

Synthèse des travaux de l'Atelier 2 : Panier de biens et services et reste à charge

La lettre de mission adressée par le Premier Ministre à Dominique Libault et le lancement par Agnès Buzyn le 1^{er} octobre 2018 de la concertation grand âge et autonomie et de la consultation citoyenne « Comment mieux prendre soin de nos aînés ? » ont fait suite aux annonces du Président de la République : comment préparer une réforme permettant une prise en charge meilleure et durable du vieillissement ?

Cette démarche globale doit intégrer des réflexions sur l'évaluation des besoins, la question de l'accessibilité financière, des restes à charge et de l'efficacité des dispositifs financés. Parallèlement à une hausse de la dépense publique, la lettre de mission suggère d'examiner les différents leviers qui pourraient permettre d'accroître la capacité d'autofinancement des personnes dépendantes et invite à formuler des propositions d'évolution de la tarification des établissements et services.

L'atelier « Panier de Biens et Services à reste à charge » s'est réuni à quatre reprises entre octobre et janvier :

- une séance consacrée à l'état des lieux, aux avancées permises par les évolutions récentes (loi ASV notamment) mais également aux difficultés d'accès aux prestations ;
- une séance de « brainstorming » permettant de faire émerger des idées sur les questions relatives au panier de biens et services et au financement des dépenses ;
- une séance de consolidation de scénarii d'évolution ;
- une séance de validation d'un scénario central d'évolution des prestations permettant de concilier plus de simplicité pour l'utilisateur et les professionnels du secteur, plus de justice sociale et une prise en charge plus large de la perte d'autonomie dans un souci de responsabilité.

L'atelier propose une évolution majeure des prestations en remplaçant l'APA par une prestation autonomie ou prestation âge autonomie. A domicile, cette prestation comporterait trois volets : aide humaine, aides techniques et aide au répit/accueil temporaire. En établissement, elle solvabiliserait en partie les dépenses d'hébergement. Cette évolution rapprocherait cette prestation de la logique de la prestation compensatrice du handicap. L'atelier souhaiterait d'ailleurs que la barrière d'âge qui limite l'accès à cette dernière soit progressivement augmentée, pour suivre, *a minima* l'âge effectif de départ à la retraite. En établissement, l'évolution du mode de tarification, ramenant de trois à deux le nombre de sections tarifaires, fait consensus. L'aide sociale à l'hébergement pourrait être harmonisée et le principe d'un bouclier dépendance au-delà d'une certaine durée a été proposé. Concernant la tarification des services d'aide à domicile, l'atelier se prononce en faveur d'un tarif horaire national de référence permettant une plus grande lisibilité pour l'utilisateur, avec des dotations complémentaires contractualisées. Dans un souci de justice sociale, il suggère une prise en compte accrue de la capacité contributive des personnes âgées dépendantes. Enfin, sans préjudice des travaux des autres ateliers, il est favorable à la mise en place d'un lieu unique permettant de renseigner et orienter les usagers et à une simplification de la gouvernance. L'effet des mesures sur les dépenses publiques a été évalué lorsque cela était possible avec les données disponibles : ces estimations sont à prendre comme des ordres de grandeur et demanderont à être précisées.

Le présent document restitue les échanges, les points d'accord et les opinions différentes exprimés au sein de l'atelier. Il n'engage pas individuellement les participants de l'atelier et ni institutions dont ils sont membres.

1. Principaux constats

1.1 Une prise en charge publique de la dépense de l'ordre de 80 % mais une architecture complexe et difficilement lisible pour les usagers comme pour les professionnels

1. Les participants font tous état d'une **grande complexité** du système d'accompagnement (cf. annexe I). Au total, les dépenses liées à la perte d'autonomie des personnes âgées, selon le compte de la dépendance de la Drees, représentaient 1,4 % du PIB soit 30 Md€ en 2014 (34,4 Md€ y compris les dépenses dites « de gîte et de couvert » en

hébergement) dont 23,7 Md€ de dépenses publiques (79 %), le reste soit 6,3 Md€ étant à la charge des ménages¹. Elles ne prennent pas en compte le travail informel des 3,9 millions d'aidants² auprès des personnes âgées dont la valorisation atteindrait 7 à 18 Md€³. Les prestations et aides destinées aux personnes âgées en perte d'autonomie sont nombreuses, versées et financées par des organismes différents, avec des critères d'attribution spécifiques (elles peuvent être universelles sans condition, universelles avec prise en compte des ressources, sous conditions de ressources ou bien subsidiaires).

2. Les principales dépenses d'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées sont les suivantes (données 2014) :

- les dépenses de soins pour environ 12,2 Md€ sont financées à 99 % par la dépense publique via l'assurance maladie. La prise en charge est ainsi universelle ;
- les dépenses dites de « dépendance » proprement dites pour 10,7 Md€, qui correspondent aux dépenses d'aides (humaines, techniques et d'aménagement du logement) pour compenser la perte d'autonomie. Les financeurs publics couvrent 8,3 Md€ (soit 77,6 %), et 2,4 Md€ restent à la charge des ménages. Ces données datant de 2014, elles ne tiennent compte ni de la loi ASV (qui a relevé les montants de l'APA à domicile) ni de la transformation dans la LF 2017 de la réduction d'impôt en crédit d'impôt pour les dépenses relatives à l'emploi d'un salarié à domicile. S'agissant de ces deux dispositifs, la DREES estime qu'ils ont augmenté la participation publique d'environ 800 M€ à partir de 2018⁴. La dépense publique se décompose de la façon suivante :
 - o l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) représente 5,5 Md€ (3,5 Mds à domicile et 2,5 Mds en établissement). Il s'agit d'une prestation en nature destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus, en perte d'autonomie, universelle mais modulée en fonction du degré d'autonomie et des ressources. Elle est gérée et financée par les départements, avec le concours de la solidarité nationale, via la CNSA, à hauteur de 38 %. Les ressources prises en compte dans le calcul de l'APA incluent les revenus imputés du capital dormant (biens fonciers ne donnant pas lieu à un revenu, biens mobiliers ni exploités ni placés, à l'exception de la résidence principale). Pour attribuer l'APA, les services départementaux s'appuient sur leur service d'instruction puis d'évaluation des dossiers (l'équipe médico-sociale). Par ailleurs, les départements consacrent également 0,6 Md€ de prestation de compensation du handicap pour les personnes handicapées de plus de 60 ans, la prestation compensatrice du handicap pouvant être perçue après 60 ou 70 ans si elle a été ouverte pour un handicap survenu avant 60 ans ;
 - o les dépenses d'action sociale des caisses de sécurité sociale et des collectivités territoriales s'élèvent à 0,9 Md€. Les conditions d'attribution sont variables selon les caisses et les collectivités mais les aides sont le plus souvent modulées en fonction des ressources ;
 - o les dépenses fiscales et réduction de cotisations, à la charge de l'État représentent 1,2 Md€. La moitié soit 0,6 Md€ correspond aux exonérations de cotisations patronales pour l'emploi d'un salarié à domicile des personnes âgées. Avant la LF 2017, la réduction d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile représentait une dépense fiscale de 0,2 Md€ et profitait aux seuls contribuables acquittant l'impôt sur le revenu. Le reste est composé de la demi-part invalidité et des exonérations et taux réduits de TVA ;
 - o enfin d'autres aides peuvent être mobilisées par exemple pour l'adaptation du logement via l'ANAH ou auprès des organismes complémentaires.

¹ Source : DREES, 2017, « Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 », Etudes et Résultats n°1032.

² Données 2015. Source : DREES, 2019, « Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien », Etudes et Résultats n°1103.

³ Source : de 7 à 11 Md€ pour Conseil d'Analyse économique, 2016, « Quelles politiques publiques pour la dépendance ? », n°35 et 11 à 18 Md€ pour HCFEA, 2017, « La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants ».

⁴ Source : DREES, 2017, « Réactualisation de la projection DREES des dépenses publiques en faveur des personnes âgées dépendantes à l'horizon 2016 », Note au HCFiPS n°2017/19.

- les dépenses d'hébergement (en établissement) représentent 7,1 Md€ auxquelles peuvent être ajoutées 4,4 Md€ de dépenses dites de gîte et de couvert⁵. Elles sont principalement à la charge des ménages (3,8 Mds en sus des dépenses de gîte et de couvert). La dépense publique atteint 3,3 Mds € :
 - o l'Etat couvre environ 2,1 Md€ : 0,5 Md€ sous conditions de ressources à travers les aides au logement, 0,3 Md€ uniquement pour les contribuables les plus aisés à travers la réduction d'impôt pour les dépenses des personnes âgées en établissement, 1,1 Md€ sous la forme de taux de TVA réduit pour la construction d'établissement et 0,2 Md€ d'aides diverses ;
 - o les départements financent 1,2 Md€ sous forme d'aide sociale à l'hébergement (ASH). Il s'agit d'une aide à caractère subsidiaire (versée en complément des ressources de la personne), soumise à l'obligation alimentaire et au recours sur succession dès le premier euro. Le taux de recours de l'aide est faible : seulement 20 % des résidents en Ehpad sont bénéficiaires de l'ASH (120 000 bénéficiaires au total) alors que 75 % ont des ressources inférieures au coût de l'hébergement. Environ 440 000 places d'hébergement d'Ehpad (soit 75% des places) sont habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ce qui se traduit par un encadrement des tarifs hébergement des structures concernés. Outre les EHPAD, 70 000 places sont habilitées dans les autres catégories d'établissements.

Catégorie d'établissements	Nombre de places habilitées
EHPAD publics	288 062
EHPAD privés à but non lucratif	138 212
EHPAD privés à but lucratif	15 802
EHPA (non EHPAD)	3 577
Logements-foyers	32 215
USLD	32 469
Ensemble	510 338

Source : DREES, enquête EHPA 2015

3. Malgré la mise en place par la CNSA d'un portail numérique d'information (www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr) et l'animation par les départements de relais d'information, cette complexité se traduit par de réelles difficultés d'accès aux droits. Ainsi, les participants rapportent la méconnaissance, y compris de certains travailleurs sociaux intervenant auprès de ces publics, des dispositifs de crédit d'impôt qui viennent pourtant diminuer de moitié le reste à charge des personnes bénéficiant d'une aide humaine à domicile. L'interprétation de la faiblesse du taux de recours à l'ASH est plus complexe : aucune étude ne permet de chiffrer la part du non-recours qui proviendrait de la mobilisation de l'obligation alimentaire ou du recours sur succession⁶. Enfin, il n'y a pas de quantification satisfaisante du non-recours à l'APA. Selon l'enquête Vie quotidienne et santé (VQS), en 2014, 1,4 million de personnes de 60 ans et plus vivant à domicile présentent un « score » de perte d'autonomie au moins équivalent au GIR 4 soit près de deux fois plus que le nombre de personnes bénéficiant de l'APA à domicile⁷.

