomie n'ont pas constitué de réserves financières**. Le marché commencerait seulement à émerger et trois millions de personnes auraient contracté une garantie dépendance. Le financement privé est donc similaire à celui qui est observé dans le cadre des services aux personnes non dépendantes et la demande bénéficie d'aménagements fiscaux similaires.

Enfin, depuis 2002, toute personne âgée dépendante peut bénéficier d'une prise en charge au moins partielle du financement des biens et services nécessaires à la sauvegarde de son autonomie. **L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)** est ainsi versée à plus de 1,1 million de personnes. Près de deux tiers d'entre elles continuent de vivre dans un domicile privé, que ce soit le leur ou celui d'un membre de leur famille.

L'octroi de l'APA pour une personne résidant à domicile est adossé à un **plan d'aide personnalisé**. Il est établi par une équipe médico-sociale (médecins, infirmiers, assistante sociale, auxiliaires d'accompagnement) qui est chargée d'évaluer à domicile le degré d'autonomie du demandeur et de recenser l'intégralité de ses besoins. L'environnement social, familial et physique de la personne dépendante est ainsi pris en compte. Le plan détermine la demande effective de services qui peut même intégrer des travaux d'adaptation du logement.

Il faut noter que le montant de l'APA correspond au montant des sommes induites par le plan d'aide et effectivement utilisées par le bénéficiaire, montant diminué d'un "ticket modérateur" en fonction de ses revenus. De plus, le montant

maximal de l'allocation est déterminé au regard du degré de dépendance.

Bien que très séduisant, le déploiement d'un plan d'aide personnalisé présente quelques limites notables.

Le déploiement d'un plan d'aide personnalisé est un principe très séduisant. Toutefois, il présente quelques limites notables. Sa mise en œuvre résulte d'une demande de la personne en perte d'autonomie et **rien ne garantit que toutes les personnes concernées initient une demande**

d'aide. Le manque d'information, la mésestimation de l'état de dépendance personnel ou la peur de la charge administrative sont susceptibles de générer une barrière à l'entrée du dispositif.

Plus encore, selon le rapport du CERC, la moitié des personnes bénéficiant d'une aide déclarent ne pas être totalement autonomes pour faire leur toilette, 28 % d'entre elles font état de difficultés et 16 % avouent une incapacité à la faire seules. Or, moins de 20 % des personnes aidées disposent d'un service prévoyant une aide à la toilette. Ce constat rappelle la difficulté d'évaluer les besoins effectifs des personnes en perte d'autonomie. Il peut aussi conduire à **s'interroger sur l'adéquation du montant des aides avec**

les coûts effectifs des services. Ainsi, les personnes les moins dépendantes ne bénéficient en moyenne que de 3 heures d'aide hebdomadaire, surtout dédiées aux tâches ménagères, et les plus dépendantes de 15,5 heures.

Une difficulté : évaluer les besoins effectifs des personnes en perte d'autonomie.

En outre, la modestie des volumes horaires dédiés à la réalisation des services implique systématiquement l'intervention effective d'aidants naturels, c'est-à-dire de membres de la famille proche. Cette caractéristique est en prise directe avec la délimitation délicate du rôle des différents intervenants du secteur des services.

3 Différents types d'offreurs

La nature des offreurs de services varie fortement en fonction du degré de dépendance. Toutefois, **la participation de membres de la famille** est une constante. Cette aide est très peu formelle mais complète efficacement l'intervention des professionnels. En principe, ces derniers ne sont en effet pas censés intervenir au-delà du périmètre des services définis dans l'offre de prestation. Dans le cas des services non médicaux, les prestations concernent avant tout les activités domestiques, la toilette et l'habillage. Or, trois bénéficiaires de l'APA sur quatre reçoivent une aide de leur entourage familial pour une durée hebdomadaire deux fois supérieure aux services professionnels, ce qui confirme l'existence d'une demande non satisfaite.

Les services professionnels sont surtout produits par des **structures associatives** sous les modes mandataires ou prestataires. Il faut voir dans cette particularité l'impact de l'héritage historique du secteur et le rôle médico-social des intervenants. Des structures publiques, comme les centres communaux et intercommunaux d'action sociale et para-publiques, à l'image des Caisses de Sécurité Sociale, proposent elles aussi des services d'aide à domicile. En revanche, si l'offre entrepreneuriale tend à croître, elle se localise surtout dans les grands centres urbains en étant issue de structures de très petite taille qui peinent à pérenniser leur activité sur le segment de la dépendance.

