



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

**NOTE 3 : LES POLITIQUES DE SOUTIEN A
L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES**

Adoptée lors de la séance du 6 décembre 2018

SOMMAIRE

I) L'accès aux droits	5
1) Un effort d'information et d'accompagnement des allocataires et des aidants	5
2) Une meilleure gestion de deux dispositifs importants de solvabilisation des ménages	5
3) La vérification de la bonne connaissance par les allocataires et leurs enfants des mesures fiscales destinées à les aider	5
II) L'amélioration de l'aide à domicile	6
A) Les plans personnalisés d'autonomie	6
1) Situation actuelle et objectifs de court terme	6
2) Concurrence entre dépenses du plan personnalisé	7
3) L'indexation des plafonds de l'APA et du crédit d'impôt	7
4) Réduire les disparités territoriales des plans	8
B) Améliorer le statut des aidants	8
1) Le « droit au répit »	8
2) L'accès des aidants aux mesures fiscales	8
3) Des progrès pour les aidants actifs	9
4) L'indemnisation de l'aidant sur le modèle retenu pour la prestation de compensation du handicap	11
5) Soutenir l'effort des entreprises en faveur de leurs salariés	12
III) Améliorer la situation en EHPAD	12
A) Le taux d'encadrement dans les EHPAD	12
1) Le taux d'encadrement actuel	12
2) Les références dont on dispose doivent faire l'objet d'approfondissements	13
3) Evolution	13
4) Quel taux d'encadrement s'assigner pour les prochaines années ?	13
B) Tarification dans la section dépendance.....	14
C) L'évolution du coût des facteurs	14
D) L'avenir de la séparation entre sections.....	14
1) La fusion des sections soins et dépendance	14
2) La fusion des sections dépendance et hébergement	14
3) L'ajustement de la répartition des dépenses entre la section dépendance et la section hébergement	14

IV) Restes à charge des ménages	15
A) La situation des allocataires de l'APA vivant à leur domicile	15
1) Appréciation globale	15
2) Des ajustements mineurs	15
B) L'hébergement d'une personne âgée par ses proches	16
C) La situation en établissement.	16
1) La situation actuelle	16
2) Des réformes ambitieuses	18
3) Des réformes moins coûteuses	19
4) La mise en place d'un bouclier en établissement	21
D) Faut-il faciliter la mise en place d'instruments financiers dont les ménages disposeraient lors de leur perte d'autonomie ?	23
V) Problèmes de financement	23
A) Dépenses brutes et dépenses nettes	23
B) Dans nombre des scénarios étudiés, les dépenses des départements seraient augmentées.....	24
1) La charge brute des départements	24
2) Peut-on, par ailleurs, alléger la charge des départements ?	24
C) Schémas de financement des dépenses publiques.....	24
1) Sans augmentation des prélèvements obligatoires	24
2) Avec une augmentation des prélèvements obligatoires	25
Annexe 1 : La famille des personnes âgées vulnérables.....	26
Annexe 2 : L'indemnisation des aidants dans la PCH.....	37
Annexe 3 : Les aides publiques attribuées aux résidents d'EHPAD (hors soins et ASH)	40
Annexe 4 : L'aide sociale à l'hébergement (ASH)	54

REMARQUES PRELIMINAIRES

1) Dans les notes 1 et 2 examinées dans ses séances du 17 novembre et du 6 décembre, le Conseil de l'âge a étudié des questions de doctrine portant sur la conception et les éléments majeurs d'un système de « 5^{ème} risque ».

2) La note 3 n'analyse qu'une partie des enjeux d'une relance d'une politique plus ambitieuse de soutien à l'autonomie. D'autres enjeux sont analysés dans le rapport du Conseil de l'âge « Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030 ». Parmi ceux-ci, les membres insistent sur l'importance de mener une politique multidimensionnelle de prévention de la perte d'autonomie.

3) Cette contribution se situe dans un cadre conservateur ; c'est le plus crédible à court terme. Il associe pour l'aide à domicile, le pilotage par le département, la gestion de l'APA comme prestation en nature personnalisée ; le cofinancement de l'APA par l'Etat (CNSA) et les départements. L'organisation de l'offre revient à la collaboration entre les ARS et les départements.

4) La ligne directrice proposée est :

1° de consolider le maintien à domicile¹ et de revoir le statut des aidants ce qui permettrait de faire baisser le taux d'institutionnalisation ;

2° de privilégier l'amélioration de la qualité des établissements ;

3° de diminuer les restes à charge dans les établissements.

5) Comme on ne peut exclure que les marges de financement disponibles ne permettent pas de retenir en totalité les mesures les plus ambitieuses analysées dans cette note, l'option proposée au Conseil est de privilégier l'offre quitte à n'adopter que des mesures limitées et progressives de réduction du reste à charge en établissement.

6) Certaines dépenses entraînées par les projets étudiés ne monteront en charge que de façon progressive. Nous avons retenu 2024 comme horizon. Par contre, certaines dépenses peuvent être d'application immédiate au vu de l'importance des enjeux (c'est le cas par exemple de mesures diminuant le reste à charge en établissement).

7) L'augmentation conséquente des dépenses publiques proposée dans cette note, dont les montants sont donnés en brut, peut être partiellement compensée par une meilleure gestion des politiques de soutien à l'autonomie. Si bien que le solde net se situerait à un niveau sensiblement inférieur.

Une politique plus active de prévention, une meilleure organisation de la prise en charge des soins², la révision de certaines normes qui pèsent sur les coûts pourraient ainsi réduire les dépenses publiques de façon significative.

¹ Ou des formules alternatives

² On pourrait s'appuyer notamment sur les travaux du HCAAM et le rapport du Conseil de l'âge « Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030 ».

D) L'ACCES AUX DROITS

Une politique d'accès aux droits passe par trois actions principales.

1) Un effort d'information et d'accompagnement des allocataires et des aidants

L'option de développer des « gestionnaires de cas », à l'instar de ce qui se fait au Japon et comme il en existe déjà pour les situations complexes³ dans le cadre du dispositif MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie), et de l'étendre aux personnes en GIR élevés et à domicile devrait être étudiée.

2) Une meilleure gestion de deux dispositifs importants de solvabilisation des ménages

a) Le crédit d'impôt pour les emplois à domicile

Le rendre contemporain de la dépense permettrait que les intéressés s'en emparent plus facilement.

On devrait étudier le taux d'éligibilité des allocataires en GIR3 au régime de l'invalidité (octroi d'une demi-part fiscale supplémentaire ; accès au plafond majoré des emplois à domicile). S'il se révélait élevé, on pourrait étendre automatiquement ce régime aux allocataires du GIR 3 (c'est le cas des allocataires des GIR 1 et 2).

b) La CMUC contributive

On estime que près de la moitié des allocataires de l'APA y auraient droit. Comme les départements connaissent leurs ressources, on devrait étudier l'octroi automatique de la CMUC contributive par les départements quitte à procéder par voie réglementaire à des ajustements de l'assiette.

3) La vérification de la bonne connaissance par les allocataires et leurs enfants des mesures fiscales destinées à les aider

Ces « dépenses fiscales » sont analysées dans l'annexe 1.

Par ailleurs, en améliorant la valeur comme proposé *infra* au II.B leur donnerait une meilleure visibilité, ce qui pourrait améliorer le taux de recours.

³ Le gestionnaire de cas est un professionnel formé pour accompagner de façon soutenue les personnes âgées en perte d'autonomie (travailleur social, infirmier, psychologue ou ergothérapeute ayant un diplôme spécifique). Son action est dédiée à la coordination des interventions adaptées aux besoins des personnes en situation complexe (cumul de difficultés nécessitant l'intervention auprès de la personne de nombreux interlocuteurs).

II) L'AMELIORATION DE L'AIDE A DOMICILE

A) Les plans personnalisés d'autonomie

1) Situation actuelle et objectifs de court terme

La situation s'est dégradée puisque la dépense d'APA par allocataire (sur une estimation en ligne avec le coût des facteurs) a plutôt diminué entre 2012 et 2016⁴. Ce constat global, maussade⁵, appelle quatre compléments :

- la baisse des plans a porté surtout sur les GIR 3 et 4 (notamment le 4) ;
- on ne sait pas comment a évolué la valeur des plans sur les années 2017 et début 2018 ;
- l'équilibre financier des associations de services à domicile est très fragile ce qui dégrade la qualité de service ;
- la contribution nette des départements (en euros courants par allocataire) a diminué plus que l'APA brute dans la mesure où la participation des allocataires a augmenté, elle, de 2,5%. La légère hausse de la participation des allocataires devrait se poursuivre puisque les retraites évoluent plus vite que l'indice des prix sur lequel sont indexées les bornes de participation des allocataires.

Les tarifs

1° Les tarifs définis par les départements sont souvent trop bas, ce qui fragilise l'offre.

Selon la dernière étude de la Fédération française des services à la personne et de proximité (mai 2018), en mode prestataire le tarif départemental moyen est proche de 20€/heure alors que le coût est de 24€.

2° La fragilité des financements rend parfois difficile une bonne qualité du service. Elle conduit à une dissociation entre le coût facturé à l'allocataire et le barème de prise en charge par le département. Cet écart augmente le reste à charge (dont seule la moitié sera prise en charge par le crédit d'impôt).

Sur la base des plans exécutés en 2016 (dépense estimée à 4,2 milliards d'euros), il serait raisonnable de se donner l'objectif d'une progression de 50% à l'horizon 2024, soit une augmentation de la dépense de 2,1 milliards d'euros, dont 78% incomberait aux départements ; 11% à l'Etat au titre du crédit d'impôts et 11% aux allocataires.

⁴ Etudes et résultats n°1049 : la dépense en euros courants par prestataire est de 380€/mois en 2012 et 370€/mois en 2016. On ajuste cette dépense par un indicateur composite représentatif des coûts avec 80% de salaires (SMPT) et 20% de prix. Avec cette convention, la baisse est de 7%. Il est possible que cet indicateur soit un peu élevé compte tenu des mesures d'allègement des charges sur les bas salaires (voir sur ce point le rapport de décembre 2017 tome 2).

⁵ Il ne s'explique pas par une modification dans les effectifs des différents GIR.

Cette augmentation couvrirait :

- * la progression du nombre des allocataires liée à l'évolution démographique d'une part, à la diminution du taux d'institutionnalisation d'autre part ;
- * l'amélioration des plans d'aide ;
- * une augmentation des tarifs pour améliorer la qualité des services, la formation, les conditions de travail et de rémunération des personnels, condition indispensable pour améliorer l'attractivité des métiers de l'aide et du soin à domicile. Pour certains membres du Conseil, elle implique que l'on adopte un tarif plancher opposable aux départements.

Cet objectif pourrait sembler insuffisant à certains. Mais il serait peut-être irréaliste de parier sur une montée en charge plus rapide.

Pour certains membres du Conseil, il faut se donner un objectif plus ambitieux, celui que les plans notifiés « collent » aux plafonds. La valeur totale des plans d'aide serait alors égale à 8,1 milliards d'euros.

Compte tenu d'une sous-consommation des plans notifiés (qu'on estime à 15 %), les dépenses au titre des plans exécutés seraient alors de l'ordre de 6,9 milliards d'euros, soit une augmentation de 2,7 milliards d'euros par rapport à leur valeur 2016. Cette dépense serait supportée par les départements à hauteur de 2,1 milliards d'euros ; par l'Etat au titre du crédit d'impôts 0,3 milliard d'euros. Le reste à charge des ménages augmenterait de 0,3 milliard d'euros. »

2) Concurrence entre dépenses du plan personnalisé

A la différence de la PCH où les différents éléments de l'aide (aide humaine, aides techniques, aménagements du logement) font chacun l'objet d'une prise en charge autonome, le plan APA couvre l'ensemble des dépenses qui viennent ainsi en concurrence, surtout si le gestionnaire est sous forte contrainte budgétaire.

On pourrait étudier l'individualisation de certains éléments du plan.

3) L'indexation des plafonds de l'APA et du crédit d'impôt

Il est souhaitable de prévoir leur indexation sur les salaires (ou un mixte prix/salaires⁶) pour éviter une dégradation de la situation des allocataires à plan élevé.

A défaut, on peut admettre l'indexation sur les prix comme actuellement en prévoyant un rendez-vous au terme de cinq ans pour recalibrer les plafonds si l'écart cout/prix était élevé.

⁶ Comme on le fait (jusqu'à présent) pour les crèches avec une clé de répartition 80%/Salaire Moyen Par Tête (SMPT)-20%/prix

4) Réduire les disparités territoriales des plans

L'objectif est d'aller vers plus d'opposabilité. L'amélioration du référentiel actuel d'évaluation multidimensionnelle⁷ pourrait y contribuer.

Comme on sera amené à « refinancer » les départements, le respect de ce référentiel devrait être retenu par la CNSA dans la gestion de ce refinancement.

B) Améliorer le statut des aidants

Nous avons la chance d'avoir un potentiel démographique d'aidants familiaux important (seuls 15% des allocataires n'ont ni conjoint ni enfant).

Ce potentiel ne devrait pas se dégrader de façon sensible dans les 10-15 prochaines années. Le taux d'allocataires de l'APA à domicile vivant en couple (60% pour les hommes et 25% pour les femmes)⁸ devrait progresser dans les années à venir ; le nombre d'allocataires qui ont des enfants vivant est élevé et ne devrait pas diminuer à l'avenir mais la proximité des domiciles aidant/aidé pourrait encore diminuer⁹.

On ne sait si la propension des proches à aider leurs ascendants qui résulte de leur sentiment de devoir (« c'est naturel ») d'une part, du constat que leur aide est nécessaire (« on n'a pas le choix ») restera au niveau élevé qu'on constate actuellement.

Il est donc important de la consolider si l'on veut contenir la progression des aides publiques.

1) Le « droit au répit »

L'essentiel de l'effort doit concerner les plans non saturés et la mesure adoptée dans la loi ASV (crédit de 500€ /an pour les allocataires dont le plan est saturé) ne jouera qu'à la marge. La dépense de l'espèce est en partie incluse dans l'augmentation de 50% précitée.

2) L'accès des aidants aux mesures fiscales

a) La situation actuelle

Elle est analysée dans l'annexe 1 sur le groupe familial.