⁵ En effet, les personnes hébergées en institution auraient eu à prendre en charge leur repas et leurs dépenses de logement indépendamment de leur perte d'autonomie. Dans une optique surcoût, seules les dépenses au-delà des dépenses habituelles sont prises en compte.

⁶ Par ailleurs, il pourrait y avoir un frein au principe même de recours à une aide publique, comme pour d'autres droits ou prestations.

⁷ Source : DREES, 2017, « Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014 », Dossiers de la Drees n°13. Environ 70 000 personnes de plus de 60 ans sont par ailleurs bénéficiaires de la PCH.

4. Au niveau macro-économique, la comparaison internationale est malaisée. Sur le champ défini par l'OCDE des soins de longue durée (composantes médicale et sociale)⁸, les dépenses publiques françaises atteignaient en 2015 1,7 % du PIB, un niveau équivalent à celui de la moyenne de l'OCDE et supérieur à celui des grands pays européens : Allemagne (1,3 %), Royaume-Uni (1,5 %), Italie (0,7 %) ou Espagne (0,8 %).
5. Les participants notent que cette catégorisation des dépenses (soins, dépendance, hébergement) qui correspond aux sections tarifaires des Ehpad est à la fois complexe et conventionnelle : certaines dépenses, à mi-chemin entre des dépenses de soins et des dépenses de dépendance, sont partagées selon des règles ad hoc (70% / 30 %), les dépenses d'encadrement ou d'entretien des bâtiments ne sont pas imputées même partiellement dans la section « soins » qui est la plus solvabilisée, etc.
6. Ces règles, si elles répondent à la construction historique de la tarification des établissements (l'assurance maladie ayant financé la médicalisation de maisons de retraites existantes et intervenant donc sur les seuls postes de soins conjointement avec les conseils départementaux sur la compensation de la perte d'autonomie) tendent à contribuer au manque de lisibilité du système d'accompagnement de la perte d'autonomie et à sa lourdeur, aussi bien pour les usagers que pour les professionnels du secteur. Ces dépenses, qui pèsent sur le tarif hébergement, altèrent également la capacité d'investissement des Ehpad qui, pour beaucoup, ont besoin d'être profondément rénovés (mise en place d'une salle de bain pour une ou deux chambres) ou réhabilités (mises aux normes, création d'ascenseurs supplémentaires)⁹.

1.2. Le reste à charge à domicile a été sensiblement réduit depuis 2015 mais il reste élevé en établissement

7. La loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 prévoyait deux types de mesures fortes pour améliorer l'accompagnement à domicile des personnes âgées (réforme dite de l'« APA 2 »), financées par une fraction du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (environ 730 M€ par an). Le décret n° 2016-210 du 26 février 2016 relatif à la réforme de l'APA prévoit ainsi :
 - L'augmentation des plafonds nationaux des plans d'aides, sur l'ensemble des GIR, mais particulièrement sur les GIR 1 et 2 : les plafonds mensuels des plans d'aide ont ainsi été revalorisés à hauteur de 400€ pour les personnes en GIR 1, de 250€ en GIR 2, de 150€ en GIR 3 et de 100€ en GIR 4. Cela représente par exemple, pour les bénéficiaires de l'APA en GIR 1 dont le plan d'aide était saturé, vingt heures de service d'aide à domicile supplémentaires pouvant être mobilisées chaque mois ;
 - La baisse du taux de participation sur les personnes âgées les plus modestes : Le décret du 26 février 2016 prévoit que jusqu'à 800 € de revenus¹⁰ (soit le niveau de l'allocation de solidarité aux personnes âgées - ASPA), les bénéficiaires sont totalement exonérés de participation financière.
8. De plus, la participation financière des bénéficiaires relevant de la tranche intermédiaire de revenus (c'est-à-dire disposant de revenus compris entre 800 et 2 945 €) est désormais modulée en fonction de leurs ressources mais également suivant le montant de leur plan d'aide, de façon à diminuer le reste à charge de ceux dont le plan d'aide est supérieur à 350 euros par mois, ce qui s'est malheureusement avéré nuire à la lisibilité du dispositif.
9. A domicile, l'estimation de l'évolution des restes à charge repose sur des données individuelles collectées en 2011. À cette date, le reste à charge des personnes âgées en perte d'autonomie était évalué à environ 80 € par mois, celui-ci variant entre 52 € pour les personnes en GIR 4 et 174 € en GIR 1. Toutefois, ces données se cantonnent aux dépenses inscrites dans les plans d'aide. Comme environ 25 % des plans d'aide étaient saturés en 2011, aucune

⁸ Ce champ est assez différent de celui du compte de la dépendance : en particulier, les dépenses à destination des personnes handicapées sont comptabilisées. Source : Rapport du Haut Conseil du financement de la protection sociale sur le financement des couvertures sociales dans les domaines de la famille et de la dépendance en comparaison internationale, octobre 2018.

⁹ Ces éléments entrent dans le cadre des travaux de l'atelier 8 « Offre de demain ».

¹⁰ Le seuil précisé dans le décret correspond à 0,725 fois le montant mensuel de la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP). Il est ainsi revalorisé chaque année comme la MTP.

donnée ne permet de connaître l'ampleur des restes à charge au-delà des dépenses inscrites dans les plans. Selon le comportement que l'on suppose au-delà des plafonds, le reste à charge des personnes en GIR 1 ayant un plan saturé s'échelonnait en 2011 entre 214 € et 581 €. Par ailleurs, comme le notent les participants, les bénéficiaires peuvent être amenés à prendre en charge la différence entre le tarif de référence fixé par le conseil départemental pour valoriser le plan d'aide et le tarif réel facturé par le service d'aide à domicile en fonction du statut du service choisi¹¹. L'atelier souligne le besoin de données actualisées et de remontées plus régulières relatives à la situation individuelle des bénéficiaires de l'APA. Cette remontée est prévue dans le cadre de la loi ASV : les données individuelles au 31/12/2017 sont en cours de traitement par la DREES.

10. En outre, l'existence d'un plafond monétaire au plan d'aide conduit à ce que le taux de recours aux différents types de services d'aide humaine varie selon le nombre d'heure notifié. Si 75% des plans comportant de l'aide humaine prévoient le recours exclusif à des services prestataires, cette proportion est écrasante pour les plans d'aide les plus petits tandis que la proportion de services mandataires est maximale pour des plans de taille moyenne (autour de 90 h/mois en GIR 1) et l'emploi direct représente 80% à 90% des plans les plus importants. Cette répartition est directement liée aux tarifs horaires (moins élevés en emploi direct, ce qui permet de maximiser le nombre d'heures sous plafond)¹². Les personnes les plus lourdement privées d'autonomie et/ou ayant les besoins les plus importants supportent ainsi les coûts administratifs et les risques liés à l'embauche d'un salarié. La question de la capacité de certaines personnes très âgées en GIR 1 et 2 à être employeurs directs si elles sont isolées se pose également.
11. Toutefois, la loi ASV, dont la montée en charge se poursuit encore aujourd'hui, a permis de répondre à un certain nombre d'insuffisances de l'APA, en prenant mieux en compte les besoins des personnes (mise en place d'une évaluation multidimensionnelle et revalorisation des plafonds nationaux des plans d'aide), en améliorant l'accessibilité financière de l'aide, en particulier pour les plus modestes et pour les plans d'aide les plus lourds, tout en soutenant davantage les proches aidants. A titre d'exemple, une personne disposant d'un revenu mensuel net de 1 294 € (soit le niveau moyen de la pension nette de droit direct en France) et d'un plan d'aide de 1 000 €/mois acquitte aujourd'hui près de 126 € de participation financière (soit un taux de participation de 12,6%), contre 219 € (22% de participation) avant réforme. Ces mesures cumulées à la transformation de la réduction d'impôt en crédit d'impôt à partir du 1^{er} janvier 2017 ont réduit les restes à charge. Selon les données de la DREES, les taux d'effort moyen (calculés sur les tarifs de référence) ont été réduits de moitié d'environ 8% à 4%, cette baisse étant d'autant plus forte que le degré de dépendance est élevé (en GIR 1, les taux d'effort moyen ont été divisés par 4 de 24% environ à 6% environ). Cette baisse est cependant calculée hors effet de comportement : en effet, on constatait en 2011 que les montants d'aide notifiés suivaient une courbe en U selon les revenus en étant minimaux autour de ressources équivalentes à 1 400 € par mois, soit un niveau proche de la pension moyenne. Ce constat était vraisemblablement imputable à l'ampleur des restes à charge : selon les simulations les plus récentes de la DREES, le reste à charge à domicile a été divisé par plus de 2 au voisinage de ces revenus sous l'effet cumulé des deux dispositifs, ce qui devrait permettre une hausse des plans d'aide. Après avoir globalement stagné de 2009 à 2015 (-0,2% en 6 ans), les dépenses d'APA à domicile des conseils départementaux ont bondi de 6,5% entre 2015 et 2017¹³. Fin 2017, 46% des personnes en GIR 1 à domicile, 36% des GIR 2 et 14% des GIR 4 ont un plan d'aide supérieur au plafond existant avant la mise en place de la loi ASV¹⁴.
12. En pratique, malgré les apports des récentes réformes, la prise en charge de la perte d'autonomie à domicile se heurte à deux limites : la diversité des pratiques départementales et la persistance de restes à charge dits « cachés », liés au mode de valorisation des différents modes d'aide à domicile dans les plans d'aide APA.

¹¹ En pratique, ce décalage est rare dans les ex-SAAD autorisés qui sont tarifés par le conseil départemental et qui ne devraient pas, si les règles en la matière étaient appliquées correctement et conformément à leurs objectifs, facturer de participation au-delà de celle prévue par le plan d'aide APA, mais il est plus fréquent dans les ex-SAAD agréés qui sont libres de fixer leurs tarifs sans toutefois dépasser une évolution annuelle maximale. Source : DREES, 2016, op cit.

¹² Cf. Annexe II et DREES, 2017, « Allocation personnalisée d'autonomie : les aides apportées aux personnes âgées », Etudes et Résultats n°1033.

¹³ Source : DREES, les dépenses d'aide sociale départementale.