Parallèlement à ces offreurs, **des intervenants dispensent des soins médicaux** à domicile.

Il s'agit des Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD), des infirmiers libéraux ou des organisations d'Hospitalisation À Domicile (HAD). Leur intervention, financée par l'Assurance maladie, n'est pas à proprement parler du ressort

des services à la personne. Toutefois, elle contribue directement à la prise en charge matérielle de la dépendance.

Dans le domaine des services à la personne, la participation des membres de la famille complète efficacement l'intervention des professionnels.

Enfin, la personne dépendante est au centre d'un ensemble d'intervenants dont les missions, les capacités, les modes d'organisation et les modalités de rétribution sont des plus hétérogènes. Dans les faits, **l'action concomitante de ces différents acteurs est susceptible de générer des inefficacités en raison du cloisonnement trop rigide des activités.**

Par exemple, le prestataire chargé de la toilette et de l'aide à la mobilité de la personne âgée peut mettre en œuvre une technique jugée inadaptée par des aidants familiaux non formés. De même, les gestes effectués par ce même prestataire peuvent se révéler dangereux si un traitement médical non signalé interdit certains mouvements.

Ce simple exemple met en valeur une des principales pistes d'amélioration du segment des services aux personnes âgées dépendantes : l'émergence d'**une structuration favorisant la coordination** des actions et des acteurs. L'expérience des Services Polyvalents d'Aide et des Services d'Accompagnement à Domicile (SPASAD) va dans ce sens.

En effet, ils associent au sein d'une même structure l'offre de soins et l'offre d'aide à la personne. Les informations concernant la personne âgée dépendante sont mutualisées entre tous les intervenants et les modalités d'action sont définies

en fonction de la globalité des besoins de la personne. Ce type de structure constitue sans doute une voie d'amélioration qualitative des services aux personnes dépendantes à suivre. Elle s'avère cependant exigeante tant au niveau de la structuration de l'ensemble du secteur que des moyens à déployer. ■



Les services aux personnes dépendantes en questions

Une interview de Jean Riondet



— Membre du Comité scientifique de l'Observatoire Alptis, **Jean Riondet** est Directeur de l'Institut International Supérieur de Formation des Cadres de Santé (IISFCS) aux Hospices Civils de Lyon. Il s'est spécialisé dans les problèmes de formation continue et de formation promotionnelle des professions de santé. Son dernier ouvrage, *"Le recrutement des infirmières : de la formation aux pratiques d'une profession de santé, regards croisés et analyses comparées entre pays"*, coécrit avec un membre du CNRS, a été publié par l'Harmattan en mai 2009.

Observatoire Alptis : *Les services à la personne constituent-ils une réponse viable aux besoins que génère la dépendance ?*

Jean Riondet : Aujourd'hui, la montée en charge de la grande dépendance, les limites des financements de la Sécurité Sociale, le trop faible nombre d'infirmières libérales disponibles en maints endroits, les effectifs sur le déclin des médecins, nous conduisent à penser que la réponse à la grande dépendance sera une combinaison des ressources humaines et financières du système de santé et de l'offre des associations, des entreprises de services à la personne et des ressources personnelles du côté des services.

Mais l'observation montre que le marché n'est pas vraiment identifié au départ. Ce constat est repris dans le rapport du Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion sociale (CERC), qui identifie des problèmes importants sur le versant de la professionnalisation des personnels d'intervention comme sur la segmentation du marché en cours.

La segmentation repérée est celle des services à consommation maîtrisable : garde d'enfants, cours particuliers, travaux de jardinage... modulables en fonction des ressources des personnes, possiblement limités dans le temps et distincts des services à consommation obligée à durée indéterminée et aux coûts élevés qui émanent des personnes dépendantes et handicapées.

Ce "marché" est une création relativement artificielle dans la mesure où les déductions fiscales ont permis le transfert de salariés non déclarés vers la déclaration. Cela a entraîné une réduction de l'effet statistique "chômage" et une régulation de la relation employeur employé.

Mais, centrées exclusivement sur l'objectif emploi, les organisations de travail aptes à segmenter ce marché pour le rendre opérationnel

via la diversification de leurs prestations et la professionnalisation, tant de leur offre que de leurs employés, n'ont pas fait l'objet d'une attention particulière. Les formes d'emploi se sont donc démultipliées sans encadrement et sans stratégie de diversification.