Les mesures fiscales sont parfois insuffisantes au regard de l'effort des proches des personnes en perte d'autonomie et des dépenses publiques qu'on serait amené à engager si l'aide familiale diminuait. Elles sont trop concentrées sur les ménages élevés et les paramètres de leur calcul sont trop bas.

⁷ Référentiel pour l'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants prévu par l'article L.232-6 du CASF et fixé par l'arrêté du 5 décembre 2016.

⁸ Données de 2011 à actualiser

⁹ la baisse de la natalité des années a porté surtout sur les familles nombreuses – et à la marge sur le nombre de personnes qui n'ont pas eu d'enfant du tout. Si bien que le nombre de personnes âgées qui ont au moins un enfant vivant reste élevé.

b) Préconisations

On devrait :

- vérifier si les ménages (aidants et aidés) sont correctement informés de ces mesures fiscales ;
- améliorer les paramètres du système actuel de réduction ;
- étudier la possibilité de basculer d'un système où la réduction d'impôt joue comme aujourd'hui un rôle majeur, vers un système de crédit d'impôt universel.

3) Des progrès pour les aidants actifs

47% des aidants de personnes en perte d'autonomie sont des actifs.

a) L'amélioration du congé de proche aidant

Le congé de proche aidant

Remplaçant depuis le 1^{er} janvier 2017¹⁰ le congé de soutien familial, le congé de proche aidant permet au salarié justifiant d'au moins un an d'ancienneté dans son entreprise de suspendre son contrat de travail pour accompagner un proche¹¹ en perte d'autonomie (la personne âgée doit relever du GIR 1, 2 ou 3).

Durée et organisation du congé

Le congé débute ou est renouvelé à l'initiative du salarié qui informe l'employeur dans un délai fixé par voie conventionnelle ou, à défaut, dans les délais supplétifs fixés à un mois pour la prise du congé et, pour son renouvellement, à quinze jours avant le terme du congé initialement prévu.

Sa durée est choisie par le salarié sans pouvoir dépasser une durée maximale fixée par voie conventionnelle ou à défaut, à trois mois renouvelable sans pouvoir excéder un an sur toute la carrière du salarié.

Le congé peut, avec l'accord de l'employeur, être transformé en activité à temps partiel ou être fractionné.

Indemnisation

Le congé n'est pas rémunéré.

Le droit à une activité professionnelle

Par exception à la norme qui exclut qu'une personne en congé puisse exercer une activité professionnelle, une personne en congé de proche aidant peut être salariée d'une personne bénéficiaire de l'APA, à l'exception du conjoint, concubin ou partenaire de PACS.

¹⁰ Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

¹¹ Ce proche doit être, pour le salarié, soit son conjoint ; concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ; son ascendant (par exemple : père) ou descendant (par exemple : fille) ; l'enfant dont il assume la charge au sens des prestations familiales ; son collatéral jusqu'au quatrième degré (frère, sœur, oncle, tante, neveux, nièces, grands oncles et tantes ; petits-neveux et nièces ; cousins et cousines germains) ; l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ; une personne, sans lien de parenté avec lui, avec laquelle il réside ou entretient des liens étroits et stables, et à qui il vient en aide de manière régulière et fréquente à titre non professionnel pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.

Quatre pistes de réforme devraient être étudiées.

a1) Elargir le droit à congé pour prendre en compte la situation des personnes qui sont aidants familiaux à plusieurs titres.

Actuellement, le congé peut être pris pour une durée de trois mois¹² et renouvelé, sans pouvoir dépasser un an sur l'ensemble de la carrière du salarié. Compte tenu du fait que certains salariés peuvent aider plusieurs personnes sur l'ensemble de leur carrière professionnelle, il pourrait être souhaitable de fixer la durée maximale à un an par personne aidée.

a2) Etendre la durée et limiter la discontinuité du congé

Si on veut minimiser les contraintes des entreprises, on pourrait moduler le congé en fonction de la taille des entreprises.

Le système allemand de congé pour les aidants

Le système allemand prévoit trois congés dont deux dépendent de la taille de l'employeur¹³

1° un congé court de 10 jours rémunérés à 90% du salaire net plafonné

2° un congé de six mois non rémunéré (congé plein ou à temps partiel). Il ne concerne que les entreprises de plus de 15 salariés. C'est un congé sans solde mais les aidés peuvent utiliser leur prestation pour rémunérer l'aidant ; celui-ci a droit à un prêt à taux zéro.

3° un congé de 24 mois avec l'accord de l'employeur et de droit dans les entreprises de plus de 25 salariés ; congé à temps partiel uniquement. Le congé n'est pas rémunéré mais le salarié peut bénéficier d'une avance sur salaire et d'un prêt à taux zéro.

a3) Rendre opposable la possibilité de prendre le congé de proche aidant à temps partiel et d'obtenir des aménagements des temps de travail

A défaut, il conviendrait d'instituer un « right to request ». Ce dernier permettrait à tout salarié parent ou aidant de demander à son employeur un passage au temps partiel, un aménagement de ses horaires ou un aménagement de son lieu de travail, l'employeur conservera le droit de refuser la demande, mais devra motiver les raisons de ce refus.

a4) Indemniser le congé

Le niveau d'indemnisation le plus couramment évoqué est celui de l'AJPP soit 958€/mois. C'est cette référence qui a été retenue au Sénat¹⁴.

¹² Disposition supplétive dont les accords de branche et d'entreprise peuvent s'écarter.

¹³ Note de notre conseiller social à Berlin en cours d'actualisation.

¹⁴ Dans le cadre d'une proposition de loi de Mme Guidez votée au Sénat et visant à favoriser la reconnaissance des proches aidants.

Les charges financières dépendraient :

- * des effectifs potentiels. On les avait estimés en 2015 à près de 30 000¹⁵ ;
- * du taux de recours, de la durée du congé et de la répartition entre arrêt total et congé à temps partiel. On ne dispose d'aucune base permettant de les estimer. Sur la base de 30 000 bénéficiaires à plein temps, ce qui est une hypothèse haute et vraisemblablement irréaliste, la dépense serait de 350 millions d'euros.

Le système ainsi envisagé (une indemnisation d'un montant significatif mais sur une durée limitée et fractionnée) est-il le meilleur ? Les formules d'indemnisation retenues pour le handicap dans la PCH sont plus durables et continues – profil plus cohérent avec le calendrier de l'aide apportée aux personnes en perte d'autonomie.

b) L'élargissement des droits de retraite

b1) L'assurance vieillesse des parents au foyer

Le bénéficiaire du congé de proche aidant bénéficie de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) pendant sa durée. On pourrait étudier un élargissement de la période d'affiliation aux situations où, selon l'équipe départementale, la présence souhaitable de l'aidant justifie qu'il interrompe ou diminue son activité professionnelle¹⁶. Cet élargissement entraînerait un transfert entre la CNSA et la CNAF sans incidence sur les dépenses publiques jusqu'à ce que les droits ouverts se traduisent par une augmentation des montants des retraites¹⁷.

b2) L'extension aux aidants de personnes en perte d'autonomie du régime des aidants de personnes handicapées

Dans ce régime, les aidants bénéficient d'un trimestre pour 30 mois de prise en charge dans la limite de huit trimestres.

c) L'accès au travail à temps partiel et aux aménagements d'horaires

On devrait le faciliter en le rendant opposable à défaut en instituant un « right to request ».

4) L'indemnisation de l'aidant sur le modèle retenu pour la prestation de compensation du handicap

Les aidants d'une personne en perte d'autonomie ne sont pas indemnisés alors qu'ils le sont dans la prestation de compensation du handicap (PCH) où l'indemnisation mobilise entre 25 et 30% des dépenses de l'élément 1 pour un montant moyen de proche de 300€/mois. Ce système est décrit dans l'annexe 2.

¹⁵ 290 000 allocataires de l'APA en GIR 1, 2 et 3 ; 47% de ces allocataires ont un aidant en activité ; pour 10% l'aidant n'est pas un proche éligible au congé ; chacun de ces aidants n'ouvre droit qu'à un an de congé maximum.

¹⁶ On a une procédure d'évaluation analogue dans la détermination des droits aux compléments d'AEEH.

¹⁷ Pour un allocataire de 80 ans et 30 ans d'écart d'âge entre parent et enfant, l'AVPF serait servie dès 50 ans et la répercussion de l'AVPF sur la retraite de l'aidant n'interviendrait qu'à sa retraite (douze ans après l'affiliation).

Une éventuelle transposition aux situations de perte d'autonomie pose trois questions principales :

- une question de conception. Pour l'essentiel les aidants des personnes en perte d'autonomie sont âgés (il s'agit le plus souvent du conjoint d'un allocataire, lui-même âgé en moyenne de plus de 80 ans). La durée pendant laquelle ils sont aidants est limitée. On est donc dans une problématique différente de celle des aidants d'adultes handicapés. On pourrait limiter la transposition aux aidants actifs (ce qui éliminerait la plupart des conjoints) ;
- une question de champ. On pourrait limiter l'éventuelle indemnisation aux aidants d'allocataires de l'APA en GIR 1 à 3 (comme c'est le cas pour le congé de proche aidant) ;
- une question de financement. Même si elle est limitée aux GIR 1 à 3 d'une part, et si le dédommagement serait contraint par les plafonds de l'APA, d'autre part, l'indemnisation pèserait sur les finances du département.

Si les marges de financement sont limitées, la ligne la plus réaliste est peut-être d'associer à la rémunération du congé de proche aidant l'extension aux seuls aidants actifs de l'indemnisation retenue dans la PCH. L'équipe départementale constaterait que la présence de l'aidant justifie un arrêt ou une diminution de son activité professionnelle et déterminerait alors le nombre d'heures à prendre en compte. Ces heures donneraient lieu à une indemnisation au taux retenu pour la PCH.

5) Soutenir l'effort des entreprises en faveur de leurs salariés

On pourrait étendre le crédit d'impôt famille soit au taux actuel de 50%, soit avec deux taux (50 et 25% selon la nature de la dépense). Les dépenses éligibles pourraient comprendre notamment :

- le maintien partiel du salaire antérieur en cas de passage à temps partiel ;
- l'indemnisation du congé de proche aidant ¹⁸ ;
- l'appui aux démarches administratives par un service dédié.

III) AMELIORER LA SITUATION EN EHPAD

A) Le taux d'encadrement dans les EHPAD

1) Le taux d'encadrement actuel

On estime communément que le taux actuel de 0,63ETP/résident n'est pas suffisant et qu'il convient, d'une part, d'effectuer un rebasage pour certains établissements, et d'autre part de suivre l'évolution du degré de perte d'autonomie qui s'alourdit régulièrement.

¹⁸ On ignore si des entreprises la mettent en œuvre.

2) Les références dont on dispose doivent faire l'objet d'approfondissements

- le rapport du Commissariat au Plan (2006) retenait une cible pour 2015 en ETP/résident de 0,71 et 0,78 en hypothèse haute (EHPAD et ULSD, hors foyers-logements) ;
- le plan de solidarité/grand âge (juin 2006) prévoyait de passer en cinq ans de 0,65 à 1 pour les établissements qui accueillent les résidents les plus dépendants (GMP supérieur à 800)¹⁹ ;
- le rapport Iborra retient, sur la base des travaux de la Fédération hospitalière de France et le syndicat national de gérontologie clinique de 2009, une norme d'encadrement en personnel « au chevet des résidents (aides-soignantes et infirmiers) » de 0,6ETP ce qui conduirait le taux total à 0,928ETP/résident.

3) Evolution

La situation ne s'est guère modifiée dans les dernières années (2011-2015).

L'évolution des besoins entre 2011 et 2015 est mesurée à partir des indicateurs (GMP et GMPS pondérés). L'augmentation du Gir moyen pondéré (qui sert de base à la détermination de la dotation de la section dépendance) est de 3,04%. Celle du GMPS (qui sert à la détermination de la dotation soins) est de 7,7%. L'augmentation pondérée pour les deux sections est de l'ordre de 6,5%, très proche de l'augmentation du taux d'encadrement constaté sur la période (ensemble des sections) est de 5,5%.

La récente réforme de la tarification de la section soins qui donne plus d'objectivité à la détermination des dotations est positive²⁰. Encore faut-il que la valeur du point (aucun texte réglementaire ne définit son évolution) suive l'évolution des coûts, notamment ceux de dépenses de personnel, qui sont appelés à augmenter plus vite que le salaire moyen compte tenu des besoins en terme d'attractivité des métiers, de conditions de travail et de rémunération.

4) Quel taux d'encadrement s'assigner pour les prochaines années ?

La seule poursuite de la tendance des besoins à l'horizon de cinq ans à partir de l'évolution des GMP et GMPS pondéré conduirait à une augmentation du taux d'encadrement de 4 ETP par EHPAD (6,3% de l'effectif actuel) dans les sections soins et dépendance. Mais compte tenu de la nécessité d'un rebasage dans certains établissements, il faut retenir un objectif plus élevé.

Dans ce contexte, il est réaliste de retenir une hypothèse de 0,8 ETP/résident (+25%). Elle devrait être atteinte au plus tôt.

On augmenterait alors de 100 000 ETP le personnel des EHPAD. Sur la base d'un coût de l'ETP de 35 000€/an (valeur 2016), la dépense brute liée à l'ajustement serait à cet horizon de 3,5 milliards d'euros.

¹⁹ En 2015, les EHPAD caractérisés par un GMP supérieur à 800 ont un taux d'encadrement moyen de 70,2%. Sur l'ensemble des EHPAD, le GMP moyen était de 710 en 2015.

²⁰ La baisse des contrats aidés a par contre pesé sur le taux d'encadrement.

B) Tarification dans la section dépendance

Faut-il, pour la section dépendance, unifier à l'échelle nationale la valeur du point et faire converger les départements vers une valeur cible ?

Les écarts actuels sont importants : la valeur du point varie de moins de 6 euros dans certains départements à plus de 9 euros dans d'autres. Ces écarts ne semblent pas justifiables par des différences objectives dans les conditions de rémunération et de conditions de travail.

L'adoption d'une valeur de référence, sur laquelle devraient progressivement s'aligner les départements dont le point lui est inférieur, serait coûteuse et devrait être étalée dans le temps.