¹⁴ Le détail individuel permettant de répartir ces évolutions par revenu ne sera toutefois pas disponible dans un délai permettant leur pleine exploitation pour la concertation.

13. Le financement public de la perte d'autonomie en établissement, hors dépenses de soins, repose essentiellement sur l'APA en établissement, l'ASH, les aides au logement et les aides fiscales.
14. L'APA en établissement (en Ehpad) permet de prendre en charge une partie du tarif dépendance de l'établissement dans lequel réside la personne âgée. Le barème de participation financière est moins sensible aux revenus que pour l'APA à domicile dans la mesure où, pour un revenu inférieur à 2 450 € par mois (montant 2018), seul le ticket modérateur (TM), correspondant au tarif dépendance de l'établissement applicable aux GIR 5 et 6, est exigible. Il s'élève à 5 € par jour en moyenne, soit 150 € par mois. Or, seuls 10% des résidents des établissements ont des ressources au sens de l'APA supérieures au seuil de déclenchement de la participation financière (d'environ 2 450 €¹⁵). Par ailleurs, compte tenu de la globalisation puis de la forfaitisation du financement au titre de la dépendance, il est rapporté que certains départements renoncent à appliquer une facturation prenant en compte les revenus des résidents. De fait, certains résidents n'acquittent donc, sur le tarif dépendance, que le seul TM.
15. Néanmoins, en établissement, le RAC est élevé en raison du tarif hébergement et les taux d'effort sont en moyenne supérieurs à 100 % : en 2011, avant prise en compte de l'ASH, le niveau moyen du RAC est de 1 737 € /mois¹⁶ pour des ressources moyennes de 1 439 € soit un taux d'effort de 122 %. Une fois prise en compte l'ASH, le reste à charge atteint 1 586 € et le taux d'effort 110%. Le taux d'effort est, par définition, limité entre 80% et 90% pour les bénéficiaires de l'ASH. 75 % des résidents en Ehpad supportent des taux d'effort supérieurs à 100 % avant ASH qui concerne 20% des résidents seulement. Avant ASH, seules les personnes ayant des ressources supérieures à 2 000 € par mois ont des taux d'effort moyen inférieur à 100%. Il est difficile de déterminer finement comment les ménages financent ces restes à charge : interrogés en 2016, 54 % des résidents déclarent ne mobiliser ni leur épargne, ni leur entourage, ni leur patrimoine pour financer leur hébergement en institutions. Enfin, les tarifs sont significativement plus élevés en Ehpad privé commerciaux et ces structures accueillent plus fréquemment des personnes aisées.

1.3. La situation en termes de revenus et de patrimoine des plus âgés en France étant plutôt favorable, un consensus s'est dégagé quant à la nécessité de tenir compte de leur situation patrimoniale, même si les modalités de cette mobilisation ont fait débat

16. S'il n'est pas illogique de considérer qu'une épargne constituée tout au long d'une vie soit mobilisée en cas d'un aléa de la vie comme l'est la perte d'autonomie, qui n'est pas un risque certain et touche de façon différenciée les personnes, et que la famille doit contribuer au nom de la solidarité familiale, on peut également estimer qu'il n'est pas juste de solliciter l'épargne pour financer un risque dont les personnes concernées ne sont pas responsables. Concernant l'obligation alimentaire, en 2011, l'IGAS dressait le constat suivant : « la mise en œuvre de l'obligation alimentaire suscite des conflits et des contentieux dont l'impact sur les personnes vulnérables est désastreux. Au-delà de son effet dissuasif, elle renforce la situation de dépendance des personnes âgées vis-à-vis de leur entourage familial et on ne peut exclure les maintiens à domicile, décidés par les obligés, nuisibles à la personne âgée »¹⁷. Toutefois, certains membres de l'atelier notent *a contrario* que l'obligation alimentaire est la matérialisation des devoirs liés aux liens familiaux et que la plupart des descendants contribuent spontanément (sans déclencher l'aide sociale) à la prise en charge de leurs ascendants en Ehpad. Enfin, on peut noter que les restes à charge élevés en Ehpad contrastent avec les standards élevés de notre système de protection sociale en matière de taux de couverture des dépenses sociales, même si comme on l'a vu supra ce reste à charge est très largement concentré sur la partie hébergement. Ainsi, il est difficilement compréhensible pour une personne ou une famille que le passage d'une prise en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR) à une admission en Ehpad se traduise par un coût sensiblement plus élevé pour un accompagnement ne semblant pas forcément plus intense, la différence se jouant évidemment au niveau des frais d'hébergement.
17. Toutefois, la situation relative en moyenne des plus âgés en termes de niveau de vie apparaît favorable. Selon le COR, le niveau de vie moyen des retraités est supérieur au niveau de vie moyen de la population dans son ensemble depuis 1996 alors qu'il était 30% plus faible en 1970 et ne pourrait repasser en-deçà qu'à partir de 2035. Le niveau

¹⁵ Art. R232-19 du code de l'action sociale et des familles (2,21 x la majoration tierce personne – MTP)

¹⁶ D'après l'enquête CARE-institutions, en 2015, la participation financière médiane s'élève à 1 850 €/mois.

¹⁷ Igas, 2011, « Modalités de mise en œuvre de l'aide sociale à l'hébergement »

de vie moyen des plus de 75 ans (relativement à celui du reste de la population) en France est l'un des plus élevés de l'OCDE : il est 14% plus élevé qu'en Allemagne, 29% plus élevé qu'aux Pays-Bas, 34% plus élevé qu'au Danemark et 40% plus élevé qu'en Suède, pays souvent cités en exemple pour leur système d'accompagnement de la perte d'autonomie. De même le patrimoine moyen relatif des plus de 60 ans n'a cessé d'augmenter depuis 1992 alors qu'il a diminué pour les autres classes d'âge : les travaux de l'atelier 3 montrent ainsi qu'environ 40% des plus de 70 ans ont des revenus et un patrimoine financier leur permettant de faire face à une dépendance longue en Ehpad (6 ans) et cette proportion dépasse 75% si l'on intègre le patrimoine immobilier. Même si les participants notent que la mobilisation du patrimoine immobilier doit être accompagnée et peut s'avérer délicate, les évolutions proposées doivent veiller d'une part à ne pas organiser un transfert des actifs vers les générations nées dans l'immédiat après-guerre déjà favorisées et, d'autre part, ne pas avoir pour conséquence de protéger la transmission du patrimoine dont la répartition est très inégalitaire. La question de savoir si la mobilisation de ces ressources doit être mutualisée au sein de toute la classe d'âge ou ne concerner que les personnes aidées pour faire face à leur perte d'autonomie a fait débat au sein de l'atelier. Elle correspond à un arbitrage sur le degré souhaité de socialisation de la prise en charge du risque de perte d'autonomie, et sa contrepartie, l'affectation d'une ressource venant financer toute éventuelle socialisation supplémentaire.

1.4. Une variabilité départementale source d'iniquité sur le territoire

18. Le financement et la gestion de l'APA tout comme celle de l'ASH est une compétence départementale. Les pratiques peuvent ainsi différer selon les territoires. Concernant l'APA, les différences peuvent concerner l'éligibilité (notamment via le classement en GIR 5 et 6 plutôt qu'en GIR 4, éligible à l'APA), l'évaluation de la situation et des besoins, les modes de gestion, les règles de tarification et bien entendu les montants des plans aide. Selon le HCFEA¹⁸, si « *une partie importante de la variabilité de la part des bénéficiaires de l'APA par département s'explique par les caractéristiques sociodémographiques et (...) par (...) la politique propre au département, (...) une part non négligeable des écarts entre départements n'est pas expliquée, et résulte d'éléments plus discrétionnaires.* ». Depuis la loi ASV, l'évaluation doit être conduite suivant un référentiel national à caractère réglementaire.
19. Les remontées font toutefois état de certains dysfonctionnements :
- le périmètre des missions des évaluateurs est variable d'un département à un autre et leur socle de connaissance n'est pas harmonisé ;
 - à la différence de la PCH, le cadre national actuel ne garantit pas suffisamment l'équité et l'efficacité de cette politique de soutien aux personnes âgées et proches aidants¹⁹ ;
 - le levier de la formation des professionnels et la reconnaissance mutuelle des évaluations (avec la CNAV, le cas échéant le secteur assurantiel) sont encore perfectibles ;
 - les liens avec les opérateurs mettant en œuvre les plans d'aide (SAAD en particulier) sont hétérogènes.
20. Ces disparités territoriales affectant l'APA ont également été relevées par la Cour des comptes²⁰. La Cour identifie notamment des montants moyens d'APA par bénéficiaire pouvant varier de plus du simple au double d'un département à l'autre. La Fédération des particuliers-employeurs (FEPEM), après enquête auprès des départements²¹, dresse un constat similaire, avec des tarifs horaires APA fixés par le département pour un service prestataire variant de 15,25 € à 28,58 €.

¹⁸ Source : HCFEA, 2017, op.cit.

¹⁹ La loi ASV a renforcé le cadre national à travers la mise en place d'un référentiel d'évaluation multidimensionnelle et par la création d'une mission nouvelle de la CNSA, chargée dorénavant de l'animation des équipes médico-sociale APA et de l'harmonisation des pratiques.

²⁰ Cour des comptes, rapport sur les finances publiques locales, oct. 2017.

²¹ FEPEM, baromètre Handéo'scope (février 2018).

21. Concernant l'ASH, les disparités sont également fortes s'agissant d'une disposition d'action sociale. Le barème, les dépenses prises en compte, le degré de filiation, les modalités de récupération sur succession retenues varient ainsi substantiellement selon les départements²². À titre d'exemple, en 2014 :
- 72 % des départements déduisent systématiquement les frais de mutuelle de la participation financière des bénéficiaires de l'ASH, environ la moitié des prélèvements fiscaux et des frais d'assurance pour conserver un reste à vivre suffisant aux personnes âgées ;
 - si la totalité des départements ont systématiquement recours aux enfants, gendres et belles-filles dans le cadre de l'obligation alimentaire, 27 % ont recours systématiquement aux petits-enfants, 20% parfois et 53 % jamais.