De ce point de vue, un long chemin reste à faire pour trouver les réponses à la question posée par la dépendance qui ne saurait se satisfaire d'un couplage approximatif entre des professionnels de santé très "professionnels", exigeants, aux pratiques reconnues et encadrées par des textes réglementaires, et des personnels autres, indéterminés dans leurs modes d'intervention.

O. A. : *Quelles sont les pistes à emprunter pour améliorer la professionnalisation du secteur ?*

J. R. : La professionnalisation recouvre deux acceptations. D'une part, le travail individuel d'accroissement de compétences selon des normes et des standards attendus par les clients ; d'autre part, l'organisation d'un milieu professionnel qui est capable de faire valoir sa technicité, son expertise et qui décline ses prestations sous la forme de pratiques standardisées.

Pour que la professionnalisation soit à l'œuvre, il faut trois conditions : que le client soit d'accord avec l'offre de service, que le professionnel y trouve son compte, que l'État y ait intérêt. L'absence de l'une ou l'autre de ces trois composantes rend impossible l'identification de ce processus et son aboutissement. Il y va de la mise en forme des règles de concurrence dans un espace juridique et économique identifié.

Or, sur le marché des services à la personne, le service est coproduit avec la personne qui a autorité et légitimité pour dire comment la prestation doit être réalisée et par qui. C'est une première limite : en l'absence de régulation externe, le fournisseur d'une prestation structu-

rée et identifiée se voit mis en concurrence avec l'offreur de travail non déclaré.

Lorsque le travail est déclaré, la professionnalisation reste nécessaire. Le marché met face à face des professionnels de santé agissant dans des cadres réglementaires stricts et abondants et des professionnels très peu reconnus dans leur expertise et rarement dotés de diplômes. On ajoutera à cette situation l'évolution hospitalière qui tend à réduire considérablement les durées de séjour pour des questions de gestion des ressources humaines et la démographie des professions orientée à la baisse. Le marché des services aux personnes vient alors compenser partiellement certains déficits de l'offre de soins de ville.

Mais ce n'est pas l'axe qui a été retenu par les politiques publiques de développement des services. On assiste plutôt à une démultiplication de l'offre, via la mise en place de plates-formes d'appel qui captent les demandes des clients et les orientent vers les offreurs de services. En conséquence, les entreprises de services à la personne se sont multipliées. Elles agissent généralement sous la forme de mandataire, la famille est l'employeur, souvent à son insu, de la personne qui vient réaliser la prestation, ou en emploi direct avec le Chèque Emploi Service Universel (CESU). On observe aussi le développement du statut d'auto-entrepreneur, car ce statut est exigé par nombre de franchiseurs pour "leurs employés". Aujourd'hui, on estime que près de 85% des heures de service aux personnes sont réalisées sous ces formes juridiques d'emploi.

Les perspectives attendues seraient la mise en valeur de l'offre de service par le biais d'employeurs responsables des prestations fournies. Cela permettrait une professionnalisation passant par la qualification des personnels, notam-

ment par la voie de la formation continue et de la VAE (Validation des Acquis de l'Expérience), et la construction d'un milieu professionnel ou d'une identification des prestations attendues. C'est le modèle retenu pour le marché de la garde d'enfants.

O. A. : *Concrètement, comment peuvent être optimisés les services aux personnes dépendantes ?*

J. R. : Les contraintes que nous devons prendre en compte sont démographiques et financières. À cela s'ajoute une mauvaise visibilité de ce que les filières et réseaux de santé souvent annoncés par l'assurance maladie recouvrent comme réalité.

Les contraintes démographiques touchent les professions de santé ou institutions, insuffisamment nombreuses et organisées pour répondre à la démographie du grand âge et des malades atteints de pathologies chroniques. La réponse consistera à s'appuyer sur d'autres professionnels, dont les aides à domicile, pour fournir des prestations complémentaires à celles des professionnels de santé dans le cadre d'une organisation qui planifie le travail, l'encadre et le qualifie. Ce point sera à travailler particulièrement sur les axes juridiques et économiques, l'un ne pouvant aller sans l'autre dans un contexte de professions réglementées.