C) L'évolution du coût des facteurs

Tout le monde convient qu'il faudra sur la période améliorer les conditions de travail, de formation et de rémunération des personnels.

Cet effort sera coûteux.

Il pèsera au premier chef sur l'assurance maladie (sections soins) puis sur les départements (section dépendance). Les résidents seront sollicités avec l'augmentation du talon et l'impact sur la section d'hébergement d'une évolution de l'effectif et du coût des personnels affectés à cette section.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, l'augmentation totale des charges brutes des EHPAD devrait se situer autour de 4 milliards d'euros à l'horizon 2024.

D) L'avenir de la séparation entre sections

Le système tripartite actuel est contesté.

1) La fusion des sections soins et dépendance

Pour certains, elle assurerait l'unité d'action dans la politique des EHPAD dans la main des ARS.

S'il s'agissait de l'intégration dans l'assurance maladie, la réforme soulagerait les départements (de plus de 2 milliards d'euros). Ces sommes pourraient être redéployées pour financer l'amélioration de la politique d'aide à domicile.

L'avenir de la participation des résidents à la section dépendance est analysée *infra* au IV.

2) La fusion des sections dépendance et hébergement

Le Conseil d'analyse de l'économie (CAE) propose de fusionner les deux sections dont le financement serait partagé entre le département et les résidents dont la participation diminuerait sensiblement avec leur revenu (suivant la formule retenue pour l'APA à domicile). Ce schéma est examiné *infra* au IV.

3) L'ajustement de la répartition des dépenses entre la section dépendance et la section hébergement

Il pourrait se traduire par une légère diminution des factures d'hébergement.

IV) RESTES A CHARGE DES MENAGES

A) La situation des allocataires de l'APA vivant à leur domicile

1) Appréciation globale

Le Conseil considère que l'option initiale selon laquelle on ne met pas en œuvre le principe de subsidiarité doit être maintenue. Il récuse à ce titre les projets mettant l'APA « sous option » dans lesquels les allocataires auraient à opter entre une APA à taux plein assorti d'une récupération sur succession et une APA à taux réduit sans qu'on applique alors la récupération sur succession.

Comme rappelé dans le rapport du Conseil de décembre 2017, les restes à charge à domicile resteraient raisonnables à trois conditions :

- l'indexation des plafonds de l'APA et du crédit d'impôt sur un index représentatif du coût des facteurs ;
- une réforme du crédit d'impôt qui le rende contemporain de la dépense et fasse bénéficier les allocataires en GIR 3 du plafond majoré ;
- une gestion tarifaire qui évite ou contienne le supplément de reste à charge lié à la discordance entre les tarifs de valorisation des plans personnalisés et les coûts réels²¹.

Le Conseil ne méconnaît pas que les restes à charge sont amenés à augmenter avec l'accroissement – souhaité – des plans personnalisés. Mais dans les contraintes financières prévisibles, on peut considérer que des ajustements du barème de l'APA ne sont pas prioritaires.

2) Des ajustements mineurs

Pour le Secrétariat du Conseil, on peut envisager des ajustements mineurs à la hausse de la participation des allocataires. Ils seraient plus facilement acceptés si la recette qu'ils procurent est affectée de façon certaine au risque d'une part, et s'ils prennent place dans un objectif global ambitieux d'autre part. C'est l'option retenue (non sans réticence) par le Conseil dans son rapport de décembre 2017. Le Conseil n'avait accepté qu'on mentionne certains ajustements qu'à la condition qu'ils servent à améliorer l'ASH.

Les ajustements étudiés portaient sur :

- le mode de calcul de l'assiette de l'APA dans les couples ;
- l'intégration dans l'assiette d'un « forfait logement »²².

²¹ Pour certains membres du Conseil, on ne peut y parvenir qu'en mettant en place un tarif plancher opposable.

²² Comme c'est le cas pour le RSA et le bloc CMUC/ACS

B) L'hébergement d'une personne âgée par ses proches

Si ce mode de prise en charge diminue, il reste significatif (11% des allocataires de l'APA) sans qu'on sache distinguer les parts respectives des enfants et des collatéraux (essentiellement des frères et sœurs).

Leur charge est insuffisamment prise en compte.

Les mesures fiscales sont de portée très limitée.

Elles sont analysées dans l'annexe 1.

On pourrait soit améliorer les paramètres de ces mesures soit, de préférence, basculer sur un système de crédit d'impôt.

C) La situation en établissement.

Le reste à charge (RAC) des résidents est très élevé. Si les dépenses de la section soins sont prises en charge pour l'essentiel par l'assurance maladie et si les départements financent les deux tiers des dépenses de la section dépendance, les résidents supportent le « talon de l'APA ». Quant aux dépenses de la section d'hébergement, les ménages en supportent l'essentiel.

Les RAC sont principalement financés par :

- le revenu du résident ;
- l'aide financière de groupe familial (les obligés alimentaires principalement) ;
- le patrimoine.

On ne sait pas aujourd'hui avec précision dans quelle proportion l'un ou l'autre est mobilisé. Mais étant donné que pour 75% des résidents, le RAC dépasse le revenu, le groupe familial et la mobilisation du patrimoine sont nécessairement mis à contribution dans des proportions non négligeables.

Les premières analyses menées par la DREES à partir de l'enquête CARE-Institution 2016 tendent à confirmer ce constat, que les analyses complémentaires permettront de préciser (Besnard et Zakri, 2018). Si on exclut les 24% des résidents pour lesquels l'enquête ne permet pas de connaître précisément les ressources mobilisées :

- 36% déclarent avoir puisé dans leur épargne ;
- 7% déclarent avoir dû vendre une partie de leur patrimoine ;
- 15% déclarent avoir mobilisé l'entourage pour payer les frais de séjour.

Ils estiment qu'ils seront amenés à l'avenir à solliciter davantage ces types de ressources.

1) La situation actuelle

a) Les aides publiques directes attribuées aux résidents

Les deux aides prévues (allocation de logement et réduction impôt) sont faibles et distribuées au demeurant suivant un profil très contestable (elles suivent une courbe en U, l'allocation de logement aidant les plus modestes, la déduction fiscale des frais d'hébergement aidant les plus aisés).

Ce système est analysé dans l'annexe 1.

Le système actuel d'aides publiques

1° La réduction d'impôt

Elle est égale à 25% des sommes versées dans l'année au titre de la dépendance et de l'hébergement, déduction faite de l'APA et de l'aide sociale et dans la limite d'un plafond de 10 000 €/an. La réduction est donc limitée à 208€/mois. Elle ne bénéficie par construction qu'aux 53% de résidents imposables. Le gain augmente avec le taux marginal d'imposition jusqu'à 208€/mois.

On compte (2016) 462 000 bénéficiaires pour une dépense fiscale annuelle moyenne de 640€ et une dépense fiscale totale de 295M€.

2° Les allocations de logement

Elles sont concentrées sur les ménages les plus modestes (le point de sortie pour un résident célibataire en zone 2 est de 1 370€/mois en aide personnalisée de logement (APL) et 1 028€ en allocation de logement à caractère social (ALS)). L'aide moyenne est en 2011 de 149€/mois.

3° Bilan des deux dispositifs

La distribution des aides suit une courbe en U. L'aide reste modeste (au plus de 200 à 250€/mois). La dépense publique est de l'ordre de 650M€.

b) L'aide publique indirecte de l'aide sociale à l'hébergement

L'aide sociale à l'hébergement (ASH) emporte une forte pression sur la famille des résidents, soit de façon courante avec la mise en jeu de l'obligation alimentaire, soit de façon différée avec la récupération sur succession. Elle est analysée dans l'annexe 1.

L'ensemble des aides existantes laisse substituer un reste à charge important pour les ménages hors ASH tandis que l'ASH pèse sur la famille du résident.

Cette situation est très contestée tant elle s'écarte des standards de notre protection sociale qui assurent un haut niveau de prestations et, sauf exceptions, ne mettent pas en jeu le principe de subsidiarité.

La lourdeur des restes à charge conduit la plupart des intervenants à souhaiter des mesures ambitieuses de réduction de ceux-ci. Ces mesures (étudiées au 2 ci-dessous) impliquent un montant élevé de dépenses publiques. Elles viendront fatalement en concurrence avec l'amélioration de l'offre dont on s'accorde à la juger prioritaire.

Il est donc logique d'étudier des mesures moins ambitieuses et de ce fait moins coûteuses (on le fait au 3 ci-dessous).

On étudie au 4 la mise en place d'un bouclier qui protège de façon spécifique les résidents qui ont une longue durée de séjour en établissement.

2) Des réformes ambitieuses

a) Un crédit d'impôt ou une prestation sociale, universelle et forfaitaire serait vite coûteux

Destinée à diminuer le RAC en établissement (section hébergement), l'aide nouvelle serait partiellement gagée par la suppression de deux dispositifs actuels (la réduction d'impôt et l'allocation de logement).

Elle assurerait une aide indépendante du revenu des résidents.

Si on la fixait à 6 000€/an et sur la base des effectifs actuels en EHPAD, la dépense serait de 2,9 milliards d'euros. Tous les résidents seraient gagnants :

- ceux qui bénéficient de l'ASH verraient diminuer le recours des départements sur leurs obligés alimentaires et le montant de la récupération sur leur succession ;

- le RAC des autres résidents diminuerait. Cette diminution (500€/mois) serait plus élevée pour les « classes moyennes » ; le gain serait moindre pour les résidents modestes (dont on supprimerait l'allocation de logement) et les plus aisés (dont on supprimerait la réduction d'impôt).

Une variation du montant de l'aide de 100€/mois fait varier la dépense publique de 0,8 milliard d'euros.

b) La suppression de l'obligation alimentaire et de la récupération sur succession

Près de quatre résidents sur cinq du parc habilité à l'aide sociale sont dans le champ potentiel de l'ASH. Mais les trois quarts n'y ont pas recours parce qu'ils refusent ses contreparties. La suppression des contreparties amènerait tous les bénéficiaires potentiels de l'ASH à y avoir recours.

b1) Les nouveaux bénéficiaires

L'ASH « rénovée » concernerait plus de 300 000 bénéficiaires nouveaux, portant l'effectif à 418 000 personnes.

revenu	Inférieur à 1 200€	Entre 1 200 et 2000€	Au-dessus de 2000€
Bénéficiaires actuels	81%	18%	0,8%
Nouveaux	44%	46%	10%

L'ASH moyenne serait d'un montant voisin du montant actuel (850 euros).

Ce montant voisin diminuerait avec le revenu, mais de façon moins que proportionnelle, comme c'est le cas pour le stock.

b2) Le coût de la réforme

La DREES l'avait chiffrée à 2,8 milliards d'euros sur des données 2011.

Il faut tenir compte de deux éléments mal connus :

- Le taux effectif de recours. L'étude de la DREES repose sur l'hypothèse d'un non-recours nul. Cette hypothèse majore le coût puisqu'il restera fatalement un petit pourcentage de personnes éligibles qui ne demanderont pas le bénéfice du nouveau régime.

- Par ailleurs, cette hypothèse de non recours ne tient que si tous les bénéficiaires potentiels occupaient une place habilitée. Or ce ne serait être partout le cas. On serait donc amenés à supprimer la notion de place habilitée pour lui substituer celle de personne habilitée. Seraient éligibles les personnes dont les revenus récupérables seraient inférieurs au tarif fixé par le Conseil départemental. Dans cette approche, l'ASH rénovée ne garantirait pas l'absence de RAC²³

Dans l'état actuel de nos analyses, la dépense pourrait se situer aux environs de 3,6 milliards d'euros, sans que l'on puisse exclure qu'elle s'écarte de manière significative de ce montant. Le Secrétariat général du Conseil va continuer ses travaux avec la DREES. Nous pouvons par ailleurs espérer que le prochain rapport de l'IGAS permettra d'améliorer le chiffrage de la réforme. Cette suppression est analysée dans l'annexe 4.

c) Le CAE a étudié un schéma dans lequel une prestation unique portant sur les sections dépendance et hébergement varierait avec le revenu des résidents

Dans la limite d'un plafond, elle couvrirait intégralement les dépenses des résidents (après déduction d'un forfait de « gîte et couvert ») pour les ménages les plus modestes. La prestation diminuerait avec le revenu. Si on retenait les règles de modulation de l'APA à domicile, la prestation serait limitée à 10% de la dépense nette du forfait pour un ménage dont l'assiette APA serait égale à 2,67 majoration pour tierce personne (MTP) soit 2 960 €/mois²⁴. Pour les ménages les plus aisés, elle serait inférieure à la réduction d'impôt actuelle (ce qui pourrait amener à instituer une aide plancher égale à cette réduction).

La réforme a été chiffrée à 2,5 milliards d'euros.

Elle est analysée dans l'annexe 3.

3) Des réformes moins coûteuses

a) L'augmentation de l'allocation de logement

La réforme concerne par nature les ménages modestes. Mais en augmentant le plafond de l'allocation, on accroît l'effectif des allocataires et le montant de la prestation.

L'allocation continuerait à baisser avec le revenu mais avec une pente moins forte qu'actuellement. La dépense dépendra des paramètres retenus (plafond nouveau et pente de diminution du montant).

²³ Ce qui est déjà le cas pour certains des résidents qui ont recours à l'article L du CASF

²⁴ L'aide publique de ces résidents ne serait guère modifiée : 10% de la dépense plafonnée alors qu'ils bénéficient actuellement d'une réduction fiscale de 208€ au maximum.

La DREES avait étudié cette réforme (voir l'annexe 3). On en retient deux conclusions.

- L'incidence pour les résidents dépend de leur statut :

* les propriétaires ne sont pas concernés ;

* le niveau de vie des bénéficiaires de l'ASH locataires (qui perçoivent l'allocation de logement) ne serait pas modifié ; mais leurs obligés alimentaires seraient moins sollicités et la récupération sur leur succession diminuerait ;

* le reste à vivre des autres résidents augmenterait.

- L'Etat financerait l'intégralité de la dépense ; les départements réaliseraient des économies.