2. L'atelier se prononce pour un droit à la compensation de la perte d'autonomie lisible et clair pour l'utilisateur

22. Les membres de l'atelier 2 ont identifié les actions et objectifs suivants (certains relevant d'autres ateliers), comme devant guider toute réforme en matière de perte d'autonomie des personnes âgées :
- Simplifier le système (rapprocher, mieux coordonner voire fusionner des prestations et assurer une information claire aux personnes âgées et à leurs aidants) ; le système de prestations pourrait être ainsi refondu dans une prestation universelle de promotion de l'autonomie qui aurait deux volets, l'un pour le maintien à domicile, l'autre pour l'autonomie en établissement, et deux grandes modalités d'intervention : le financement de services ; le versement d'aides monétaires²³ ;
 - Améliorer la qualité de l'accompagnement de la perte d'autonomie (un service attentionné et bienveillant, généralisation de fonctions de référents, information plus facilement accessible, ...) ;
 - Assurer l'équité de traitement sur l'ensemble du territoire ;
 - Permettre une plus large liberté de choix des personnes âgées en perte d'autonomie quant aux modalités d'accompagnement dont elles peuvent bénéficier (notamment entre le maintien à domicile et l'entrée en Ehpad, entre les modes d'intervention des professionnels à domicile : prestataire, mandataire et emploi direct) ;
 - Réduire le reste à charge des personnes âgées en établissement et permettre un accompagnement plus intense à domicile sans ruptures dans le cadre d'un reste à charge maîtrisé.
23. Un débat a eu lieu sur l'opportunité de conserver une différenciation dans le degré de prise en charge selon l'origine et l'âge de survenue de la perte d'autonomie. Si pour certains membres, la prise en charge pourrait philosophiquement être unifiée s'agissant d'un risque de même nature, d'autres notent qu'il est justifiable de conserver une différence de prise en charge dans la compensation (tout en conservant un droit universel) selon que la perte d'autonomie survient pendant ou après la période active. Pragmatiquement, une majorité de l'atelier s'est prononcée en faveur du décalage de la barrière d'âge entre la PCH et l'APA à 70 ans, ou a minima qu'elle suive l'évolution de l'âge de départ à la retraite²⁴.
24. **Les propositions discutées en atelier s'appuient sur plusieurs évolutions jugées indispensables du panier de biens et services et qui ressortent des constats et pistes exprimés lors des trois premières réunions de l'atelier :**

²² Source : DREES, 2018, « L'aide et l'action sociale en France ». Données 2014. Et Fragonard, 2011, « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées.

²³ On pense ici à l'exemple à la Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), qui revêt plusieurs dimensions, complétées par le financement direct de structures par les CAF.

²⁴ L'article L.245-1 II 2° du CSAF permet d'ores et déjà d'ouvrir les droits à la PCH aux personnes qui exercent une activité professionnelle au-delà de 60 ans.

- **la mise en place d'un lieu d'accueil et d'information unique dans les territoires (en poursuivant la démarche d'intégration des différents lieux d'accueil de proximité et des professionnels)** : ce service unique serait chargé de l'information générale et de la primo-orientation des usagers (les personnes âgées et leurs aidants) vers les services adaptés à leurs besoins, voire de l'évaluation des besoins (éligibilité aux prestations) et du suivi du parcours des usagers. Dans les territoires, ce lieu unique serait chargé de l'orientation des usagers vers les services adaptés à leurs besoins (voire du parcours des usagers). Il pourrait être construit sur la base du réseau actuel des Centre local d'information et de coordination (CLIC), d'un rapprochement avec les coordinations territoriales d'appui Paerpa, des MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie) ou des plates-formes territoriales d'appui (PTA) en cours de généralisation, pour ne pas créer une structure supplémentaire. Cette question est à traiter en lien avec les réflexions de l'atelier « parcours », l'objectif de **mieux accompagner l'entrée dans la dépendance pour les personnes âgées et leurs familles** devant être un axe fort de la réforme ;
- **le passage à un financement binaire des Ehpad, avec deux sections au lieu des trois actuelles** : « soins et entretien de l'autonomie » et « hébergement/séjour ». La section « soins et entretien de l'autonomie » serait créée par la fusion des sections soins et dépendance (et la disparition de l'APA en établissement). Pour une meilleure couverture des dépenses et une meilleure visibilité pour les personnes âgées et leur famille, cette nouvelle section pourrait intégrer l'ensemble des prestations et des consommables de soins et d'aide à la vie quotidienne, et pourrait comprendre les actions de prévention de la perte d'autonomie et leur financement. Les mouvements des dépenses et recettes entre les deux sections ont un impact différencié sur le niveau des dépenses publiques et sur le reste à charge des résidents : en effet, la fusion pourrait avoir pour conséquence de revenir sur le caractère redistributif actuel de l'APA en établissement, ce qui suppose des aménagements d'autres mécanismes de solvabilisation pour compenser cet effet ;
- **une plus grande harmonisation des évaluations** afin de garantir la qualité, l'homogénéité et ainsi **renforcer l'équité dans la réponse aux besoins** des demandeurs et l'octroi de prestations et de services en adéquation avec les besoins évalués. L'atelier souhaite que les services financés par la prestation soient plus clairement définis, sous une forme proche de ce qui existe pour la PCH²⁵ ;
- le rapprochement **des services dans le sens d'une plus grande intégration**, par exemple entre les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) prestataires, sur la base d'un approfondissement du modèle des Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), ou entre EHPAD et SSIAD voire SAAD et leur meilleure articulation avec les infirmiers libéraux (IDEL) voire avec les services d'hospitalisation à domicile (HAD) ; ces points seront développés dans le cadre de l'atelier sur l'évolution de l'offre ;
- **dans tous les cas, et a fortiori si l'on majorait les financements publics accordés aux Ehpad, ceux-ci devraient se voir fixer des objectifs de qualité passant notamment par un référentiel et une démarche qualité renforcée avec une évaluation régulière et rendue publique des structures** d'accueil des personnes âgées. Les structures d'aide à domicile s'engageraient également dans cette démarche soit sous la forme d'évaluation soit sous la forme d'une certification. Ces informations seraient diffusées sur le portail et relayées par les lieux uniques d'information. Cet objectif peut être mis en œuvre dans le cadre des compétences actuelles et du programme de travail de la Haute autorité de santé (chargée depuis 2018 d'établir les référentiels de qualité et d'évaluation des établissements et des services médico-sociaux - ESMS) et de la direction générale de la cohésion sociale et de la direction générale des entreprises, compétentes respectivement pour la reconnaissance des référentiels de certification et de la charte qualité des services à domicile.

²⁵ Dans le cadre de la PCH, des tarifs nationaux sont définis pour les cinq types de prestations couvertes par la PCH, selon les modalités de mise en œuvre de l'aide humaine : emploi direct, service mandataire ou service prestataire. Un référentiel national d'accès à la prestation est défini par décret (annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles). Enfin, un Guide d'appui aux pratiques des maisons départementales des personnes handicapées sur l'accès à l'aide humaine de la PCH donne des repères aux équipes pluridisciplinaires des MDPH.

Le levier de la contractualisation entre les autorités en charge de l'autorisation et de la tarification et les ESMS devra également être mobilisé pour intégrer des objectifs et des indicateurs de qualité renforcés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Cette évolution est d'ores et déjà engagée dans le cadre de la généralisation des CPOM prévue sur le champ des Ehpad et fortement incitée pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile. D'ores et déjà, certaines agences régionales de santé et conseils départementaux ont défini des objectifs socle de qualité dans les CPOM proposés aux gestionnaires, notamment en termes de taux d'encadrement ou de continuité du service.

- **le développement de nouveaux services numériques** permettant la dématérialisation de la demande d'ouverture de prestations (développés ou en projet dans plusieurs conseils départementaux) et le suivi de la demande. Pour éviter la fracture numérique, un accompagnement humain doit être prévu (au sein des maisons des services au public, du lieu de service unique qui serait créé, ...). L'interconnexion des systèmes d'information devra être prévue notamment avec les répertoires opérationnels des ressources, les échanges d'information entre acteurs publics étant une condition de la démarche « Dites-le nous une fois » ;
- **Quelle que soit la solution institutionnelle, un impératif de réduction des disparités entre territoires ou entre modes de prise en charge** à travers l'harmonisation des pratiques et la concertation entre équipes d'évaluation (au sein même des conseils départementaux mais aussi entre ces derniers et les CARSAT, permettant à tout le moins la mise en œuvre effective et généralisée de la reconnaissance mutuelle de ces évaluations prévue à l'article 7 de la loi ASV et dans la convention d'objectifs et de gestion de la Caisse nationale de l'assurance vieillesse, pour laquelle la CNAV conduit actuellement un travail avec l'Assemblée des départements de France), le rapprochement voire l'intégration des équipes d'évaluation au sein d'une structure unique.

Si des solutions assurantielles privées ou mutualistes ont toute leur place en complément, les membres du groupe ne sont pas favorables à une solution qui généraliserait le recours à l'assurance privée.

3. En établissement, l'atelier propose de passer à une tarification duale et de rendre plus lisible et plus juste le système d'aide à l'hébergement

3.1 L'atelier recommande la fusion des sections soins et dépendance

25. La fracture entre les financements et prestations au titre des soins et ceux au titre de la perte d'autonomie est devenue illisible et source de complexité, alors que le passage à la tarification « à la ressource », à l'EPRD et aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sur 5 ans ont pour vocation de donner un cadre clair sur les objectifs et les financements des établissements ou groupe d'établissements.
26. De façon consensuelle, les membres de l'atelier 2 recommandent de supprimer une des sections. Les participants sont conscients, qu'en faisant ce choix, la philosophie et les modalités de prise en charge de la perte d'autonomie entre le domicile et l'établissement peuvent paraître s'éloigner. Toutefois, d'une part la frontière entre le soin et l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne est complexe à tracer, d'autre part le dimensionnement de la section dépendance conduisait à financer une grande part des actes d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne par d'autres sections tarifaires²⁶. Enfin, s'agissant du domicile, l'importance de l'intervention des SSIAD et des infirmiers libéraux en matière de soin d'entretien fait que l'assurance maladie finance des interventions pour partie assimilable à l'intervention des services d'aides et d'accompagnement à domicile.
27. L'option envisagée d'une fusion des sections soins et dépendance implique des transferts entre les organismes de sécurité sociale et les départements. Le coût (toutes administrations publiques – APU) correspond à la diminution du

²⁶ Les enquêtes de coûts de l'ATIH dans les Ehpad mettent ainsi en lumière un coût de ces actes bien supérieur au financement apporté par la section dépendance.

reste à charge des ménages. En outre, au regard des écarts de valeur du point Gir départemental, il pourrait être nécessaire de financer une convergence progressive des tarifs départementaux²⁷.