Il s'agit donc, encore une fois, de s'interroger sur la professionnalisation du secteur. Elle passera sans doute par les entreprises de services à la personne qui sont employeurs de leur personnel. Elles seront le vecteur de la qualification des personnes (accès aux diplômes par la voie de la VAE et de la formation continue), de l'identification des prestations de service et de leur définition dans l'interaction avec les personnels infirmiers. L'expérience actuelle démonstrative est le travail conjoint des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) avec les services d'aides à domicile lorsque les deux structures appartiennent au même espace juridique et qu'un axe de développement est clairement affiché pour la prise en charge de malades.

Il faut encourager les associations et les entreprises à s'orienter vers des modes d'organisation du temps travaillé de leurs salariés se rapprochant d'emplois à temps plein. En effet, les pratiques actuelles en matière de contrat de temps travaillé conduisent à des emplois très peu rémunérateurs, complétés par des droits sociaux (allocation parents isolés, RSA...) qui les maintiennent dans la catégorie des emplois précaires et des petits boulots.

Pour sortir du risque de développer des emplois

précaires, il faut tout à la fois développer les qualifications, les conditions d'emplois et les conditions de rémunération. De récents textes de loi vont dans ce sens en facilitant l'offre de services coordonnés de professionnels issus de secteurs différents (infirmières libérales et aide à domicile par exemple). Une bonne gestion des emplois et des services ne passera pas seulement par des diplômes mais aussi par la reconnaissance des compétences complémentaires. Ce point sera à travailler très spécifiquement.

La seconde dimension est financière. Ne nous trompons pas : le développement de la maladie chronique et de la dépendance engendre la pauvreté. La retraite moyenne en France et les systèmes de prévoyance laissent des "reste à charge" importants. L'intervention de la collectivité est et restera limitée. Dans un contexte de ressources rares, il faut travailler juridiquement et financièrement l'économie du système.

Les techniques utilisées pour l'instant ont été de deux ordres. Le particulier a vu sa charge allégée par des déductions fiscales qui n'ont d'effet que sur les personnes imposables, l'autre méthode ayant porté sur l'employeur en réduisant les charges au titre des bas salaires. Cette dernière manière de procéder a eu plutôt comme effet de produire des emplois à bas salaires. Suite à ces mesures, dans la grande distribution et les sociétés de service, nombre de salariés ont été recrutés à temps très partiel. Cette mesure prise en faveur des aides à domicile a plutôt dégradé les conditions générales d'emploi d'autres salariés à faibles revenus.

La réponse pourrait alors être de constituer pour les malades et les personnes handicapées, un espace de règles particulier, définissant le segment sur lequel l'abaissement du coût du travail serait généralisé à partir d'une suppression des charges, en contrepartie d'une protection sociale et d'une prévoyance assurées par la solidarité... Bref, des conditions d'emploi devenant attractives pour les salariés et des employeurs intéressés à développer des politiques de qualification de leurs prestations au regard du service rendu.

O. A. : *Finalement, existe-t-il un modèle de développement durable des services aux personnes dépendantes ?*

J. R. : L'expérience de ces dix dernières années montre que le développement anarchique de ce marché fut provoqué par les politiques de l'emploi. Il s'est fait au détriment des opérateurs associatifs historiques de l'action sociale, de sorte que le modèle économique ad hoc n'est pas encore décrit ni vraiment imaginé en France.

Les réseaux de santé pourraient constituer un modèle. Des exemples existent mais restent marginaux et les grandes fédérations d'associations d'aide à domicile sont campées sur le schéma classique du partage sanitaire/social. L'offre de soins de ville souffre d'un manque de professionnels qualifiés et une recombinaison des organisations de prise en charge des malades à domicile reste à imaginer.

Pour la mise en œuvre, l'utilisation des cadres réglementaires disponibles, réseaux de santé, filières de soins, groupements de coopération sanitaire et médico-sociale, permettrait de déterminer l'espace professionnel et humain où des règles particulières fiscales, sociales, professionnelles dérogatoires au droit commun seraient applicables. On éviterait de reproduire ce que les règles générales sur les bas salaires ont engendré comme effet d'aubaine pour des employeurs peu scrupuleux.

Les Anglais ont depuis longtemps abordé le sujet sous cet angle en requalifiant l'emploi des femmes de ménage pour en faire des *generic workers* ou *key workers*, rémunérées par le système de santé. Elles sont chargées d'accompagner les personnes âgées dans des organisations ad hoc avec l'objectif d'abaisser le nombre des hospitalisations.