Les bilans (détaillés dans l'annexe 3) s'établissent comme suit pour deux hypothèses d'augmentation du plafond :

	Coût pour l'Etat	Gain pour les départements
Augmentation de 50%	231M€	85M€
Doublement	462M€	171M€

b) La réforme du talon

- La suppression du talon soulagerait les résidents de 160€/mois de façon forfaitaire. La perte de la recette (1 milliard d'euros) serait supportée par les départements ou par l'assurance maladie en cas de fusion des sections soins et dépendance.

- Le gel du talon.

Avec la progression précitée des dépenses de la section dépendance, le talon à la charge des résidents (près de 160€/mois actuellement) devrait augmenter. Certes, les résidents en ASH (qui sont parmi les plus modestes) seraient épargnés. Mais l'effort demandé aux autres sera très contesté.

On pourrait alors geler le RAC à son niveau actuel (avec une indexation sur les prix à l'instar des retraites), ce qui, toutes choses égales par ailleurs, alourdirait la charge des départements.

c) La forfaitisation des aides actuelles (allocation de logement et réduction d'impôt)

On accorderait à tous les résidents une aide de 250€/mois, montant qui minimise les perdants (les allocataires les plus modestes percevant un montant élevé d'APL²⁵).

Les résidents les plus aisés qui bénéficient actuellement de la réduction d'impôt auraient un gain variant avec leur revenu de 1 à 208€/mois.

Ceux qui ne perçoivent actuellement ni allocation de logement ni réduction d'impôt bénéficieraient à plein de l'aide de 250€/mois.

La réforme coûte 1 milliard d'euros.

²⁵ On pourrait maintenir leur aide actuelle aux résidents en établissement à la date de la réforme (« droits acquis »).

d) Des aménagements limités à l'aide sociale à l'hébergement

Il s'agirait de :

- * généraliser des pratiques déjà très répandues (prise en compte du talon ; majoration des ressources laissées au résident pour qu'il paye sa cotisation de complémentaire nette de l'ACS²⁶) ;
- * majorer les ressources laissées au résident de 45€/mois ;
- * instituer un plancher pour la récupération sur succession, de telle sorte que même les plus modestes disposent d'un petit héritage à laisser à leurs enfants.

On estime que ces aménagements dont le coût pour les départements serait faible n'augmenteront pas de façon sensible le taux de recours.

4) La mise en place d'un bouclier en établissement

L'aide publique augmenterait pour les résidents à partir d'une durée donnée (comptée à partir de la première entrée en établissement).

Le but de la mesure est de protéger les allocataires et leur famille contre le risque « d'une longue durée de vie en établissement ». Cela permettrait de limiter l'obligation alimentaire, spontanée ou mise en œuvre dans l'ASH, et le montant de la récupération sur succession.

L'efficacité et le coût du bouclier dépendront de deux paramètres clé : la date de déclenchement du bouclier qui définit le nombre de bénéficiaire, la nature et le montant de l'aide publique mise en place à cette date.

On a étudié deux schémas. Dans le premier, on augmente les aides publiques, actuelles ou renouvelées, à partir de la date d'application du bouclier. Dans le second, on supprime l'obligation alimentaire et la récupération sur succession à partir de la même date.

Dans les deux schémas étudiés aux annexes 3 et 4, on met en œuvre le bouclier au terme de la troisième année en établissement. Il concerne alors 40% des résidents.

²⁶ Selon le Conseil d'Etat, cette prise en charge devrait être de droit

Ancienneté des résidents en EHPAD (données de 2011)

Ancienneté des résidents (en EHPAD ²⁷)	%	Distribution des 585 560 résidents en Ehpap
[0 ; 1 [	27 %	158 101
[1 ; 2 [	18 %	105 401
[2 ; 3 [	14 %	81978
[3 ; 4 [	10 %	58 556
[4 ; 5 [	8 %	46 845
[5 ; 6 [	6 %	35 134
[6 ; + [	17 %	99 545
Total	100 %	585 560

Source : Fizzala (2017), "Les durées de séjour en EHPAD", Les dossiers de la Drees, n°15.

- Dans le premier schéma, les dépenses des réformes analysées ci-dessus se situent à un niveau très inférieur (souvent de 60%). Le coût dépendra des hypothèses de réformes dont on a vu qu'ils variaient considérablement.

- Dans le second,

* les résidents actuels en ASH « gagnent » à la réforme parce qu'on ne sollicitera plus leurs obligés alimentaires et que le montant récupérable sur leur succession sera gelé (leur « gain » est de 0,3 milliard d'euros) ;

* la suppression des mécanismes de subsidiarité amènera un nombre élevé des résidents à demander le bénéfice de l'ASH. Ils bénéficieront alors du tarif de l'ASH (si leurs revenus les y rendent éligibles) ;

Son coût serait de l'ordre de 1,8 milliards d'euros (chiffre à valider en fonction des travaux entrepris avec la DREES).

* On peut le diminuer, soit en repoussant d'une année la mise en œuvre du bouclier, soit en « dégradant » la nature de l'aide (ne supprimer que l'obligation alimentaire, plafonner la récupération...).

²⁷ Ne correspond pas parfaitement au champ d'autonomie. Donc hypothèse que la distribution de l'ancienneté est la même en Ehpap que celle dans le champ d'autonomie /* A PRECISER*/

D) Faut-il faciliter la mise en place d'instruments financiers dont les ménages disposeraient lors de leur perte d'autonomie ?

Si l'on veut contenir les dépenses publiques (amenées à augmenter à législation constante avec la progression des effectifs des personnes âgées en perte d'autonomie), on peut amener les ménages à se couvrir face au risque de dépendance.

Le Conseil de l'âge avait mis en place à l'automne 2017 un groupe de travail chargé d'étudier « les financements privés de la perte d'autonomie ». Quatre conclusions se dégagent de son rapport.

- Des assurances privées facultatives ne sont pas dans les conditions actuelles de nature à occuper une place importante dans le risque de perte d'autonomie. Les produits actuels sont mal adaptés aux besoins ; la montée en charge de ce qui est, de fait, un système de capitalisation, sera longue.

Les assureurs ont entrepris de réexaminer les produits actuels sur les points les plus critiques analysés dans le rapport (définition de la perte d'autonomie légère, diminution de la sélection médicale, règle de revalorisation des rentes, ouverture sur une option de perte d'autonomie partielle, redéfinition de la mesure fiscale proposée pour faciliter la souscription des contrats²⁸, etc.) ;

- Nombre de sociétés d'assurance, d'institutions de prévoyance et de mutuelles considèrent qu'elles sont bien placées dans le soutien aux aidants ;

- L'inclusion d'une garantie dépendance dans les contrats de complémentaire couvrirait une très large partie de la population. Elle mérite réflexion ;

- Les instruments de « fluidification » du patrimoine (immobilier et mobilier) sont peu développés et il est hasardeux de parier qu'ils puissent²⁹ jouer un rôle important dans la couverture du risque.

V) PROBLEMES DE FINANCEMENT

A) Dépenses brutes et dépenses nettes

L'augmentation conséquente des dépenses publiques brutes proposée dans cet avis peut être partiellement compensée par une meilleure gestion des politiques de soutien à l'autonomie. Si bien que le solde net se situerait à un niveau sensiblement inférieur.

Une politique plus active de prévention, une meilleure organisation de la prise en charge des soins³⁰, la révision de certaines normes qui pèsent sur les coûts, pourraient ainsi réduire les dépenses publiques de façon significative.

²⁸ Le rapport avait critiqué l'option d'une déduction et envisagé plutôt un crédit d'impôt d'une part, le souhait des assureurs qu'on cumule deux avantages fiscaux, à l'entrée (déduction des cotisations) et à la sortie (exonération des rentes)

²⁹ Les ménages couverts par la CMUC seraient couverts par le dispositif public.

³⁰ On pourrait s'appuyer notamment sur les travaux du HCAAM et le rapport du Conseil de l'âge du HCFEA sur « Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030 ».

B) Dans nombre des scénarios étudiés, les dépenses des départements seraient augmentées

1) La charge brute des départements

Dans l'hypothèse où le concours de la CNSA suivrait l'évolution des dépenses et même en renforçant fortement la péréquation entre départements, on peut douter qu'on atteigne les objectifs qu'on s'assigne.

Une partie de la recette prévue pour la prise en charge de la perte d'autonomie doit donc être attribuée aux départements. Si cette option est retenue, il conviendra d'en prévoir l'affectation avec de solides garanties, notamment sur le niveau des plans personnalisés.

Le partage entre la CNSA et les départements devrait être alors être formalisé dans la loi et reposer sur un système contractuel rénové.

2) Peut-on, par ailleurs, alléger la charge des départements ?

- en modifiant la ligne de partage entre les sections soins et dépendance ? C'est une piste crédible mais coûteuse pour l'ONDAM.

- en augmentant l'allocation de logement ? Cela soulagerait la dépense d'ASH. Mais le coût pour l'Etat serait élevé comme on l'a vu *supra*.

- en augmentant un peu la participation des allocataires au financement de l'APA à domicile. On a analysé quelques pistes en ce sens (voir *supra* au IV)A)).

C) Schémas de financement des dépenses publiques

On analyse deux scénarios. Dans le premier, on n'augmente pas les prélèvements obligatoires (PO). Dans le second, on en mobilise.

1) Sans augmentation des prélèvements obligatoires

a) La politique de soutien à l'autonomie pourrait être financée en tout ou partie par un redéploiement au sein de la protection sociale.

Le Conseil n'a pas exploré cette option qui dépasse son champ de compétence

b) On pourrait associer

b1) Une contribution du Fonds de réserve des retraites (FRR)

Dès lors que le FRR n'a pas la portée structurante sur l'équilibre de long terme du système de retraites envisagé à l'origine, tout ou partie du disponible (après le versement prévu à la caisse d'amortissement de la dette sociale – CADES- jusqu'en 2024 et la soulte de la Caisse nationale des industries électriques et gazières – CNIEG - prévue en 2020) pourrait être affecté au financement de la perte d'autonomie.

b2) L'affectation d'une recette qui viendrait se substituer à la contribution à la réduction de la dette sociale (CRDS)

2) Avec une augmentation des prélèvements obligatoires

a) La section soins est financée, dans l'ONDAM, avec le mixte de recettes de l'assurance maladie.

Il n'y a pas lieu de modifier cette situation.

b) Les recettes envisageables pour la prise en charge de la perte d'autonomie hors section de soins

Elles sont analysées dans la note 1.

ANNEXE 1 : LA FAMILLE DES PERSONNES AGEES VULNERABLES

La politique actuelle combine deux principes : reconnaître l'aide que leur famille apporte aux seniors vulnérables d'une part, la solliciter lorsque les séniors ne peuvent assumer seuls les charges qu'ils supportent d'autre part.

I) TYPES DES AIDES DE LA FAMILLE

A) L'hébergement d'une personne âgée vulnérable au domicile d'un tiers

11% des personnes de plus de 85 ans vivent avec des proches (autres que leur conjoint) contre 32% en 1982.

B) Les aides en espèces

14% des personnes ayant encore un ascendant vivant (et ne vivant pas avec lui) l'ont déjà aidé par le passé, par un don, un prêt ou le versement régulier d'argent, la mise à disposition gratuite d'un logement ou le paiement d'un loyer ou encore le financement d'une maison de retraite.

C) Les aides en « nature »

1) Fréquence

L'essentiel de l'aide « en nature » est le fait des membres de la famille de la personne âgée.

Compte tenu de l'âge des personnes en perte d'autonomie, il s'agit le plus souvent de leur conjoint (34% des allocataires de l'APA à domicile vivent en couple) et de leurs enfants et beaux enfants.

2) Intensité de l'aide

Sur le champ de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile le volume moyen d'aide informelle par bénéficiaire déclaré en 2003 était de 3 heures et 30 minutes.

L'aide augmente avec le GIR (elle est de 4 heures 55 minutes pour les en GIR 3 à 1).

Ces estimations sont très approximatives :

* les données sont anciennes. Or il est vraisemblable que le développement de l'APA depuis cette date s'est pas traduite par une diminution de l'apport des aidants) ;

* il faudrait vérifier qu'on n'impute pas à la personne aidée des tâches que l'aidant aurait faites pour lui-même.

Il est donc raisonnable de penser que ces données surestiment l'apport des aidants.

3) Valeur monétaire de l'aide

Sur la base de 13€/h, la valeur de l'aide informelle moyenne parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile est de 1 374€/mois et la valeur totale est de l'ordre de 12,5Md€.

Sur la base d'une indemnisation à 4,75€/h (comme pour la PCH) la valeur de l'aide informelle moyenne parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile est de 502€/mois et la valeur totale est de l'ordre de 4,55Md€.

II) L'APPUI AUX AIDANTS

1) Le « droit au répit »

L'essentiel de l'effort doit concerner les plans non saturés et la mesure adoptée dans la loi ASV (crédit de 500€/an pour les allocataires dont le plan est saturé) ne jouera qu'à la marge.

2) L'accès des aidants aux mesures fiscales

a) La situation actuelle

Elle est insuffisante et trop centrée sur les ménages aisés.

b) Préconisations

On devrait :

- vérifier si les ménages (aidants et aidés) sont correctement informés de ces mesures fiscales ;
- améliorer les paramètres du système actuel de réduction ;
- et de préférence étudier la possibilité de basculer d'un système où la réduction d'impôt joue un rôle majeur vers un système de crédit d'impôt.

3) Des progrès pour les aidants actifs

47% des aidants de personnes en perte d'autonomie sont des actifs.

a) L'amélioration du congé de proche aidant

Le congé de proche aidant

Remplaçant depuis le 1^{er} janvier 2017³¹ le congé de soutien familial, le congé de proche aidant permet au salarié justifiant d'au moins un an d'ancienneté dans son entreprise de suspendre son contrat de travail pour accompagner un proche³² en perte d'autonomie (la personne âgée doit relever du GIR 1, 2 ou 3).

Durée et organisation du congé

Le congé débute ou est renouvelé à l'initiative du salarié qui informe l'employeur dans un délai fixé par voie conventionnelle ou, à défaut, dans les délais supplétifs fixés à un mois pour la prise du congé et, pour son renouvellement, à quinze jours avant le terme du congé initialement prévu.

Sa durée est choisie par le salarié sans pouvoir dépasser une durée maximale fixée par voie conventionnelle ou à défaut, à trois mois renouvelable sans pouvoir excéder un an sur toute la carrière du salarié.