28. Les structures se verraient alors opposer une **norme minimale d'encadrement** en personnel soignant (selon une équation nouvelle de financement établie à partir du GMPS de chaque établissement) et des contraintes accrues de **qualité et de présence effective des personnels auprès des résidents**.
29. **Dans l'option proposée, la section dépendance fusionnerait avec la section soin pour créer une section « soin et entretien de l'autonomie ». Pour compenser la perte de participation des personnes (l'actuelle participation à l'APA en établissement) dans le financement de cette nouvelle section, un ticket modérateur pourrait être introduit selon la logique des dépenses d'assurance maladie, dont pourraient être exonérés les assurés bénéficiaires de la CMU-C et de la PUMA +²⁸, et qui pour les autres assurés pourrait être partiellement ou totalement pris en charge par les organismes complémentaires santé.**
30. Hors ticket modérateur, les dépenses correspondantes seraient alors prises en charge par un financement de l'assurance maladie majoré par les contributions de la CNSA sur sa section 1 (ONDAM médico-social et objectif global des dépenses des établissements). Pour mémoire, les dépenses de la section « dépendance » sont essentiellement constituées de 30% des dépenses de personnel relatives aux aides-soignants et aides médico-psychologiques (le reste étant déjà pris en charge dans l'actuelle section soins), 30 % de celles relatives aux agents de service (le reste étant pris en charge dans l'actuelle section hébergement), 100% de celles relatives aux psychologues et des dépenses d'amortissement du matériel spécifiquement dédié à la perte d'autonomie.
31. Ainsi, dans le cas d'une fusion stricte, certaines dépenses partagées entre la dépendance et l'hébergement resteraient partagées entre la nouvelle section « soin et entretien de l'autonomie » et l'hébergement (les dépenses relatives aux agents effectuant le blanchissage, le nettoyage et les services de repas et les dépenses de blanchissage, nettoyage, fournitures hôtelières et produits d'entretien).
32. Dans un deuxième temps et selon les marges de manœuvre disponibles, l'atelier recommande qu'une revue soit menée dans une logique de comptabilité analytique pour étudier si d'autres dépenses pourraient basculer vers la nouvelle section « soins et entretien de l'autonomie » pour permettre de réduire le reste à charge des résidents : cela pourrait être le cas d'une quote-part des frais de gestion générale et de management, des dépenses liées au patrimoine immobilier ou aux charges financières, voire d'une part plus importante des dépenses de personnels relatives aux agents de service, ou d'autres dépenses comme les diététiciens. Si cette voie était retenue, il conviendra évidemment de prévoir une restitution intégrale aux résidents de cette baisse des charges supportées par le tarif hébergement, dans le cadre d'un dispositif contraignant pour les Ehpad.
33. Le niveau du ticket modérateur déterminera l'impact sur le reste à charge des usagers (et le coût budgétaire de la mesure). Fixé aux alentours de 150 €/mois, la mesure de fusion stricte sans intégration de nouvelles dépenses aurait un coût limité autour de 200 M€ pour les finances publiques (hors le coût de convergence identifié ci-dessus). S'il était nul, le gain pour les ménages serait de 1,2 Md € environ²⁹. **Ce gain ne serait pas ciblé : il serait globalement identique pour tous les résidents quel que soit leur revenu ou leur patrimoine, voire plus important pour les revenus élevés qui acquittent actuellement un ticket modérateur supérieur³⁰ au « talon ». Les membres de l'atelier demandent que ce gain pour les ménages les plus aisés soit neutralisé par une dégressivité de la nouvelle prestation « séjour » proposée ci-dessous.**
34. En revanche, une fusion stricte implique des transferts importants de dépenses entre caisses de sécurité sociale et départements. Avec un ticket modérateur de 150 €/mois, le supplément de dépenses pour l'Assurance Maladie atteindrait environ 2,4 Mds €, l'économie de dépenses seraient de 0,8Md € pour la CNSA, de 1,4 Md € pour les départements, le solde étant constitué du gain pour les ménages. Ce transfert de dépenses pourrait ou non

²⁷ Sur la base des données publiées par la CNSA : Les tarifs des Ehpad en 2016, un alignement par le haut, sur la valeur du point GIR du 9ème décile de la distribution, coûterait environ 0,65 Md €, ce chiffrage devant être précisé.

²⁸ On pourrait également choisir de ne pas prévoir de seuil d'exonération ce qui conduirait *de facto* à sa prise en charge par l'aide sociale à l'hébergement pour les personnes concernées.

²⁹ Source : Compte de la dépendance, Drees, données 2014.

³⁰ Toutefois, la plupart des départements ont opté pour un financement forfaitaire et ne mettent pas en œuvre la différenciation en fonction des ressources en établissement.

s'accompagner de transfert de financement. Si l'assurance maladie assumait tout ou partie de ce supplément de dépense sans transfert équivalent de ressources mobilisées par les départements au-delà du concours reçu par la CNSA, l'économie réalisée par les départements pourrait être partiellement redéployée³¹.

35. L'atelier a également travaillé sur une autre option qui consisterait à répartir les dépenses de la section dépendance entre les deux autres sections, l'avantage de cette option étant de préserver les marges de manœuvre budgétaires pour mettre en œuvre une baisse ciblée des restes à charge dépendant des ressources et du patrimoine des résidents. Cette option a toutefois été écartée par une majorité de l'atelier, celui-ci préférant la lisibilité de la fusion totale avec l'hypothèse d'un ticket modérateur.
36. Quel que soit le schéma retenu, la création de cette nouvelle section « soins et entretien de l'autonomie » aurait trois vertus essentielles :
- Accroître la transparence et la lisibilité pour les résidents, leurs familles et les accompagnants sur le contenu des prestations relevant d'un côté de ce qui est pris en charge au titre des soins et de l'autonomie (celles dont la personne aurait bénéficié à son domicile au titre de ses besoins de soins et d'aides à la vie quotidienne) et d'un autre côté les prestations qui sont purement liées au fait qu'elles résident en établissement (fourniture d'une chambre, de lieux de vie et d'animations, restauration, blanchisserie...)
 - La fusion des sections en supprimant des cofinancements sur certains postes de dépenses simplifie la question de la convergence tarifaire.
 - Simplifier le pilotage actuel et à venir des réformes de la tarification des Ehpad. Le médiateur national de la réforme de la tarification des Ehpad en cours, Pierre Ricordeau, a fortement identifié la césure entre les sections soins et dépendance, et des règles de leur financement comme une source de difficultés majeures dans la conduite et les effets de la réforme. A court terme, la fusion des sections permettrait de faciliter la refonte de l'outil Pathos de mesure du besoin et donc de la charge en soins des résidents de chaque Ehpad. Ainsi, avec une nouvelle section fusionnée, l'intégration des nouvelles ordonnances concernant les actes de prévention, impactant tant les professionnels et dépenses actuellement réparties entre les deux sections, en sera facilitée. Autre exemple, l'extension du nombre de professionnels exerçant les fonctions d'assistant en soins gérontologiques au-delà des unités Alzheimer deviendra possible, alors qu'actuellement elles ne sont financées que par l'assurance maladie sur la section soins ce qui distord la clé de répartition 70/30 du financement des AS et des AES/AMP. Cette réforme a pour conséquence de faire porter sur l'OGD-PA la charge du financement d'une hausse future éventuelle des taux d'encadrement en personnel soignant.
 - Permettre la montée en charge de CPOM très exigeants sur les moyens mis par les gestionnaires au regard des financements publics de cette nouvelle section, avec une autorité publique unique pour les fixer et les contrôler sur ce nouveau périmètre étendu.
37. Une fusion des sections soins/dépendance nécessiterait la détermination d'une nouvelle équation tarifaire pour déterminer le montant du forfait « soins et entretien de l'autonomie » avec maintien et articulation entre les deux outils d'évaluation PATHOS et AGGIR tous deux restant pertinents.
38. Cette proposition implique des évolutions importantes en termes de gouvernance et de compétence en matière d'autorisation, de contractualisation et de tarification entre ARS et conseils départementaux, qu'il importe de prendre en compte. Des délégations de compétences entre acteurs pourraient être envisagées par convention entre ARS et conseils départementaux, la loi prévoyant le cas échéant une compétence par défaut confiée aux ARS.
39. La réforme visant à créer cette nouvelle section est une opération lourde qui demande à la fois des travaux préparatoires importants et des concertations larges, avec une date d'entrée en vigueur qui peut difficilement être fixée avant 2021. Un temps opérationnel de déploiement s'étalerait sur plusieurs années avec des dispositions transitoires prenant notamment en compte la disparité très forte de la valeur des points GIR départementaux, ayant entraîné le financement par l'Etat de la neutralisation des pertes des Ehpad en convergence à la baisse sur leur tarif dépendance.

³¹ Par exemple au titre du financement des évolutions proposées de la nouvelle prestation domicile.

3.2 Le financement de la nouvelle section « séjour »

40. L'atelier a exploré la possibilité d'une réforme ambitieuse prenant mieux en compte les ressources et le patrimoine des personnes âgées. Cette réforme implique toutefois un encadrement strict des tarifs du secteur et son coût dépend étroitement de l'ampleur de la mobilisation du patrimoine envisagée.
41. Cette réforme paraissant lourde à mettre en œuvre, l'atelier explore également des schémas de réformes plus limités par la rénovation de l'ASH assortie d'un bouclier dépendance et d'une unification des aides à la prise en charge du coût en établissement. Cette réforme devrait s'accompagner de l'intégration systématique du contrôle des tarifs hébergement dans le cadre des CPOM. Les établissements non habilités resteraient libres de fixer leurs prix mais l'évolution resterait encadrée. Les établissements habilités recevraient une autorisation de modulation tarifaire en fonction des ressources des résidents (dans la limite de 110 ou 120% du tarif ASH). La question de la possibilité juridique de faire payer aux résidents un tarif supérieur au coût de revient de la chambre dans les Ehpad publics devra être expertisée. En contrepartie, une norme d'encadrement serait posée pour les personnels au contact des résidents rémunérés sur cette section pour tous les établissements (agents de service, personnel d'animation, AVS,...).