Chez nous, le système est à la recherche de pilotes. Quels leaders provoqueront une structuration de ce marché ? Dans son dernier ouvrage, *La Care Revolution*, Martin Vial (Directeur général d'Europ Assistance) décrit ces services de proximité où la relation humaine prime. Le mot *Care* en anglais n'a pas de correspondance exacte en Français. Il s'agit « *de prendre soin de, de se charger de, de s'occuper de, de faire attention à, de s'intéresser à...* ». La relation personnalisée prend la première place après l'ère de la consommation de masse indifférenciée.

Les États développés s'intéressent tous à ce marché qui représente des emplois non délocalisables. L'auteur rappelle que les leviers fiscaux et sociaux sont indispensables pour améliorer la solvabilité des clients, permettre l'émergence d'opérateurs solides et fiables sur ce marché dont l'État, par sa mission de produire les règles, est au fondement de la structuration.

L'approche de Martin Vial n'est toutefois pas innocente. Il fixe comme l'un des axes de développement de sa société, la prise en charge du malade chronique. Le savoir-faire de l'"assistant", doublé de celui de l'assureur auquel il est lié, devrait les mettre en position de leadership sur la maîtrise de ce marché. Ce type de stratégie est aussi à prendre en compte. ■

GLOSSAIRE

- **AAH** : Allocation d'Adulte Handicapé
- **AGED** : Allocation de Garde d'Enfant à Domicile
- **ANSP** : Agence Nationale des Services à la Personne
www.servicessalapersonne.gouv.fr/ANSP.cml
- **APA** : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- **APP** : Allocation de Présence Parentale
- **APE** : Allocation Parentale d'Éducation
- **APJE** : Allocation Pour Jeune Enfant
- **CERC** : Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion sociale
www.cerc.gouv.fr
- **CESU** : Chèque Emploi Service Universel
 - **GIR** : Groupe Iso-Ressources
- **HAD** : Hospitalisation À Domicile
- **PAJE** : Prestation d'Accueil du Jeune Enfant
- **PCH** : Prestation de Compensation du Handicap
- **SSIAD** : Services de Soins Infirmiers À Domicile
 - **TES** : Titre Emploi Service

Bibliographie indicative

- **ANSP (2009)**,
"Tableau de bord d'avril 2009",
Observatoire de l'emploi et de l'activité dans les services à la personne, 8 p.
- **Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale (2008)**,
"Les services à la personne",
Rapport n°8 du CERC, La Documentation Française, 152 p.
- **Duée M. & Rebillard C. (2004)**,
"La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme",
Document de travail G2004/02, INSEE, 50 p.
- **Dumalin F. & Rahou N. (coord.) (2008)**,
"Services à la personne : évolutions, organisation et conditions de travail",
Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), 102 p.
- **Gisserot H. (2007)**,
"Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix",
Rapport public, Ministère de la Sécurité Sociale, des personnes âgées, des personnes handicapées et de la famille, 182 p.
- **Riondet J. (2008)**,
"Les services à la personne : lettre ouverte à Jacques Delors, président du CERC",
Gestions Hospitalières, **478**, 460-464
- **Verollet Y. (2008)**,
"Les services à la personne",
Avis et Rapports, Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE), 75 p.
- **Debonneuil M. (2008)**,
"Les services à la personne : bilan et perspectives",
Document d'orientation 2008-M-024-01,
Inspection Générale des Finances (IGF), 108 p.

L'actualité des membres du Comité scientifique

■ Jacques BICHOT

Professeur d'économie à l'Université Jean Moulin (Lyon 3)

Jacques Bichot a réalisé une étude publiée en mai 2009 par l'Institut Montaigne : **"Réforme des retraites : vers un big-bang"**.

Inéquitable, complexe, morcelé, chroniquement déficitaire, le système de retraite français souffre depuis longtemps de nombreux maux. Une remise à plat et une restructuration en profondeur, autrement dit un "big-bang", sont nécessaires pour y remédier. Dans quel sens et suivant quelle méthode ?

L'examen des réalisations à l'étranger permet de mieux répondre à cette question. Des pays aussi différents que l'Allemagne, la Suède, l'Italie ou le Chili se sont emparés du sujet avec détermination.

Jacques Bichot s'appuie sur ces expériences pour formuler six principes directeurs propres à inspirer une profonde réforme des retraites, adaptée à notre pays. Parmi ceux-ci figurent l'instauration d'un système franchement contributif et l'adoption d'un fonctionnement "à cotisations définies".