Le congé peut, avec l'accord de l'employeur, être transformé en activité à temps partiel ou être fractionné.

³¹ Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

³² Ce proche doit être, pour le salarié, soit son conjoint ; concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ; son ascendant (par exemple : père) ou descendant (par exemple : fille) ; l'enfant dont il assume la charge au sens des prestations familiales ; son collatéral jusqu'au quatrième degré (frère, sœur, oncle, tante, neveux, nièces, grands oncles et tantes ; petits-neveux et nièces ; cousins et cousines germains) ; l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ; une personne, sans lien de parenté avec lui, avec laquelle il réside ou entretient des liens étroits et stables, et à qui il vient en aide de manière régulière et fréquente à titre non professionnel pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.

Indemnisation

Le congé n'est pas rémunéré.

Le droit à une activité professionnelle

Par exception à la norme qui exclut qu'une personne en congé puisse exercer une activité professionnelle, une personne en congé de proche aidant peut être salariée d'une personne bénéficiaire de l'APA, à l'exception du conjoint, concubin ou partenaire de PACS.

Quatre pistes de réforme devraient être étudiées.

a1) Elargir le droit à congé pour prendre en compte la situation des personnes qui sont aidants familiaux à plusieurs titres

Actuellement, le congé peut être pris pour une durée de trois mois³³ et renouvelé, sans pouvoir dépasser un an sur l'ensemble de la carrière du salarié. Compte tenu du fait que certains salariés peuvent aider plusieurs personnes sur l'ensemble de leur carrière professionnelle, il pourrait être souhaitable de fixer la durée maximale à un an par personne aidée.

a2) Etendre la durée et limiter la discontinuité du congé

Si on veut minimiser les contraintes des entreprises, on pourrait moduler le congé en fonction de la taille des entreprises.

Le système allemand de congé pour un proche aidant

Le système allemand prévoit trois congés dont deux dépendent de la taille de l'employeur³⁴

1° un congé court de 10 jours rémunérés à 90% du salaire net plafonné

2° un congé de six mois non rémunéré (congé plein ou à temps partiel). Il ne concerne que les entreprises de plus de 15 salariés. C'est un congé sans sold mais les aidés peuvent utiliser leur prestation pour rémunérer l'aidant ; celui-ci a droit à un prêt à taux zéro.

3° un congé de 24 mois avec l'accord de l'employeur et de droit dans les entreprises de plus de 25 salariés ; congé à temps partiel uniquement. Le congé n'est pas rémunéré mais le salarié peut bénéficier d'une avance sur salaire et d'un prêt à taux zéro.

a3) Rendre opposable la possibilité de prendre le congé à temps partiel et d'aménagements du temps de travail

A défaut on devrait instituer un « right to request ». Ce dernier permettrait à tout salarié parent ou aidant de demander à son employeur un passage au temps partiel, un aménagement de ses horaires ou un aménagement de son lieu de travail, l'employeur conservera le droit de refuser la demande, mais devra motiver les raisons de ce refus.

a4) Indemniser le congé

Le niveau d'indemnisation le plus couramment évoqué est celui de l'AJPP soit 958€/mois. C'est celui qui vient d'être retenu au Sénat³⁵.

³³ Disposition supplétive dont les accords de branche et d'entreprise peuvent s'écarter

³⁴ note de notre conseiller social à Berlin en cours d'actualisation

³⁵ Dans le cadre d'une proposition de loi de Mme Guidez votée au Sénat et visant à favoriser la reconnaissance des proches aidants.

Les charges financières dépendraient :

* des effectifs potentiels. On les avait estimés en 2015 à près de 30 000³⁶ ;

* du taux de recours, de la durée du congé et de la répartition entre arrêt total et congé à temps partiel. On ne dispose d'aucune base permettant de les estimer. Sur la base de 30 000 bénéficiaires à plein temps, ce qui est une hypothèse haute, vraisemblablement irréaliste, la dépense serait de 350M€.

Le système ainsi envisagé (une indemnisation d'un montant significatif mais sur une durée limitée et hachée) est-il le meilleur ? Les formules d'indemnisation retenues pour le handicap sont plus durables et continues – ce qui est peut-être plus cohérent avec le profil de l'aide apportée aux personnes dépendantes.

b) L'élargissement des droits de retraite

b1) L'assurance vieillesse des parents au foyer

Le bénéficiaire du congé de proche aidant bénéficie de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) pendant sa durée. On pourrait étudier un élargissement de la période d'affiliation aux situations où, selon l'équipe départementale, la présence souhaitable de l'aidant justifie qu'il interrompe ou diminue son activité professionnelle³⁷. Cet élargissement entraînerait un transfert entre la CNSA et la CNAF sans incidence sur les dépenses publiques, jusqu'à ce que les droits ouverts se traduisent par une augmentation des montants des retraites³⁸.

b2) L'extension aux aidants de personnes en perte d'autonomie du régime des aidants de personnes handicapées

Dans ce régime les aidants bénéficient d'un trimestre pour 30 mois de prise en charge dans la limite de huit trimestres.

c) Un recours plus facile au temps partiel et aux aménagements d'horaires

Ce serait le cas si on rendait ces modalités de travail opposables (à défaut si on instituait un « right to request »).

4) L'indemnisation de l'aidant sur le modèle retenu pour la PCH

Les aidants d'une personne en perte d'autonomie ne sont pas indemnisés alors qu'ils le sont dans la PCH où l'indemnisation mobilise entre 25 et 30% des dépenses de l'élément 1 pour un montant moyen de l'ordre de 300 €/mois. Ce système est décrit dans l'annexe 2.

³⁶ 290 000 allocataires de l'APA en GIR 1, 2 et 3 ; 47% de ces allocataires ont un aidant en activité ; pour 10% l'aidant n'est pas un proche éligible au congé ; chacun de ces aidants n'ouvre droit qu'à un an de congé maximum.

³⁷ On a une procédure d'évaluation analogue dans la détermination des droits aux compléments d'AEEH

³⁸ Pour un allocataire de 80 ans et 30 ans d'écart d'âge entre parent et enfant, l'AVPF serait servie dès 50 ans et la répercussion de l'AVPF sur la retraite de l'aidant n'interviendrait qu'à sa retraite (douze ans après l'affiliation)

Une éventuelle transposition aux situations de perte d'autonomie pose trois questions principales :

- une question de conception. Pour l'essentiel les aidants des personnes en perte d'autonomie sont âgés (il s'agit le plus souvent du conjoint d'un allocataire, lui-même âgé en moyenne de plus de 80 ans). La durée pendant laquelle ils sont aidants est limitée. On est donc dans une problématique différente de celle des aidants d'adultes handicapés. On pourrait limiter la transposition aux aidants actifs (ce qui éliminerait la plupart des conjoints)
- une question de champ. On pourrait limiter l'éventuelle indemnisation aux aidants d'allocataires de l'APA en GIR 1 à 3 (comme c'est le cas pour le congé de proche aidant)
- une question de financement. Même si elle est limitée aux GIR 1 à 3 d'une part et si le dédommagement serait contraint par les plafonds de l'APA, l'indemnisation pèserait sur les finances du département.

A défaut ou en complément d'une indemnisation du congé de proche aidant, on pourrait étendre aux aidants actifs (y compris le conjoint³⁹ actif) le dispositif retenu pour la PCH. L'équipe départementale constaterait que la présence de l'aidant justifie un arrêt ou une diminution de son activité professionnelle et déterminerait alors le nombre d'heures à prendre en compte. Ces heures donneraient lieu à indemnisation au taux retenu pour la PCH.

5) Soutenir l'effort des entreprises en faveur de leurs salariés

On pourrait étendre le crédit d'impôt famille soit au taux actuel de 50% soit avec deux taux (50 et 25% selon la nature de la dépense). Les dépenses éligibles pourraient comprendre notamment :

- le maintien partiel du salaire antérieur en cas de passage à temps partiel ;
- l'indemnisation du congé de proche aidant⁴⁰ ;
- l'appui aux démarches administratives par un service dédié.

IV) LES DEUX FACES DE L'OBLIGATION ALIMENTAIRE

A) Rappel juridique de l'obligation alimentaire (OA)

1) Les obligés alimentaires

Selon l'article 205 du code civil, il s'agit des descendants en ligne directe (enfants et petits-enfants).

Les personnes mariées ont une obligation alimentaire à l'égard des ascendants de leur conjoint (elle cesse lorsque celui des époux qui produisait l'affinité et les enfants issus de son union avec l'autre époux sont décédés). Le divorce met fin à l'obligation.

Les partenaires d'un PACS ne sont pas concernés.

Lorsque l'ascendant ne reçoit une pension que d'un seul de ses enfants, l'administration fiscale ne peut pour refuser la déduction qu'il opère tenir compte le part que ses frères et sœurs auraient dû normalement supporter.

³⁹ Situation de grande rareté

⁴⁰ On ignore si des entreprises la mettent en oeuvre

2) Les deux principes de l'OA (article 208)

« Les aliments ne sont accordés que dans la proportion du besoin de celui qui les réclame et de la fortune de celui qui les doit ».

3) Le statut fiscal de l'obligation alimentaire

Les dépenses exposées sont déductibles du revenu imposable du débiteur. Elles sont normalement imposables (article 79 du Code général des impôts –CGI-) pour le créancier (qui au demeurant étant « dans le besoin » est vraisemblablement non imposable ou faiblement imposable).

Il n'existe pas de normes générales pour encadrer cette déductibilité. Comme indiqué dans le BOI « il n'est pas possible, compte tenu de la diversité des situations susceptibles d'être rencontrées de fixer un niveau précis de ressources justifiant le versement d'une pension alimentaire et un montant d'aliments déductible du revenu imposable ». Par exception toutefois, on retient des normes dans certains dispositifs (on fixe un quantum maximal de déduction ; on définit un revenu maximal du créancier d'aliments).

Cette absence de normes appelle trois remarques :

- * elle rend difficile la gestion des mesures fiscales par les ménages ;
- * on constate que certains départements mettent en place un barème lorsqu'ils font jouer l'obligation alimentaire ;
- * dans certains pays étrangers, on adopte des barèmes nationaux (on examine ci-dessous le barème résultant de la décision de la Cour de Düsseldorf).

B) Mise en œuvre de l'OA

Deux cas de figure existent. L'obligé alimentaire :

- peut s'acquitter de sa dette de façon spontanée. Le droit fiscal actuel⁴¹ prévoit d'en tenir compte par une diminution de son impôt ;
- peut être contraint à le faire.

1) L'aide apportée au débiteur en cas d'exécution spontanée de son obligation alimentaire

Des aides fiscales compensent en partie les dépenses consenties par l'obligé alimentaire.

a) L'accueil au domicile du débiteur d'un ascendant âgé

L'hébergement chez un tiers concerne 11% des allocataires de l'APA. Il est vraisemblable qu'une part importante d'entre eux vivent chez leurs enfants ; mais on n'en connaît pas le nombre exact.

Deux modalités alternatives coexistent dans ce cas.

⁴¹ L'analyse des dispositifs fiscaux est en cours de validation avec la DGFIP.

a1) Une déduction des frais d'accueil.

Elle est possible dans la limite de 3 445€/42 an sans justification ; la production de justificatifs est nécessaire au-delà de ce montant. Il n'y a pas de plafond mais les frais déclarés doivent être cohérents avec la « fortune » de l'obligé.

Pour les personnes de plus de 75 ans, la condition relative « à l'état de besoin » est réputée remplie lorsque le revenu imposable du créancier n'excède pas le plafond d'attribution de l'ASPA. Mais il est possible d'avoir recours au dispositif au-dessus de ce plafond pour autant qu'on respecte les principes de l'article 208 du code civil.

La déduction a pour effet d'abaisser le seuil d'imposition du ménage accueillant (par exemple de 31 280€ à 27 835€ pour un ménage avec deux parts de quotient qui déduit les 3 455 précités). Le gain en impôt augmente avec le taux marginal d'imposition pour atteindre 129€/mois pour un couple au taux marginal d'imposition de 45% (qui déduit les 3 445 précités). Ce gain peut être supérieur si les frais déductibles justifiés dépassent la somme de 3 445€.

La mesure concerne donc des ménages aisés.

a2) Le bénéfice d'une demi part supplémentaire

Si l'ascendant est titulaire de la carte d'invalidité (ce qui est à coup sûr le cas en GIR 1 et 2 et très largement en GIR 3), le ménage accueillant peut le compter comme personne à charge.

Le seuil d'imposition est abaissé ; le gain en impôt augmente avec le taux marginal d'imposition jusqu'à buter sur le plafond de 3 050 €.

Là encore la mesure concerne surtout des ménages aisés.

Dans ce cas, l'aide n'est pas intégrée dans le revenu de l'ascendant (qui, étant par nature « dans le besoin » est vraisemblablement non imposable ou faiblement imposé)

b) La mise à disposition d'un ascendant d'un logement

Le contribuable peut déduire de son revenu une somme égale au loyer qu'il aurait pu tirer de la location de ce logement et les charges locatives qu'il règle en lieu et place de l'ascendant ainsi hébergé.

Ce régime n'est pas applicable à la résidence secondaire du contribuable.

Là encore le régime ne concerne que des ménages aisés.

c) La déduction de son revenu imposable des aides en espèces

Il s'agit des frais exposés par le contribuable pour prendre en charge une part des frais (nourriture, logement, santé) exposés par l'ascendant vivant à son domicile ou en établissement

L'obligé alimentaire peut déduire de son revenu les aides en espèces en cause. Le dispositif concerne donc les obligés aisés

En cas de paiement total ou partiel de l'hébergement en établissement de l'ascendant, l'aide n'est pas imposable pour le résident « ayant de faibles ressources ».

⁴² C'est le montant retenu pour l'évaluation des frais d'accueil des personnes âgées de plus de 75 ans.

d) L'obligé alimentaire a la possibilité de payer un emploi de service au domicile de son ascendant en bénéficiant du crédit d'impôt.

Pour les allocataires de l'APA, cette formule n'est pas cumulable avec la déduction analysée ci-dessus.

L'aide peut être d'un montant élevé (à la limite 500€/mois pour un couple qui n'a pas recours à un emploi à domicile pour ses besoins propres).