3.2.1 L'atelier a évoqué des propositions ambitieuses de tarification tenant compte des capacités à contribuer des résidents ; ces scénarios s'avèrent soit coûteux soit complexes à mettre en œuvre

42. La nouvelle prestation pourrait rassembler tout ou partie de l'ASH (1,2 Md€) et des aides au logement (0,5 Md€), voire de la réduction d'impôt (0,3 Md €). Cette aide aurait vocation à s'adresser à l'ensemble des personnes résidant en établissement, la place de l'établissement dans la future structuration de l'offre faisant l'objet d'un débat en lien avec l'atelier 8. Traduisant la fusion de trois aides reposant sur des logiques différentes, il serait possible de fonder cette nouvelle prestation sur de nouveaux principes (au regard de l'obligation alimentaire, du recours sur succession et de la prise en compte des ressources et du patrimoine).
43. Sur le modèle des crèches financées par les Caf au titre de la prestation de service unique (PSU), les revenus mensuels du foyer permettraient de déterminer la participation financière du résident pour ceux dont les revenus n'excèdent pas un seuil (environ 4 900€ par mois pour les crèches). La participation du résident serait alors calculée selon un barème national proportionnel aux ressources. Pour les Ehpad le calcul de la participation financière du résident pourrait également prendre en compte son patrimoine. Ce système entraînerait de fait l'abrogation du tarif ASH. A titre d'exemple, les résidents pourraient acquitter une participation fixée à 90% de leurs ressources (pouvant inclure une valorisation du patrimoine), la prestation venant compléter la différence entre la participation du résident et le tarif hébergement de l'Ehpad. Ce mécanisme entraînerait la suppression de l'obligation alimentaire et du recours sur succession. Le HCFEA dans sa contribution a chiffré cette mesure à 3,6 Mds €³². Son coût serait toutefois moindre si on intégrait plus largement le patrimoine dans les ressources prises en compte du bénéficiaire. Elle impliquerait en tout état de cause un encadrement tarifaire plus strict pour les établissements qui choisiraient de rentrer dans ce système (pour les crèches, le barème est le même sur tout le territoire).
44. Pour l'utilisateur, le tarif acquitté serait ainsi le même sur l'ensemble du territoire, les éventuelles différences de coût pouvant être compensées par la prestation, en l'absence d'un tiers financeur (qui est chargé d'assurer ce différentiel dans le cadre des crèches, le tarif plafond de la PSU étant le même sur tout le territoire). Etant données les différences de mode de financement des structures sur la partie hébergement (certaines structures ayant bénéficié de subventions à la construction, d'autres amortissant les coûts initiaux ou acquittant des loyers), la mise en œuvre opérationnelle de cette prestation unique semble potentiellement complexe.

3.2.2 L'atelier se prononce en faveur d'une harmonisation des règles d'ASH, l'instauration d'un bouclier pour la socialisation du risque long et l'instauration d'une aide unique en établissement sous la forme d'une prestation ou d'une transformation de la réduction d'impôt en crédit d'impôt pour un total de l'ordre de 1,4 Md €.

³² Cf. HCFEA, 2018, « Note 3 : les politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées », contribution à la concertation.

45. S'il apparaissait difficile ou impossible à moyen terme pour des raisons de coût ou de principes de prévoir l'extinction de la fraction des restes à charge excédant 90% des ressources courantes des résidents, l'atelier préconise de retenir un schéma visant principalement la prise en charge équitable des plus fragiles, le financement public du risque de dépendance longue (les données ci-dessus permettant d'établir qu'une large part des ménages ont des ressources leur permettant de faire face aux coûts en établissement durant les premières années) et un rapprochement des deux systèmes d'aide en établissement (aide au logement et réduction d'impôt) pour les rendre plus lisibles et plus justes.
46. En outre, un service d'aide à l'intermédiation locative devrait être proposé pour l'accompagnement au financement de la section hébergement par la mobilisation du patrimoine.

3.2.2.1 L'harmonisation des règles de l'ASH et un éventuel transfert du recours sur succession vers les caisses de retraite

47. L'atelier, sur la base notamment de l'analyse réalisée par la mission Igas, a constaté la persistance de fortes disparités sur le territoire quant à la mise en œuvre de l'ASH. Il recommande :
- L'adoption d'un barème national (contraignant ou indicatif, ce point devant être débattu et nécessitant des analyses juridiques plus poussées) des taux d'effort appliqués aux obligés alimentaires.
 - L'établissement de règles nationales relatives au recours aux petits-enfants. Une majorité se dégage pour que ceux-ci ne soient pas sollicités ou pour une sollicitation dans des cas particuliers (donation récente aux petits enfants par exemple) afin de prévenir l'organisation de l'insolvabilité du résident.
 - De conduire un travail précis d'exploration des conditions permettant le transfert du recours sur succession aux caisses de retraite, qui assurent déjà celui relatif à l'ASPA, pour le compte des conseils départementaux afin d'être plus efficient. Le seuil des recours sur successions pourrait à cette occasion être unifié avec celui de l'ASPA.
48. Le coût de ces mesures n'a pas été calculé et dépend des paramètres choisis. Toutefois, il pourrait être finançable à court terme, s'agissant de mesures à l'impact limité. La compensation au bénéfice des conseils départementaux se posera, s'agissant de mesures à caractère législatif et réglementaire modifiant l'exercice de leurs compétences³³. Une instance de pilotage et de suivi régulier de l'impact de ces évolutions devra être mise en place. Un objectif de plus grande solidarité nationale pourrait être posé à plus long terme pour limiter l'obligation alimentaire voire le recours sur succession.

3.2.2.2 La mise en place d'un bouclier dépendance

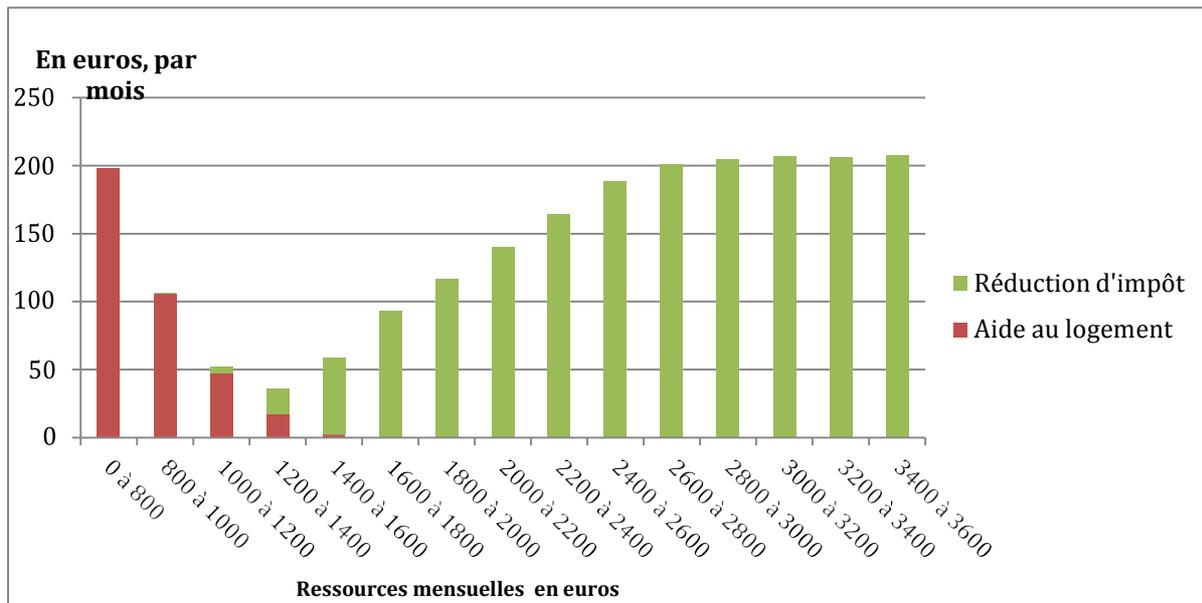
49. Compte tenu des priorités qui se dessinent en faveur de l'amélioration de la qualité et de l'intensité des prestations dont doivent bénéficier les personnes âgées (Cf. l'avis du Conseil de l'âge), on peut penser que les ménages resteraient majoritairement amenés à mobiliser leurs ressources et leur patrimoine pour acquitter le coût d'hébergement en établissement (soit directement soit à leur décès via la récupération sur succession de l'ASH). Les données de l'enquête patrimoine ont montré que les ¾ des plus de 70 ans possédaient un patrimoine suffisant pour faire face au coût d'hébergement en établissement pendant au moins 6 ans. Toutefois, pour que le reste à charge ne pèse pas de façon excessive sur les résidents et les familles qui connaissent des situations de perte d'autonomie qui durent dans le temps, le montant de la participation des personnes pourrait également être plafonné par le biais d'un « **bouclier dépendance** » pour les personnes en GIR 1 et 2 : le dispositif consisterait à garantir, au-delà d'une certaine durée et dans la limite d'un plafond de dépenses (de l'ordre des tarifs ASH), la prise en charge par la solidarité nationale du reste à charge excédant 90% par exemple du revenu courant des usagers. Au-delà de cette durée, la perte d'autonomie ne viendrait plus diminuer le patrimoine ou les revenus des descendants. Le coût de la mesure varierait selon la durée choisie : pour information, une durée de 4 ans impliquerait un coût d'environ 0,6 Md

³³ Sur la base de 10% du coût net actuel de l'ASH, le coût de la compensation par l'état au bénéfice des conseils départementaux atteindrait 120 M€.

€ (sur le champ des seules personnes en GIR 1 et 2). La définition exacte du bouclier demandera des travaux et des analyses supplémentaires.

3.2.2.3 La mise en place d'une nouvelle « prestation autonomie-établissement » plus juste et plus lisible que le système actuel est proposée

50. Outre l'ASH qui est une allocation différentielle, les deux principaux dispositifs de prise en charge du reste à charge des ménages sur la section hébergement sont l'allocation logement et la réduction d'impôt pour frais de dépendance et d'hébergement des personnes dépendantes accueillies en établissement spécialisé. Selon les travaux de la DREES repris par le HCFEA, ces deux dispositifs forment une courbe en « U » en fonction du revenu que l'atelier propose, compte tenu des priorités en matière de financement exposées supra, a minima de corriger à travers l'instauration d'une prestation unique à l'autonomie - établissement.
51. Etant donné que la fusion des sections se traduira par des gains potentiellement importants pour les résidents ayant plus de 2500 €/mois de ressources, l'atelier demande que cette nouvelle prestation soit universelle mais dégressive en fonction des ressources et du patrimoine mobilisable (notamment financier). Le montant au-delà de ce seuil pourrait être inférieur au gain généré aujourd'hui par la réduction d'impôt (207 €/mois) pour rééquilibrer les gains issus de la fusion. L'option d'une prestation fixe de 210 €/mois en remplacement de ces dispositifs a été écartée. Son coût net pour les finances publiques avait été évalué à 700 M€³⁴. L'atelier propose de mettre en place la prestation sous forme dégressive pour un montant équivalent.



Variation de l'aide - aide au logement et réduction d'impôt - en fonction du revenu (Fizzala, 2016)

Source : Modèle Autonomix – DREES.