Cette étude, qui est disponible sur le site de l'Institut Montaigne (www.institutmontaigne.org) a fait l'objet d'un article paru dans le n° 422 de la **Revue Française de Comptabilité** (juin 2009) intitulé **"Le pilotage des systèmes de retraite : une comparaison internationale"**.



■ Jean RIONDET

Directeur de l'Institut International Supérieur de Formation des Cadres de Santé (IISFCS) aux Hospices civils de Lyon

Jean Riondet est l'auteur de l'article **"Réseaux de santé : une vocation médico-sociale"**, paru en mai 2009 dans le n° 486 de **Gestions Hospitalières**.

Il défend le fait que les réseaux de santé peuvent rendre la coordination des soins de ville plus performante dans la prise en charge des malades chroniques. Il remarque toutefois que les pratiques de la médecine libérale doivent évoluer sensiblement afin de devenir plus coopératives et conventionnées.

■ Jean-François VEYSSET

Vice-président de la CGPME en charges des Affaires Sociales

Jean-François Veysset a été désigné par Jean-François Roubaud, président de la CGPME, comme représentant pour la **"gestion sociale des conséquences de la crise économique sur l'emploi"** lors des prochaines rencontres sociales interprofessionnelles.

Par ailleurs, nous signalons une interview de **Stéphane Rapelli**, économiste indépendant chargé d'études et de recherches, dans le n° 847 de la **Revue du Courtage** de mai 2009. Il a été invité à s'exprimer, dans la continuité de la Lettre de l'Observatoire n° 26 qu'il a rédigée, parue en mars 2009 avec pour thématique les **"Régimes complémentaires obligatoires d'entreprise"**, sur les évolutions de la prévoyance collective au sein des TPE et PME.

L'Observatoire Alptis de la Protection Sociale réunit les Associations de Prévoyance du Groupe Alptis, des universitaires, des chercheurs et des personnalités représentant le monde des Travailleurs Indépendants et des petites entreprises qui composent son Conseil d'Administration.

■ Son comité scientifique est constitué d'un directeur scientifique, Cyrille Piatecki, et de chercheurs dans des disciplines variées : Jacques Bichot, Gérard Duru, Olivier Ferrier, Nicolas Moizard et Jean Riondet.

■ Son premier objectif est d'appréhender le problème de la Protection Sociale des Travailleurs Indépendants, des très petites entreprises et de leurs salariés.

■ Son rôle est de recueillir et traiter des informations dans ces domaines, et de les diffuser au moyen d'ouvrages et d'une lettre semestrielle.



la lettre de
L'Observatoire

Publication trimestrielle éditée par
l'Observatoire Alptis de la Protection Sociale
12, rue Clapeyron - 75379 PARIS CEDEX 08
Tél. : 01 44 70 75 64 ■ Fax : 01 44 70 75 64
E-mail : observatoire@alptis.fr

Direction de la publication :
Georges Coudert.
Rédaction : Cyrille Piatecki, Stéphane Rapelli.
Coordination : Jacqueline Rageot.
Maquette : Déesse Design.
ISSN : 1621-97-83. Dépôt légal en cours

Précisions sur la baisse de la TVA à 5,5 % dans la restauration

Le début de la saison estivale est marqué par un événement de taille pour la restauration. Depuis le 1^{er} juillet, le secteur bénéficie d'un taux réduit de TVA. Cet aménagement fiscal a été entériné en avril avec la signature d'un "contrat d'avenir" d'une durée de trois ans conclu entre l'État et neuf organisations professionnelles*.

En contrepartie, les représentants du secteur se sont engagés à mettre en œuvre des mesures en faveur des consommateurs, des salariés, de l'emploi et de la modernisation de la restauration commerciale. De plus, les aides qui avaient été accordées en 2006 à l'occasion du contrat de croissance en faveur de l'emploi et de la modernisation des hôtels, cafés et restaurants ont été supprimées (aide forfaitaire pour l'emploi de 180 € par mois et par salarié, dotation spécifique de provision pour investissement et amortissement accéléré pour les travaux de rénovation et de mise aux normes...).

Pour leur part, les consommateurs attendent un effort tangible des restaurateurs en faveur des prix. Toutefois, la souplesse des termes de l'accord, les spécificités des entreprises du secteur et un certain pragmatisme entrepreneurial face à la crise conduisent les professionnels à répercuter autrement cette baisse de taxation.