Cette disposition est particulièrement intéressante lorsque le crédit d'impôt de l'ascendant est saturé⁴³.

La formule qui optimise le système d'aides est de saturer d'abord le crédit d'impôt de l'ascendant (qui, compte tenu de son âge, bénéficie de l'exonération de charges patronales) puis, si nécessaire, de recourir au crédit d'impôt de l'obligé alimentaire.

e) Commentaires

A l'exception du dispositif décrit au d) ci-dessus, les systèmes de déduction ou de demi part ont une portée limitée, notamment parce qu'ils ne concernent que des ménages aisés et que le gain en impôt augmente avec le taux marginal d'imposition ; il est donc très faible pour les ménages proches du seuil d'imposition

L'effort consenti par un ménage modeste n'est donc pas reconnu.

f) Préconisations

On pourrait réfléchir à l'option de basculer sur un crédit d'impôt et de revoir la valeur de certains des paramètres financiers du système actuel (le plafond de 3 745€ ; la référence à l'ASPA pour déterminer l'état de besoin de la personne âgée qui bénéficie de l'aide...).

2) La mise en jeu de l'obligation alimentaire par les départements

C'est avec la récupération sur succession l'un des éléments de la mise en œuvre du principe de subsidiarité

a) Champ

Dans l'ASH (pour l'hébergement en EHPAD le plus souvent) ou l'aide-ménagère, le département peut solliciter les obligés alimentaires (la somme est convenue avec eux ou fixée par jugement).

b) Analyse des pratiques

Des éléments recueillis en 2011, ressortaient trois conclusions :

- l'effacement progressif du recours pour les petits enfants ;
- la mise en place de barèmes ;

⁴³ Ce peut être fréquent pour un allocataire « dans le besoin » qui ayant une APA consistante butera rapidement sur le plafond.

- un niveau du taux d'effort raisonnable (mesuré en 2011) n'était pas excessif.

Selon la DREES, à supposer que tous les bénéficiaires de l'ASH aient des obligés alimentaires effectivement sollicités, la contribution moyenne serait de 74€/mois. Mais le chiffre sur l'effectif réel serait bien évidemment supérieur.

Le rapport de l'IGAS en cours de finalisation pourrait apporter des données plus récentes.

c) Portée de la mise en jeu de l'obligation alimentaire

Combinée avec la récupération sur succession, l'obligation alimentaire freine le recours à l'ASH. Les ménages (le résident et ses enfants) y renoncent et gèrent entre eux le financement du séjour en établissement. Il n'est donc pas surprenant que l'ASH soit surtout demandée par des résidents sans enfant et sans patrimoine.

On estime que 75% des résidents éligibles compte tenu de leur revenu ne demandent pas l'ASH.

Pour certains commentateurs, les enfants ont une « double peine ». Ils ont fait leur devoir d'obligé alimentaire mais ils subiront aussi la récupération sur succession (certes pour un montant réduit des versements qu'ils ont effectués du vivant de leur ascendant).

d) Faut-il réformer l'OA ?

d1) Des aménagements

- la restriction du champ d'application :

* on supprimerait l'obligation pour les petits enfants. C'est largement entrepris et c'est souvent le cas à l'étranger. Pour certains cet abandon serait contradictoire avec le souhait d'encourager les donations entre grands parents et petits enfants.

* les brus et gendres. Pour certains, cet abandon ouvrirait la voie à l'ébranlement en doctrine du statut du mariage (si on exonère les brus et gendres au nom de l'autonomie des membres du couple, pourquoi ne pas aller plus loin dans l'individualisation ce qui percuterait des éléments majeurs du statut conjugal : pensions de réversion et prestation compensatoire ; quotient conjugal ; exonération des droits de succession du conjoint...)

- l'établissement d'un barème

Il donnerait plus de clarté et de sécurité aux ménages. Des départements l'ont fait. On pourrait opter pour un barème national indicatif à l'instar de ce qui a été fait pour les pensions alimentaires des enfants en cas de rupture du couple parental.

d2) Projet de suppression du recours.

Les tenants du 5^{ème} risque de sécurité sociale souhaitent qu'on supprime le principe de subsidiarité, ce qui ferait tomber la mise en œuvre de l'obligation alimentaire.

Dans une approche intermédiaire, certains proposent d'abandonner l'OA mais de maintenir la récupération sur succession. Ils invoquent deux motifs : l'OA introduit une zone conflictuelle dans les ménages et pèse sur le revenu courant des obligés ; tout supprimer est trop coûteux.

On ne dispose pas d'analyse argumentée sur l'effet propre de cette réforme (puisque la récupération sur succession subsisterait et pour un montant plus élevé que maintenant car la dette du résident serait augmentée de l'OA non « levée »).

Ce problème est étudié dans l'annexe 4 sur l'ASH.

C) La récupération sur succession

L'ASH est récupérable sur les héritiers des résidents.

A supposer que tous les bénéficiaires de l'ASH aient un actif net successoral positif, la récupération moyenne serait de 1 800€.

Ce mécanisme est analysé dans l'annexe 4 sur l'ASH.

V) L'AIDE APPORTEE A DES SENIORS PAR DES PERSONNES AUTRES QUE LES OBLIGES ALIMENTAIRES

1) Le régime actuel de l'aide en cas d'hébergement

On suppose qu'il s'agit fréquemment de frères et sœurs des personnes âgées en perte d'autonomie

L'aide apportée à des personnes de plus de 75 ans est déductible dans la limite de 3 445€ si la personne recueillie a un revenu imposable inférieur à l'ASPA.

Elle ne concerne donc que des ménages imposables et l'aide n'a un montant significatif que pour les plus aisés d'entre eux.

2) Préconisations

On devrait étudier de façon alternative ou cumulative :

- l'amélioration des paramètres de ces dispositifs ;
- le basculement sur un crédit d'impôt ;
- l'abaissement des droits de succession.

La situation des frères et sœurs fait l'objet d'une mesure dérogatoire. Ils bénéficient d'une exonération de droits de succession mais dans des conditions limitées (l'héritier doit être célibataire, veuf ou divorcé ; il doit avoir été domicilié pendant cinq ans avant le décès de la personne accueillie). On pourrait élargir ces indications.

VI) LA MISE EN JEU DU PRINCIPE DE SUBSIDIARITE A L'ETRANGER

A) La mise en œuvre de l'obligation alimentaire

Une étude menée pour le Sénat (2008) sur six pays européens (Allemagne, Belgique, Italie, Espagne, Danemark et Royaume Uni) donnait des éléments intéressants. Le Secrétariat du Conseil a entrepris de l'actualiser.

Les constats principaux de l'étude :

- l'obligation alimentaire était à l'époque retenue dans trois pays (Allemagne, Belgique, Espagne) ; elle ne l'était pas au Danemark et au Royaume Uni ; la situation était incertaine en Italie.

- le champ des obligés était varié :

* les brus et gendres étaient le plus souvent non soumis à l'OA de façon directe (mais la prise en compte du revenu du couple pouvait aboutir à solliciter le conjoint pour aider ses beaux-parents)

* le recours aux petits enfants semble largement abandonné⁴⁴.

- l'Allemagne avait adopté un barème établi par la Cour de Düsseldorf.

Dans ce barème, les parents peuvent être conduits à mobiliser leur patrimoine ce qui peut les faire sortir de l'état de besoin. Le débiteur peut déduire de son revenu imposable certaines dépenses obligatoires (épargne retraite, amortissement des emprunts immobiliers notamment).

Il conservait à l'époque 1 400€/mois (+ 1 050 pour le conjoint et 204/670 par enfant, somme variant avec son âge) et garde, au-delà du minimum la moitié de la différence entre son revenu (diminué des dépenses obligatoires) et ce minimum.

Débiteur célibataire sans enfant et sans charges obligatoires

Revenu	1400	2000	3000	5000
disponible	1400	1700	2200	3200
OA	0	300	800	1 800
Taux d'effort	0	15%	23%	36%

Couple débiteur sans enfant et sans charge obligatoires

Revenu	2 800	4 000	6 000	10 000
Disponible	2 450	3 225	4 225	6 225
OA	350	775	2200	3 775
Taux d'effort	12,5	19%	27%	37%

- en Belgique, le barème prévoyait à l'époque qu'on ne mette pas en jeu l'obligation au-dessous de 19 546€ pour un débiteur (personne isolée), ce plancher tenant compte du nombre de personnes au foyer de l'obligé. Le patrimoine du créancier est valorisé par un loyer fictif ce qui peut le faire sortir de l'état de besoin.

En 2006, le montant de l'obligation variait entre 34 et 867€/mois

17% des dossiers avaient fait l'objet d'une demande de recouvrement pour un montant annuel moyen récupéré de 1 313€.

B) La récupération sur succession

En Espagne on demandait à l'époque aux résidents une reconnaissance de dette récupérable sur la succession (au Pays Basque ce n'est le cas que si le patrimoine de l'intéressé est supérieur à la valeur moyenne des logements).

⁴⁴ Rapport Fragonard 2011.

ANNEXE 2 : L'INDEMNISATION DES AIDANTS DANS LA PCH

Selon l'article R245-7 du CASF sont considérés comme aidant familial le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle personne handicapée a conclu un pacte civil de solidarité, l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de la personne handicapée, ou l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de l'autre membre du couple.

Le recours à un aidant familial est mis en œuvre dans le cadre de la prestation de compensation du handicap (PCH). Selon l'article L245-12 du CASF, l'aide humaine (élément 1 de la PCH) peut être employée, selon le choix de la personne handicapée, à rémunérer directement un ou plusieurs salariés, ou à rémunérer un service prestataire d'aide à domicile, ainsi qu'à dédommager un aidant familial.

Ainsi un aidant familial d'une personne adulte handicapée peut être indemnisé de deux manières dans le cadre de la PCH :

- avec un salaire (il est rémunéré directement par la personne handicapée) ou
- avec un dédommagement.

1) Le recours au salariat d'un aidant

a) Le salariat d'un membre de la famille

Une personne handicapée peut utiliser la PCH pour salarier un membre de sa famille, à condition qu'il ne s'agisse pas de son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle elle a conclu un pacte civil de solidarité ou d'un obligé alimentaire du 1er degré.

Toutefois, cette disposition ne s'applique pas si la personne handicapée nécessite à la fois une aide totale pour la plupart des actes essentiels et une présence constante ou quasi-constante due à un besoin de soins ou d'aide pour les gestes de la vie quotidienne. Dans ce cas, la personne handicapée peut salarier tout aidant familial, y compris son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle elle a conclu un pacte civil de solidarité ou d'un obligé alimentaire du 1er degré (parent ou enfant du bénéficiaire). On ne connaît ni la fréquence ni les dépenses engagées à ce titre

b) Le niveau du salaire

Le salaire de l'aidant est fixé 2005 à 13,61€/h⁴⁵.

Si le plan d'aide humaine est entièrement consommé en salaire d'un aidant, le nombre d'heures compatible avec le plafond est voisin de 70 heures/mois par aidant.

La valeur du salaire évolue comme le salaire brut d'une assistante de vie de niveau C au sens de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999.

c) C'est le plan d'aide qui prévoit le nombre d'heures rémunérées

⁴⁵ 14,11€/h en cas de réalisation de gestes liés à des soins

2) Le dédommagement de l'aidant (hors salariat)

a) Deux tarifs de dédommagement

Le dédommagement est de 3,73€/heure, valeur portée à 5,59€/heure si l'aidant cesse ou renonce totalement ou partiellement à une activité professionnelle

La valeur du niveau de salaire évolue comme le salaire net applicable aux emplois familiaux.

Le tarif de 5,59€ peut concerner un aidant familial ayant pris une retraite anticipée pour s'occuper de la personne handicapée jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge légal de départ à la retraite. Il peut également concerner un aidant familial n'ayant jamais travaillé, mais qui, du fait de l'aide apportée à la personne handicapée, ne pourrait de toute façon pas prendre un emploi à temps plein et doit donc renoncer à cette possibilité. Cette notion est sans rapport avec la notion de perte de revenu, mais plutôt avec l'impact sur le temps de travail puisqu'il convient d'apprécier si l'aide apportée à la personne handicapée est compatible ou non avec un emploi à temps plein. (cf. CNSA, « Accès à l'aide humaine : élément 1 de la prestation de compensation du handicap - Guide d'appui aux pratiques des maisons départementales des personnes handicapées », mars 2017, p90).

S'agissant de l'appréciation de la réduction ou de l'abandon d'activité, les textes juridiques n'étant pas précis sur ce point, cela renvoie aux pratiques des MDPH. Il est probable que les MDPH se contentent de constater que l'aidant n'a pas d'activité ou travaille à temps partiel.

b) Plafond de dépenses

Le recours financé par le plan personnalisé est plafonné à 960€/mois par aidant (1 152€ lorsque l'aidant familial n'exerce aucune activité professionnelle afin d'apporter une aide à une personne handicapée dont l'état nécessite à la fois une aide totale pour la plupart des actes essentiels et une présence constante ou quasi constante due à un besoin de soins ou d'aide pour les gestes de la vie quotidienne.)

En cas de recours exclusif à un aidant dans le plan d'aide, le nombre d'heures compatible avec le plafond est voisin de 257 heures dans le premier cas et de 172 heures dans le second⁴⁶.

c) Statut du dédommagement

Les sommes versées à l'aidant familial dans le cadre de son dédommagement sont soumises à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéficiaires non commerciaux (BNC)⁴⁷.

d) Pluralité d'aidants

Une personne peut dédommager plusieurs aidants, dès lors qu'ils interviennent de façon effective et régulière. Dans ce cas, le montant maximum du dédommagement prévu dans l'arrêté du 28 décembre 2005 sur les tarifs de l'élément n°1 (960,43€, montant au 1er janvier 2017) s'applique pour chacun des aidants.

⁴⁶ 308 et 198 pour le plafond majoré

⁴⁷ L'aidant pourra en déduire les dépenses nécessitées par l'exercice de cette activité ; et il bénéficiera selon les dispositions de l'article 293 B du code général des impôts (dans la limite de 33 200 € de revenus de l'année civile précédente) d'une dispense du paiement de la TVA et de la possibilité d'un abattement forfaitaire. Le dédommagement ne supporte pas de cotisations sociales.

e) L'aidant familial plus souvent dédommagé que salarié

On ne connaît pas l'apport en temps des aidants familiaux dans le nombre d'heures d'aide humaine puisqu'ils ne sont pas distingués lorsqu'ils interviennent comme salariés. Mais leur place lorsqu'ils sont dédommagés (qui, elle, est connue) est majoritaire en « heures ». Elle serait de 58% et son poids varie considérablement selon les départements (graphique ci-dessous). Le nombre d'heures mensuel moyen bénéficiant d'un dédommagement serait de de l'ordre de 42 heures.