4. A domicile, l'atelier propose une Prestation Autonomie-domicile reconfigurée et plus lisible que l'actuelle APA

52. L'atelier constate la baisse des restes à charge permise par la loi ASV et la transformation de la réduction d'impôt en crédit d'impôt. L'enjeu principal est donc la lisibilité des deux dispositifs principaux de solvabilisation, l'accès au droit

³⁴ Dans le détail, le coût brut de la mesure, à partir des estimations du HCFEA, serait de 1,5 Md € dont il faut déduire les économies générées par la disparition de l'aide au logement (0,5 Md) et de la réduction d'impôt (0,3 Md) : le coût net se situe autour de 0,7Md€.

et l'assurance de l'existence de services diversifiés et de qualité sur le territoire. En outre, l'atelier note que la nouvelle prestation doit incorporer une forte exigence en matière de justice sociale. Avant la loi ASV, les taux de saturation étaient élevés pour les personnes les plus dépendantes mais aucune donnée ne permet à ce jour d'apprécier l'effet de la hausse des plafonds nationaux sur le nombre d'heures consommées par les ménages.

53. La nouvelle prestation autonomie serait construite sur l'exemple de la PAJE ou de la PCH c'est-à-dire d'une prestation « à tiroirs » permettant au bénéficiaire d'identifier clairement les dépenses qu'elle couvre. Elle resterait une prestation en nature soumise à la consommation effective du service associé. La prestation identifierait ainsi trois volets : l'aide humaine à domicile, les aides techniques et le répit des personnes âgées et de leurs aidants y compris accueil de jour et hébergement temporaire. L'aménagement du logement serait recentré sur les aides existantes (ANAH et crédit d'impôt) ainsi qu'à une éventuelle mobilisation de l'assurance habitation pour plus de lisibilité, même s'il serait intéressant que la nouvelle prestation puisse financer des prestations de réaménagement / déménagement quand elles visent à sécuriser le logement par exemple en le débarrassant d'objets encombrants ou dangereux. Enfin, le mode de paiement serait simplifié et unifié et la base ressources revue dans le sens d'une plus grande justice.
54. L'évaluation des besoins pour les trois volets serait réalisée par l'équipe médico-sociale lors de sa première visite (ou des visites permettant la réactualisation du plan). Un plan d'aide serait alors établi sur les trois volets. Chaque volet comporterait un plafond national comme pour la PCH. L'utilisateur n'aurait qu'un seul interlocuteur sur les trois volets de la prestation. Le taux de participation pourrait être déterminé uniquement en fonction des ressources : dans ce cas-là, il ne dépendrait plus du montant total du plan et serait le même pour tous les volets de la prestation. Le taux de participation pourrait être forfaitaire pour les aides techniques de faible montant pour inciter à leur généralisation.
55. L'essentiel du coût proviendrait de la mise en place de trois plafonds distincts, de la convergence de la tarification horaire des SAAD, qui pourrait être en partie compensée par les évolutions proposées sur la simplification du mode de paiement et la meilleure prise en compte des ressources, et l'exclusion des dépenses d'adaptation au logement, même si elles sont marginales dans la dépense APA.
56. Il conviendra également de prévoir un « coût de convergence » en cas d'harmonisation des tarifs horaires départementaux appliqués actuellement et de meilleure prise en compte des aides techniques (le plafond APA actuel est surtout mobilisé pour de l'aide humaine : aussi la création d'un volet « aide technique » étanche entrainera mécaniquement un recours accru aux aides techniques et une dépense supplémentaire). S'agissant du volet aides techniques, une partie du surcoût lié à l'augmentation du volume d'aides et du taux de recours pourrait être financé par le transfert d'une partie des crédits des conférences de financeurs (dont les 140M€ de financement par la CNSA incluent des dépenses au titre des aides techniques) vers la nouvelle prestation.
57. Dans tous les cas, comme pour l'établissement, un **droit au maintien du niveau du plan d'aides** pour les personnes à l'actuelle APA doit être prévu pendant la période transitoire pour qu'aucun bénéficiaire actuel de l'APA ne soit perdant.

4.1. En ce qui concerne l'aide humaine, principal volet de la nouvelle prestation, l'effort devra porter sur l'amélioration de la qualité de services et la résorption des difficultés d'offre

58. Sur la base des constats du HCFEA et des données fournies par la DREES, l'atelier constate que les restes-à-charge des ménages au domicile (même en y incorporant l'écart entre le tarif APA fixé par le conseil départemental et le tarif facturé) sont globalement supportables relativement à la situation constatée en établissement.
59. En revanche, l'atelier a évoqué un modèle économique fragile des SAAD tarifés, et de lourdes difficultés de recrutement, ces deux éléments concourant in fine à une qualité de l'offre parfois défailante. Une partie des difficultés provient du niveau de rémunération de ces services parfois inférieur au coût de revient. L'atelier, tenant

compte des discussions menées par le groupe de travail sur la rénovation du modèle de financement des SAAD, propose que :

- La valorisation en € se fasse sur la base d'un tarif national plancher voire, à terme, de référence. Le tarif CNAV pourrait servir de référence à la fixation de ce tarif pour plus de lisibilité.
 - En complément du tarif de référence, les services qui acceptent de pratiquer le tarif de référence pourraient bénéficier dans le cadre d'un CPOM d'une dotation complémentaire à la tarification horaire permettant de compenser certains coûts spécifiques liés à la situation du territoire, au profil des personnes accompagnées ou à des accompagnements spécifiques, à l'amplitude horaire d'intervention, à la couverture territoriale ou à l'accessibilité financière, etc.
60. Le système proposé permet ainsi d'affirmer par sa simplicité l'égalité sur le territoire à travers un tarif unique (et non plus un tarif par services). Il permet en outre de prendre en compte les spécificités locales à travers la dotation complémentaire des CPOM. Le CPOM serait également le cadre du dialogue de gestion entre les structures et leur financeur dans le cadre d'une recherche de gains d'efficacité et un outil pour la structuration de l'offre. L'évolution devrait se faire progressivement dans le temps compte tenu de la disparité des situations sur le territoire en matière de structure des SAAD, de tarif départemental et de niveau de « CPOMisation ». La mise en place d'un tarif de référence national et de dotations « socles » via les CPOM aura un coût compte tenu du tarif départemental appliqué aujourd'hui dans certains départements. Le coût pour les finances publiques est variable selon le niveau du tarif de référence à atteindre. Des travaux sont en cours dans le cadre du groupe de travail mis en place par la DGCS et la CNSA sur la tarification des SAAD.
61. Au titre du libre-choix, les services autorisés mais non tarifés pourraient rester libres de fixer leurs tarifs, les usagers restant indemnisés dans la limite du tarif national de référence, dès lors qu'ils reçoivent une information transparente sur le fait que ces services sont au-dessus du tarif de référence. Une alternative plus contraignante serait d'imposer la tarification de tous les services.
62. Pour le mode prestataire, la télétransmission serait généralisée et rendue obligatoire. La prestation serait versée directement au prestataire qui ne facturerait que le RAC à l'utilisateur. Pour l'emploi direct et le mandataire, un schéma comparable à celui qui va être mis en place pour la PAJE-CMG (avec prélèvement à la source) est envisageable. Le CNCESU se chargerait de verser la prestation nette des cotisations dues dans les jours suivants la déclaration. Cette solution suppose un échange de données fiables entre les organismes gestionnaires de la prestation et le CNCESU. Si ces organismes restent les départements, cela suppose vraisemblablement que ceux-ci renseignent un fichier national des allocataires, hébergé par un tiers de confiance, qui servira d'interface entre les départements et le CNCESU.
63. Cette simplification pourrait engendrer une économie de dépenses qui reste à documenter, une hausse des recettes URSSAF, une simplification des déclarations de crédit d'impôt, l'information du CNCESU transmise à la DGFIP étant nette de la prestation et potentiellement une économie en gestion dans les organismes prestataires.
64. Une option alternative serait de confier la gestion administrative et le versement de l'APA à un réseau doté d'un système d'information unifié et versant déjà des prestations aux personnes âgées. A ce titre l'idée d'une gestion administrative de l'APA par les CARSAT de la branche vieillesse de la sécurité sociale, pour le compte des conseils départementaux, pourrait être expertisée. Elle permettrait de diminuer les coûts de gestion.
65. Symétriquement, si l'on souhaite simplifier profondément le parcours des personnes âgées passant de la fragilité à la perte d'autonomie dans une optique de rationalisation des compétences, l'assurance vieillesse pourrait déléguer ou transférer aux conseils départementaux la gestion des plans d'aides des personnes en GIR 5, permettant aux caisses de retraite de se concentrer sur la prévention au bénéfice des retraités, l'accompagnement des sorties d'hospitalisation ou l'adaptation du domicile des retraités vieillissants mais encore autonomes.

4.2. Les aides techniques feraient l'objet d'un volet distinct pour s'assurer d'une meilleure mobilisation

66. La proposition serait de séparer les aides humaines ayant vocation à être financées par la Prestation autonomie Domicile des aides techniques, pour s'assurer que la saturation du plan d'aide ne limite pas le recours aux aides techniques. La mise en place de ce volet permettrait par ailleurs de revoir l'enveloppe de la conférence des financeurs dédiée aux aides techniques et son utilisation : les modalités de mobilisation font en effet l'objet de critiques des départements et des associations de personnes âgées (nécessité de saturation du plan d'aide APA). La location (plutôt que l'achat) de matériel pourrait être encouragée afin de permettre une réutilisation du matériel existant dans une logique d'économie circulaire. S'agissant globalement des aides techniques, les travaux menés dans le champ du handicap pourront profiter au secteur du grand âge.

4.3. L'aménagement du logement serait renvoyé à d'autres dispositifs déjà existants mais les services d'évaluation continueraient d'assurer l'information et l'orientation des usagers

67. Pour les personnes des GIR 1 à 4, les aides à l'aménagement du logement pourraient être sorties du périmètre de la prestation pour faire l'objet d'une prise en charge renforcée dans le cadre de l'ANAH (les financements de l'ANAH pour l'adaptation des logements à la perte d'autonomie représentent 60,8 M€ en 2017, pour 18 185 logements concernés) ou du crédit d'impôt pour l'adaptation du logement (68 M€ pour 78 000 ménages)³⁵. Le service d'évaluation de la prestation autonomie resterait toutefois multidimensionnel et chargé d'évaluer le besoin, de conseiller et d'orienter le cas échéant la personne ou son entourage (voire de transmettre directement le dossier aux services de l'ANAH, par souci de simplification pour les demandeurs). Une autre option envisageable pourrait être d'intégrer le coût de l'adaptation du logement dans l'assurance habitation, option qui nécessiterait des travaux supplémentaires.