Quatre engagements

- **La réduction des prix de vente** constitue certainement l'engagement le plus visible à court terme. Les accords ont ainsi prévu la répercussion de la baisse de la TVA sur les prix de la restauration traditionnelle (activité de restauration avec un service à la table). Les tarifs de sept gammes de produits sur dix (menu, plat du jour, formule, etc.) doivent baisser de 11,8 %. Cette proportion correspond à la variation du prix TTC lorsque la TVA passe de 19,6 % à 5,5 %. Pour les cafetiers et les limonadiers, ce sont les prix du café, du thé, des boissons fraîches et des sandwiches qui sont concernés. La restauration

rapide est engagée à une simple réduction de 5 % sur le prix de ses formules de référence**.

- **En faveur des salariés**, les organisations professionnelles se sont engagées à ouvrir des négociations avec les syndicats de salariés, portant notamment sur la réévaluation des salaires minimums conventionnels, sur les processus de formation et de validation des acquis et sur l'amélioration des garanties de prévoyance conventionnelle.
- **La création d'emplois** est envisagée avec un objectif de 20 000 contrats à durée indéterminée supplémentaires d'ici juillet 2011 et de 20 000 contrats de formation par alternance avant septembre 2011.
- **Enfin**, les organisations professionnelles se sont engagées à inciter les restaurateurs à réaliser des travaux de rénovation, de mise aux normes et de modernisation de leurs établissements. Un fonds pour la modernisation de la restauration, alimenté par une contribution des professionnels, devrait être mis en place afin de faciliter l'octroi de prêts pour la réalisation de ces travaux.

Différentes stratégies de répercussion

Une des principales caractéristiques du "contrat" passé entre les organisations professionnelles et l'État réside dans l'absence de clauses coercitives. En d'autres termes, rien n'oblige les restaurateurs à appliquer l'un ou l'autre des engagements prévus. Seuls ceux qui déclarent une baisse de leurs prix sont susceptibles de subir un contrôle des agents de la Direction de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes. Cette souplesse d'application a généré quelques incompréhensions au sein du grand public au regard de ses attentes, très médiatisées, en termes de baisse des prix.

Force est de constater que la réduction des prix n'est pas nécessairement une stratégie optimale pour l'ensemble de la profession. Au cours de l'année

écoulée, la restauration traditionnelle a connu un fort resserrement de la demande. Bon nombre de restaurateurs en ont souffert et, sur le premier trimestre, les défaillances d'entreprises ont crû de 18 % par rapport à 2008. Elles représentent d'ailleurs les trois quarts des défaillances observées dans le secteur des hôtels, cafés et restaurants. En revanche, la restauration rapide a bénéficié d'une hausse de la fréquentation, les consommateurs s'étant reportés sur les produits moins chers.

Afin de résister aux effets de la crise, les entreprises ont été contraintes de recourir à l'endettement. Or, 40 % d'entre elles ne comptent aucun salarié et 28 % en emploient un à deux. Pour ces très petites entreprises, la diminution du taux de TVA représente avant tout une opportunité d'élargissement des marges commerciales leur permettant de réduire un taux d'endettement souvent critique. À court terme, l'enjeu est donc de préserver la pérennité des entreprises et des emplois existants.

La situation est tout autre pour les entreprises de taille plus importante qui bénéficient d'une assise financière plus confortable et qui ont pu amortir une partie des effets de la baisse de fréquentation par des variations de personnels. Ces dernières ont tout intérêt à jouer la carte de la baisse des prix dans une logique de stratégie concurrentielle. Les grands groupes et les chaînes de restaurants ont largement appliqué ce principe en annonçant, plus d'un mois avant la conclusion définitive des accords, des baisses tarifaires.

Toute la question est alors de savoir si les TPE appliqueront la même stratégie une fois leur équilibre financier rétabli. Il est fort probable qu'elles privilégient plutôt des aménagements en faveur de l'emploi. La réussite de ces entreprises est en effet directement liée à la qualité de leurs personnels. Ces derniers risquent alors de faire valoir les engagements sur les conditions de travail pris par les organismes professionnels.

* L'intégralité du texte du contrat d'avenir est disponible sur le site : www.baisse-tva-restauration.fr/.

** Dans les départements d'Outre-Mer, la TVA est passée de 8,5 % à 2,1 %.