Cependant, le poids des dépenses de dédommagement des aidants familiaux dans le volume des dépenses est beaucoup plus faible puisque le tarif de dédommagement des aidants familiaux non-salariés est moins élevé que le salaire

ANNEXE 3 : LES AIDES PUBLIQUES ATTRIBUEES AUX RESIDENTS D'EHPAD (HORS SOINS ET ASH)

I) LA SITUATION ACTUELLE

Les développements qui suivent sont repris du rapport du Conseil de l'âge de décembre 2017. Ils mériteraient une actualisation.

A) L'Allocation logement en EHPAD

1) Caractéristiques

Le système d'aides fait coexister deux régimes. Pour l'aide personnalisée au logement (APL foyer), le régime conventionné comporte des obligations qui justifient selon les pouvoirs publics un niveau d'aide plus élevé⁴⁸. Si l'établissement n'est pas conventionné en APL foyer, les résidents sont éligibles à l'Allocation de logement sociale (ALS). Le partage était en 2011 de 50/50.

Comme pour toutes les aides personnelles au logement, la prestation diminue fortement avec le revenu de l'allocataire (une augmentation des ressources de l'année de 100€ conduit à une baisse de la prestation voisine de 30€).

Compte tenu de la baisse de la prestation avec le revenu, l'aide n'est plus attribuée lorsque les ressources dépassent le point de sortie (montant où l'aide calculée est inférieure à 15€ par mois).

Points de sortie en euros par mois de ressources nettes pour une personne âgée en 2016*

Points de sortie	APL foyer	ALS
ZONE I	1 429	1 121
ZONE II	1 371	1 121
ZONE III	1 337	1 121

⁴⁸ Ces obligations portent notamment sur :

- l'obligation d'accueillir 90% de résidents âgés⁴⁸ et dont les ressources sont inférieures au plafond applicable pour l'attribution des logements⁴⁸ ;
- l'obligation de maintenir les locaux en bon état de fonctionnement au moyen d'une politique de provision pour le financement de travaux d'entretien et de grosses réparations ;
- l'obligation de définir dans le contrat de l'établissement les prestations obligatoirement assurées (hors celles qui ont servi à déterminer la redevance retenue pour le calcul de l'allocation de logement).

*en tenant compte des abattements spécifiques sur la base ressource des personnes âgées ou des invalides

La dépense éligible varie de façon limitée en fonction de la localisation de l'EHPAD en APL. Elle ne varie pas en ALS

Dépense éligible : plafond de redevance (APL-foyer) et loyer forfaitaire majoré d'un montant forfaitaire de charges (ALS)

	Zone 1	Zone 2	Zone 3
ALS	256	256	256
APL foyer	438	401	381

Les allocataires les plus modestes bénéficient de règles favorables de détermination de l'assiette⁴⁹.

2) Résultats

Les montants de l'ALS sont systématiquement plus faibles que l'APL foyer et ne varient pas en fonction des zones (voir tableau ci-dessous).

⁴⁹ On prend en compte l'abattement pour personnes âgées pour les résidents disposant d'une carte d'invalidité (c'est le cas des allocataires en GIR 1 et 2) et pour les autres résidents s'ils sont nés avant le 1^{er} juillet 1931. Cette pris en compte abaisse substantiellement l'assiette de calcul.

Les retraites servies par le régime général inférieures à l'AVTS⁴⁹ (3 483€ pour 2016) et l'indemnité différentielle de l'ASPA ne sont pas comprises dans l'assiette de l'allocation de logement. L'allocation d'un bénéficiaire de l'ASPA est donc le plus souvent calculée sur une assiette très faible, voire nulle. Contrepartie de cette règle, il y a un effet de seuil prononcé au-dessus de l'ASPA (parce que l'assiette porte alors sur l'ensemble des ressources).

Lorsque le résident vit en couple et que son conjoint⁴⁹ vit au domicile familial, les droits de chacun sont étudiés individuellement en fonction de ses ressources propres (en tenant compte de l'abattement fiscal pour personne âgée propre à chacun).

Montant de l'APL foyer ou de l'ALS pour une personne âgée célibataire en EHPAD payant une redevance de 1000€

Ressources/Montant	APL foyer		ALS
ASPA (assiette ressources nulle)	Zone I	409	223
	Zone II	372	
	Zone III	352	
900	Zone I	217	81
	Zone II	193	
	Zone III	180	
1000	Zone I	180	58
	Zone II	158	
	Zone III	147	
1100	Zone I	141	38
	Zone II	122	
	Zone III	111	
1200	Zone I	107	21
	Zone II	89	
	Zone III	80	

Source : Cnaf.

3) Effectifs et dépenses

Sur un champ plus large que celui que nous suivons (il intègre notamment les résidents en foyers-logement), environ un tiers des résidents étaient allocataires en 2011. L'allocation moyenne était 146 € par mois (195€ pour l'APF foyer et 104€ pour l'ALS).

Les dépenses d'allocations logement s'élevaient à 450 millions d'euros.

Ces allocations représentent moins de 5% des tarifs d'hébergement de l'ensemble des résidents ; mais de l'ordre de 13% pour les seuls allocataires⁵⁰.

⁵⁰ Pourcentage calculé sur la base d'un tarif d'hébergement du premier quartile du parc - hors privé lucratif.

4) Evolutions depuis 2011

L'évolution de la valeur des allocations dépend :

- de l'évolution des ressources des résidents. Leur augmentation (liée à l'amélioration du niveau des retraites) exerce un effet déflationniste.
- de changements dans la détermination de l'assiette ressources. L'intégration des majorations de retraite des familles nombreuses dans l'assiette en 2013 a entraîné une baisse des allocations et, à la marge, la « sortie de champ » d'une partie des allocataires. L'abattement fiscal pour les personnes âgées modestes n'est plus pris en compte pour le calcul des allocations des résidents nés après le 1^{er} juillet 1931 s'ils ne disposent pas d'une carte d'invalidité.
- des paramètres retenus pour l'actualisation des barèmes : IRL⁵¹ pour le parc APL ; IRL pour le loyer plafond et prix pour le forfait charges en ALS ; prix pour les paramètres ressources. Ces indexations sont peu dynamiques
- de la progression du parc éligible à l'APL.

Les effectifs et dépenses précitées ont sensiblement diminué.

B) La réduction d'impôt

Elle est de 25% de la dépense (une fois déduites les aides publiques) plafonnée à 10 000€ par personne hébergée.

Elle ne bénéficie qu'à 52,6% des résidents, ceux qui sont imposés, et son apport augmente de 1 à 208€/mois avec le taux marginal d'imposition pour être plafonnée pour un célibataire à 27 128€ (2 260€/mois) de revenu imposable 2014⁵².

Cette dépense fiscale est de 308M€ (2015 sur les revenus de 2014). 445 000 contribuables sont concernés par ce dispositif. 227 000 bénéficient effectivement d'un allègement d'impôt pour un montant moyen de 113€/mois.

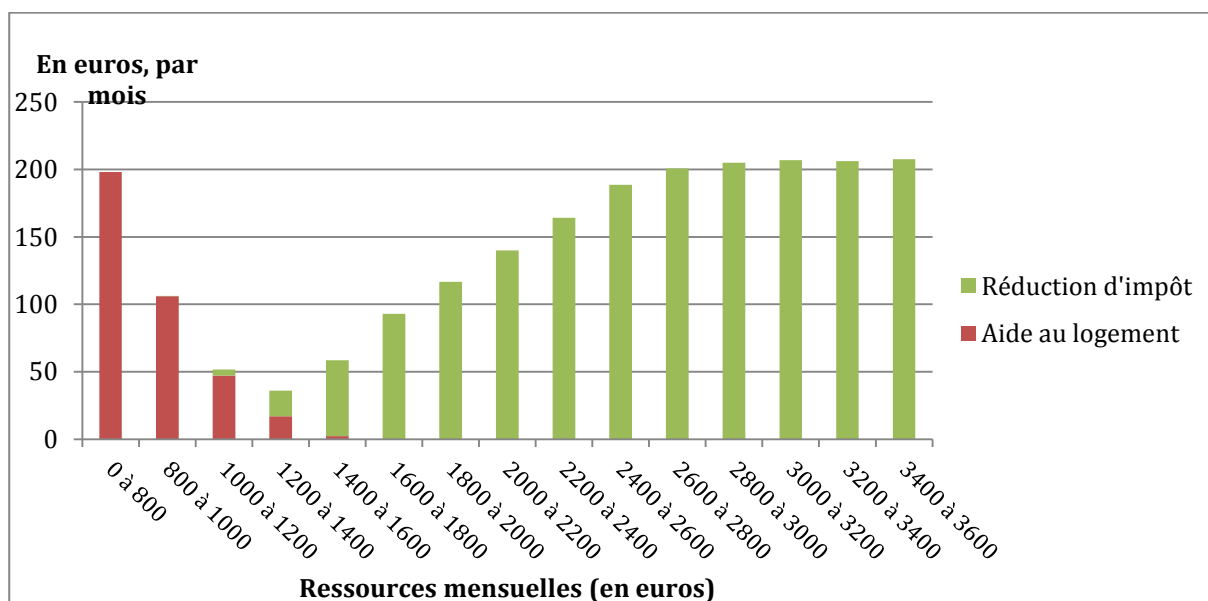
C) Variation de l'aide avec le revenu

Le cumul de l'aide au logement et de la réduction d'impôt présente une forme en U en fonction du revenu.

⁵¹ Indice de référence des loyers.

⁵² 27 166€ pour l'imposition des revenus pour 2016.

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



Champ : France métropolitaine – Résidents des établissements relevant de l'APA en établissement au 31 décembre 2011.

Source : *Modèle Autonomix – DREES.*

D) l'APA en établissement

Le département finance les deux tiers de l'APA (2Md€)

Bien que la législation actuelle prévoit que la participation de l'allocataire varie avec son revenu, la modulation qui en résulte est si faible qu'une grande majorité des départements l'ont abandonnée, rendant la participation forfaitaire et égale au « talon » de 165€/mois qui soit le GIR.

II) VOIES DE REFORME

Les réformes étudiées ici laissent subsister l'ASH mais en réduisent le champ et la pression qui en résulte pour les ménages.

A) Des réformes profondes et coûteuses des aides publiques

Deux questions sont centrales :

- le niveau de l'aide rénovée. On a choisi dans les analyses qui suivent un niveau d'aide très substantiel même s'il laisse subsister un reste à charge parfois important.
- la prise en compte éventuelle du revenu du résident.

1) Deux schémas d'aide indépendante des ressources des résidents

On étudie un crédit d'impôt (a) et une prestation sociale (b), tous deux indépendants des revenus du résident.

Pour les comparer utilement (c), on a retenu des montants voisins (de 500€ par mois). Le coût pour les Finances publiques est important (de l'ordre de 3 milliards d'euros).

On analyse au (d) un schéma de prestation de sécurité sociale beaucoup plus généreux

a) L'institution d'un crédit d'impôt substantiel

a1) Les paramètres du crédit d'impôt

a11) Caractéristiques du crédit d'impôt

Le crédit d'impôt serait accordé :

- pour toutes les catégories d'hébergement dans le champ des EHPAD et ULSD⁵³
- au taux de 50% sur une dépense éligible égale à la différence entre le tarif d'hébergement (dans la limite d'un plafond) et un forfait représentatif des frais de gîte et couvert qu'il est logique de laisser à la charge du résident.

* comme il n'est pas envisageable de couvrir par le crédit d'impôt les coûts d'hébergement des établissements les plus coûteux⁵⁴, il est logique de retenir un tarif plafond. On a retenu 1 700€ dans les calculs.

* pour le forfait « frais de gîte et couvert », on a retenu 720€ par mois, somme voisine de celle envisagée dans le rapport de 2011 et identique à celle retenue par le CAE⁵⁵ dont on analyse la proposition *infra*.

La dépense éligible annuelle est alors plafonnée à 11 760€ par an et le crédit d'impôt serait au maximum de 490€ par mois.

- La dépense éligible pourrait varier avec la localisation de l'établissement. On a donné dans le chapitre 4 les derniers éléments fournis par la CNSA sur la variation des tarifs d'hébergement. Même si les facteurs de cette variation sont complexes (localisation, statut juridique, ancienneté de l'établissement) et étroitement imbriqués, la variation avec la localisation est indéniable. Faut-il alors la prendre en compte ? Ce n'est pas évident en doctrine. L'admettre c'est reconnaître que les ménages ont droit à une aide plus forte si l'établissement qu'ils ont choisi est « relativement » coûteux. Le refuser c'est considérer que l'aide doit être calée sur une norme moyenne de coût.

a12) Le crédit d'impôt serait indexé sur un indice salarial pour éviter sa dégradation

a13) Le sort des autres aides publiques

- Compte tenu du niveau du crédit d'impôt et de son universalité, il serait logique qu'on supprime la réduction d'impôt actuelle.
- La question est ouverte pour les allocations de logement.
- Il serait logique de garder le recours à l'ASH puisque les ressources des résidents les plus modestes même majorées du crédit d'impôt et, le cas échéant, de l'aide au logement resteraient

⁵³ Champ actuel de l'APA en établissement.

⁵⁴ Le tarif d'hébergement en chambre seule du dernier quartile des établissements est de 2200€ par mois fin 2016 (CNSA).

⁵⁵ Note du CAE n°35 (octobre 2016).

inférieures aux tarifs d'hébergement. Mais les récupérations sur les obligés alimentaires et les successions seraient très substantiellement diminuées.

a14) Le système du crédit d'impôt souffre de son calendrier d'attribution

Il conviendrait d'étudier un mécanisme qui corrige ce défaut qui implique une avance de trésorerie.

a2) Incidences pour les ménages

Comme l'aide fiscale est indépendante du revenu et que son montant est supérieur à la réduction fiscale actuelle (plafonnée à 208€ par mois), tous les résidents sont gagnants à la réforme.