4.4. Un volet « répit » permettant le soutien aux aidants et l'accès à l'accueil temporaire serait clairement identifié

68. Les aides au répit sont, depuis la création de l'APA en 2002, éligibles à l'APA sans plafonnement spécifique autre que le plafond global du plan d'aide APA. La mise en place par la loi ASV de 2015 du « module répit du proche aidant » (susceptible d'être mobilisé, dans une limite d'environ 500 euros/an, en cas de saturation du plan d'aide) et du « relais en cas d'hospitalisation du proche aidant » (environ 1000 euros sans condition de saturation du plan d'aide) semble avoir brouillé la compréhension globale de ces aides. Certains départements considèrent ainsi que l'aide au répit ne peut être mobilisée que dans le cadre du seul module. De ce point de vue, la condition de saturation du plan d'aide a été identifiée comme un frein à la mise en œuvre du droit au répit.

L'atelier propose de distinguer, au sein de la nouvelle prestation, un volet spécifique « répit et accueil temporaire » assorti de plafonds spécifiques, afin de favoriser la mise en œuvre effective des aides au répit, du relais en cas d'hospitalisation de l'aidant et de l'accès pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie aux solutions d'accueil de jour et d'hébergement temporaire. Le recours à un accueil temporaire peut en effet se justifier pour la personne âgée sans que cela ne soit en tant que tel du répit pour l'aidant. Il peut s'agir de lutter contre l'isolement, de promouvoir le maintien de son autonomie. Il est donc proposé que ce volet soit plus largement consacré au répit pour permettre le soutien de l'aidant mais aussi l'accueil temporaire de la personne âgée. Ces travaux devront s'articuler avec les réflexions sur le modèle économique de l'accueil temporaire et son financement, ainsi qu'avec les travaux sur la place de l'accueil temporaire dans l'offre d'accompagnement et la restructuration de l'accueil temporaire.

A défaut de la création de ce compartiment ou en attendant sa mise en œuvre, l'atelier propose que soient d'ores et déjà revues les modalités d'activation du droit au répit et que l'accès aux accueils de jour soit promu.

5. A domicile comme en établissement, une meilleure prise en compte des ressources pour une prestation plus juste

69. La prise en compte du patrimoine pourrait être renforcée dans le cas de la nouvelle prestation (pour ses volets « domicile » comme pour son volet « établissement »). En effet, le patrimoine n'est aujourd'hui que faiblement pris

³⁵ Les données fournies par la DLF suggèrent qu'une hausse du plafond de ce crédit d'impôt n'apparaît pas nécessaire, les ménages modestes et moyens déclarant globalement des montants sensiblement inférieurs au plafond.

en compte dans le barème de l'APA (valorisation du « patrimoine dormant » à hauteur de 3% de son montant et d'une fraction de la valeur locative des propriétés immobilières hors résidence principale). Sans aller jusqu'à instaurer un recours sur succession ou un « gage patrimonial », la prise en compte du patrimoine pourrait être renforcée et la valeur de la résidence principale, aujourd'hui non prise en compte, pourrait être intégrée dans l'assiette des ressources utilisées pour le calcul de la participation financière du bénéficiaire (par exemple sur la base de la valeur locative ou représentant le montant du loyer qu'il aurait à payer s'il était locataire – « loyer imputé »). A défaut, la prestation pourrait tenir compte du statut d'occupation du logement en décomptant les charges de loyer pour les locataires dans la base ressources³⁶. Une dernière option pourrait être l'introduction d'un forfait logement sur le modèle des forfaits introduits pour l'attribution du RSA ou de la CMU-C. A titre d'exemple, l'introduction d'un loyer fictif moyen de l'ordre de 500 € par mois pour les 75% de propriétaires générerait environ 300 M€ d'économies (une baisse de 600 M€ de l'APA à domicile compensée à moitié par le crédit d'impôt). Cette proposition a fait l'objet d'un débat au sein de l'atelier. En effet, si la nécessité d'une plus grande justice intergénérationnelle n'a pas été contestée les participants se sont accordés sur deux conditions à ce renforcement de la prise en compte du patrimoine dans les ressources retenues pour le calcul :

- Une partie de l'atelier jugerait préférable que cette prise en compte ne dépende pas du degré de dépendance et qu'elle soit traitée via une hausse de la fiscalité appliquée aux personnes âgées aisées ou détentrice de patrimoine. Certains membres de l'atelier jugent au contraire qu'il est légitime de mobiliser le patrimoine pour financer la dépendance lorsqu'il existe. Toutefois, pour tous, si la hausse des prélèvements obligatoires apparaissait délicate, la prise en compte renforcée du patrimoine dans le cadre de la nouvelle prestation serait une solution acceptable. Un consensus se dégage en outre pour que cette prise en compte soit plutôt progressive avec le niveau de patrimoine mobilisable ;
- En outre, un consensus se dégage sur le fait que la mobilisation de l'épargne financière doit être privilégiée et que la prise en compte du patrimoine immobilier doit tenir compte du degré de liquidité et des fortes disparités géographiques des marchés de l'immobilier.

70. Le HCFEA suggère en outre de modifier la quote-part de la personne dans le partage des revenus du couple. L'allocataire de l'APA est réputé disposer de 59% du revenu du couple (1/1,7) ; ce taux de 1,7 est supérieur à celui retenu dans l'ASPA (1,55), dans l'allocation logement (1,5), dans le RSA socle (1,43 après application du forfait logement) ou dans les pensions de réversion (1,54 ou 1,6). L'économie du passage de 1,7 à 1,6 est chiffrée à 40 M€ dans le rapport de décembre 2017 du HCFEA.

71. L'atelier convient que les personnes actuellement bénéficiaires de l'APA doivent pouvoir opter pour conserver le bénéfice de celle-ci si elle leur est plus favorable. L'extinction de l'APA au bénéfice de la nouvelle prestation se ferait ainsi progressivement.

Synthèse des principales propositions

Pour un meilleur accès aux droits :

- Mise en place d'un lieu d'accueil et d'information unique dans les territoires (en poursuivant la démarche d'intégration des différents lieux d'accueil de proximité et des professionnels)
- Une plus grande harmonisation des évaluations et une réduction des disparités entre territoires ou entre modes de prise en charge à travers une description plus poussée des référentiels et des conditions d'accès à la prestation
- Développement de nouveaux services numériques permettant la dématérialisation de la demande d'ouverture de prestations (développés ou en projet dans plusieurs conseils départementaux) et le suivi de la demande.

³⁶ Ce qui impliquerait alors de réviser le barème.

En établissement, pour une prise en charge plus lisible et une baisse des restes à charge ciblée sur les plus modestes et les personnes concernées par un risque long de dépendance lourde

- Fusion des sections soins et dépendance en Ehpad avec un financement par l'Assurance Maladie assorti d'un ticket modérateur. Cette proposition implique la disparition de l'APA en établissement.
- Suppression de la réduction d'impôt et de l'APL/ALS en Ehpad au profit d'une prestation solvabilisant l'hébergement dégressive en fonction des ressources
- Harmonisation des pratiques des conseils départementaux relatives à l'ASH et introduction d'un barème indicatif national des participations maximales en fonction des ressources des obligés
- Bouclier dépendance préservant les descendants et le patrimoine au-delà d'une certaine durée de dépendance lourde en établissement

A domicile, une prestation rénovée qui assure l'accès aux droits, des services mieux financés et rapprochés pour améliorer le service à l'utilisateur :

- Création d'une nouvelle prestation autonomie à trois volets : aide humaine, aides techniques et répit/accueil temporaire ;
- Décalage de la barrière d'âge PCH/APA à 70 ans ou suivant l'âge effectif de départ en retraite
- Rénovation du modèle tarifaire des SAAD avec un tarif horaire national de référence et une dotation forfaitaire « socle » négociée dans un cadre conventionnel (CPOM) finançant notamment les temps de coordination et de formation
- Poursuite du rapprochement des services dans le sens d'une plus grande intégration, par exemple entre les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) prestataires
- Généralisation de la télétransmission et de la télégestion avec versement direct de la prestation au prestataire de façon à ne facturer que le reste à charge à l'utilisateur (condition impérative des futurs CPOM) ; mise en place d'une prestation tout-en-un avec le CNCESU pour les modes mandataires et emploi direct (de façon à automatiser le versement de la prestation au plus juste)

Une prestation plus juste au nom de l'équité inter et intra générationnelle :

- Meilleure prise en compte du patrimoine dans les ressources des prestations (à domicile comme en établissement) en l'élargissant notamment à la résidence principale
- Meilleure prise en compte de la composition familiale du bénéficiaire par un alignement du coefficient relatif aux revenus des couples de l'APA sur celui des autres prestations

ANNEXE : liste des membres de l'atelier

Co-présidence

Co-présidente : Mme Laurence Assous, conseillère référendaire, Cour des comptes

Co-président : M. Jean-Philippe Viquant, directeur général, DGCS

Rapporteur : M. Dorian Roucher, inspection générale des finances

Liste des membres

Mme Nadia Arnaout, cheffe de bureau, DGCS

M. Pierrick Bonnieu-Milot, DGOS

Mme Marie Bouchaud, association Paris St Jacques

M. Laurent Butor, chef de bureau, DSS

Mme Carole Bonnet, Ined

M. Stéphane Corbin, directeur de la compensation, CNSA

Mme Maryse Fourcade, Inspectrice générale, IGAS (mission ASH)

M. Thierry Grignon, chef de bureau, direction générale du trésor

Mme Nadia Laporte-Phoeun, directrice de l'autonomie, Conseil départemental du Val-de-Marne

M. Jean-Marc Lucien, directeur, fédération ADMR de Meurthe-et-Moselle

M. Gautier Maigne, France Stratégie

Mme Sandrine Marlière, directrice d'EPHAD

M Joseph Magnavacca, directeur de la santé publique et du médico-social, ARS de Corse

M. Fabien Perus, chef de bureau, direction du budget

Mme Audrey Piton, FEPEM

M. Alain Ramadier, député de Seine-Saint-Denis

M. François-Mathieu Robineau, Inspecteur, IGAS (mission ASH)

Mme Delphine Rouilleault, directrice de cabinet, CNAM

M. Olivier Trebosc, direction de la législation fiscale

M. Alain Villez, président, Petits frères des pauvres

Mme Malika Zakri, DREES