Même si on ne retient pas le cumul entre allocation de logement et crédit d'impôt, la situation des allocataires les plus modestes s'améliore. Ce serait plus net encore si on admettait le cumul.

L'augmentation des aides est très significative pour les classes moyennes (qui, dans le régime actuel, ne perçoivent pas d'aide au logement et n'ont guère de gain fiscal à la réduction d'impôt). Le gain sera égal ou proche de 500€ par mois.

L'aide des ménages les plus aisés augmente de 282€ par mois (solde entre le crédit d'impôt de 490€ et la réduction d'impôt de 208€).

a3) Le coût de la réforme

Il résulte :

- en charges pour l'Etat, du crédit d'impôt : 3,5Mds€⁵⁶.
- en économies : la suppression de la réduction d'impôt sur le revenu (308M€), voire de la demi-part invalidité des résidents (140M€ en 2014 d'après la DREES). Il y aurait par ailleurs des économies sur l'ASH.

Ces économies ramèneraient les dépenses publiques (hors incidence sur l'ASH) aux environs de 3Mds€.

b) Une prestation sociale

Elle assurerait une prestation d'hébergement cumulable avec l'allocation de logement. Son montant serait forfaitaire et pourrait varier avec la localisation de l'établissement.

Pour faciliter les comparaisons entre dispositifs, on a retenu un montant de 500€ par mois.

Tous les ménages verraient leur aide augmenter. L'augmentation serait pour la plupart d'entre eux de 500€ par mois. On supprimerait la réduction d'impôt. Pour les résidents imposables le gain diminuerait avec le revenu de 500€ à 282€ par mois.

⁵⁶ 6 000€ par an pour 580 000 résidents en 2011 (EHPAD + ULSD). La charge pour l'Etat serait inférieure d'environ 11 % si on excluait les GIR5 et 6, qui représentent en 2011 environ 11 % des résidents.

La dépense brute serait de 3,5Mds€. La suppression de la réduction d'impôt actuelle (308M€) ramènerait la dépense nette à un niveau inférieur, environ 3,2 Mds€. Il y aurait en outre des économies sur l'ASH.

c) Comparaison des deux dispositifs

Les deux dispositifs étudiés ont des incidences voisines pour les ménages.

Mais ils diffèrent sur un point important : la différence dans le calendrier de perception des aides. Le crédit d'impôt n'intervient que longtemps après l'entrée en établissement (19 mois après une entrée en milieu d'année) alors que la prestation est versée mensuellement dès l'entrée en établissement. Le Gouvernement a pris en compte le souci de rendre les crédits d'impôt contemporains de la dépense. Si une suite positive était réservée aux travaux actuels, ce serait un réel progrès.

2) Le Conseil d'analyse économique (CAE) a étudié en 2016 un schéma « d'APA étendue »⁵⁷

Dans ce schéma, l'APA étendue a vocation à être appliquée à domicile et en établissement.

Il repose sur deux principales évolutions :

- Le montant de l'allocation ne serait plus conditionné au lieu de vie choisi par le bénéficiaire (domicile ou établissement). Afin de garantir aux pouvoirs publics le financement d'une prise en charge efficiente, le montant de l'allocation serait systématiquement calculé dans la situation où la prise en charge est la moins coûteuse⁵⁸. Selon les auteurs, l'intérêt d'avoir un seul dispositif de financement est également de sortir de l'alternative domicile / établissement, en laissant plus de place aux systèmes de prise en charge intermédiaires ou mixtes. Cet élément complique le chiffrage d'un tel projet (et son implémentation) car il faut en toute rigueur évaluer pour chaque demandeur le coût de sa prise en charge à domicile (avec la délicate question de la valorisation de l'aide informelle) et le coût de sa prise en charge en établissement, pour ne retenir que le minimum.
- L'institution d'une aide nouvelle en établissement couvrant les sections « dépendance » et « hébergement ».

a) L'aide en établissement repose sur les principes suivants

L'aide publique unique couvrant les sections « dépendance » et « hébergement » varierait avec le revenu et le niveau du GIR.

Seuls les allocataires de l'APA seraient couverts par le nouveau système (les 11% de résidents en EHPAD en GIR 5 et 6 ne seraient pas concernés).

⁵⁷ Note du CAE n°35 (octobre 2016).

⁵⁸ Exemple : si la prise en charge est moins coûteuse en établissement qu'à domicile (avec valorisation de l'aide informelle), l'individu bénéficiera de l'APA étendue couvrant ses besoins en établissement. S'il choisit de vivre à domicile, le surcoût sera intégralement à sa charge.

La dépense éligible est égale à la différence entre :

- la somme d'un tarif de référence pour l'hébergement et d'un tarif dépendance variant avec le GIR. Pour faciliter les comparaisons avec d'autres projets de réforme et tenir compte des dernières données disponibles, nous avons retenu 1 716€ au titre de l'hébergement et 528€ au titre de la dépendance, soit un total de 2 244€.
- un forfait supposé représenter les dépenses de gîte et de couvert qui incomberaient normalement à l'allocataire s'il vivait chez lui. Il est fixé à 90 % de l'ASPA par les auteurs de la note du CAE, soit 723€/mois

La dépense éligible s'établirait à 1 521€/mois.

La note du CAE ne prévoit ni variation des tarifs de référence en fonction de la localisation de l'établissement ni mécanisme de revalorisation de la dépense éligible. Une telle variation pourrait être envisagée.

- L'« APA étendue » prend en charge la dépense éligible de façon décroissante avec le revenu, conformément à la formule retenue pour le calcul de l'APA à domicile antérieure à la réforme de 2016 : 100% de prise en charge au niveau de l'ASPA ; 10% pour un revenu supérieur à 2 930€. Compte tenu de la distribution des ressources des résidents observées en 2011, le taux moyen de prise en charge serait de 75%.

On ne connaît pas la position du CAE sur le maintien des aides au logement et de la réduction d'impôt en établissement. On a fait ici l'hypothèse que les aides au logement seraient supprimées.

b) Résultats

La prestation serait en moyenne de 1140 € par mois.

Avec ces conventions :

- le coût brut s'établirait à 6,8Mds€ au total pour les résidents en GIR 1 à 4 du champ étudié ;
- les économies associées à cette réforme résulteraient de la suppression de l'APA en établissement actuellement prise en charge par les départements (2Md€), de la suppression des aides au logement (300M€), et de la quasi –disparition de l'ASH (1Md€).

Le solde pour les finances publiques pourrait être de l'ordre de 3,5Md€.

B) Des réformes de coût modéré

1) L'augmentation de l'allocation de logement

a) Le dispositif

C'est un scénario dans lequel on concentre l'augmentation des aides publiques sur les ménages les plus modestes (un quart des allocataires environ).

La hausse du plafond de dépenses éligibles pour le calcul de l'allocation conduirait à l'augmentation de l'allocation pour les allocataires actuels et à l'attribution d'une allocation à de nouveaux ménages (effet de champ concernant les allocataires dont le revenu se situe entre les points de sortie actuel et envisagé).

b) Incidence pour les ménages

En s'appuyant sur le modèle Autonomix de la DREES et sur des données de 2011⁵⁹, A. Fizzala avait étudié en 2015 quatre hypothèses d'augmentation du montant moyen des aides au logement (+25% ; +50% ; doublement et quadruplement)⁶⁰.

L'amélioration de la situation des résidents concernerait :

- les allocataires actuels dont l'allocation augmenterait
- des nouveaux allocataires (« effet de champ »), ceux dont les ressources se situent entre les points de sortie actuels et envisagés

Mais la situation « du moment » de ceux d'entre eux qui ont recours à l'ASH (115 000) ne serait pas modifiée (ou ne serait modifiée qu'à la marge) puisque le département « récupère » l'allocation de logement comme l'ensemble des ressources courantes du bénéficiaire de l'ASH. Leur « gain » résulte de la diminution de l'OA et de la récupération sur succession.

c) Incidence pour les financeurs publics

L'Etat finance la totalité de la dépense et les départements enregistrent des économies. Dans ce cas, la réforme s'analyse comme un transfert entre l'Etat et les départements⁶¹.

d) Bilans de la réforme (pour les seuls allocataires relevant de l'APA)

⁵⁹ Qui surestimaient les effectifs de bénéficiaires et les dépenses totales d'aides au logement.

⁶⁰ Fizzala A., (2015), « Autonomix, un outil d'évaluation de mesures portant sur les personnes âgées dépendantes », *Economie et Statistique*, n°481-482, 2015.

⁶¹ Cette réforme diminuerait à la marge les sommes récupérables sur les obligés alimentaires et la succession des résidents

Coût des hausses des aides au logement en fonction de leur intensité

Augmentation des plafonds de l'allocation de logement	Aides (M€)	ASH (M€)	Coût brut (M€)	Coût net (M€)	Aide moyenne en €/mois	APL moyenne en €/mois	ALS moyenne en €/mois
0%	462	1150	0	0	146	195	104
25%	577	1108	115	73	183	244	131
50%	693	1065	231	146	219	293	157
100%	924	980	462	291	292	391	209
200%	1386	813	924	586	438	586	313

Source : Fizzala, 2015 (tableau 9)

Ce tableau appelle trois commentaires.

* Les économies en ASH qui résultent de la réforme sont importantes, de l'ordre du tiers de l'augmentation des aides au logement.

* Le solde pour les finances publiques varierait entre 73M€ et 586M€. Mais ce calcul est fait sur des données anciennes (répartition entre parc APL/ALS ; effets des réformes citées au 4 *supra* ; évolution des revenus...).

* On ne connaît pas l'effet de champ (effectif des nouveaux allocataires en plus des 260 000 allocataires dans le système actuel). Il serait élevé dans les hypothèses d'une forte augmentation des plafonds et la réforme concernerait alors une fraction importante des classes moyennes.

2) L'effacement de la courbe en U des aides actuelles

Il s'agit de forfaitiser les aides actuelles pour les rendre indifférentes au revenu du résident.

On supprime l'aide au logement et la réduction d'impôt, soit une économie d'environ 0,8Md€, selon le compte de la dépendance 2014 (Drees).

On attribue une aide forfaitaire de 250€/mois à l'ensemble des résidents en EHPAD. On a un petit nombre de perdants (allocataires de l'ASPA pour l'essentiel) : mais cette perte viendrait effacer une malfaçon de la prestation. La dépense publique annuelle est de 1,8Md'€, soit un coût net d'1Md€.

La réforme profite exclusivement aux classes moyennes.

3) La suppression de la participation du résident à l'APA

- Le gain serait de facto forfaitaire puisque la plupart des départements abandonnent la modulation de la participation du résident

- elle serait concevable dans une réforme qui réunifierait les sections dépendance et soins

- le gain des résidents serait de 1,05Md€:

4) Une famille de réformes améliore sensiblement la situation des résidents mais prend en compte leur revenu

a) La DREES a fait en 2012/2014 une série d'études sur un système refondant les aides publiques

a1) *Un premier schéma de prestation universelle couvrant dépendance et hébergement en établissement*

Dans ce scénario, l'aide varierait avec le revenu (entre des bornes inférieure et supérieure) et avec le niveau de GIR.

	GIR 1 et 2	GIR 3 et 4
Aide maximale	900€/mois	700€/mois
Aide minimale	200€/mois	100€/mois
Borne inférieure du barème	742€/mois (valeur de l'ASPA en 2011)	
Borne supérieure du barème	2 000€/mois	

Comme on le voit la baisse avec le revenu serait très rapide : on perd 700 ou 600€ par mois quand le revenu augmente de 1 258€ (2000€-742€).

En contrepartie, on supprimerait les aides actuelles (APA, aides au logement pour les GIR 1 à 4 et alignement de l'ALS sur l'APL pour les GIR 5 et 6 ; réduction d'impôt).

Le coût brut de la réforme serait de 1Md€ (sur données 2011). On enregistrerait 200M€ d'économies en ASH.

Il y aurait 79% de gagnants pour un gain moyen de 271€ par mois. Les perdants se situeraient parmi les ménages les plus aisés.

Dans un second scénario, l'aide maximale serait supérieure de 150€ par mois pour les GIR 1 et 2 et 100€ pour les GIR 3 et 4. Le coût brut serait alors de 1,5Md€.

Dans ces scénarios, il resterait un nombre important de résidents qui auraient encore un reste à vivre négatif et pourraient être amenés à solliciter l'ASH.

a2) *Dans un second schéma, on instituerait une allocation unique pour les résidents (GIR 1 et 2) en EHPAD et ULSD*

Une aide plus importante viendrait remplacer les aides au logement pour les allocataires en GIR 1 à 2. L'aide serait de 340€ jusqu'à un revenu de 1 000€/mois puis décroîtrait jusqu'à un revenu de 2 400€ où elle serait nulle.

On alignerait l'ALS des allocataires en GIR 3 à 6 sur l'APL.

La réforme ferait 90 % de gagnants chez les GIR 1-2, pour un gain moyen de 210€/mois. Environ un tiers des GIR3-6 seraient perdants, pour une perte moyenne allant de 60€ à 100€/mois selon le GIR.

Le coût de la réforme serait de 0,8Md€. La suppression de la réduction d'impôt et les économies en ASH ramèneraient le coût pour les finances publiques à 500M€.

Un second scénario élargit l'allocation au GIR1-4, pour un coût de la réforme à 1,2Md€. La suppression de la réduction d'impôt et les économies en ASH ramèneraient le coût pour les finances publiques à 950M€.

5) On peut envisager de gager une partie de la dépense qu'impliquent les propositions ci-dessus par des mesures d'ajustement de l'APA à domicile

- application à l'APA du forfait logement (précédents RSA/CMUC)
- coefficient 1,6 voire 1,5 au lieu de 1,7

C) Un bouclier

L'aide publique augmenterait pour les résidents à partir d'une durée donnée (comptée à partir de la première entrée en établissement).

Le but de la mesure est de protéger les allocataires et leur famille contre le « risque catastrophe » d'une longue durée de vie en établissement. Cela permettrait de limiter l'obligation alimentaire, spontanée ou mise en œuvre dans l'ASH, et le montant de la récupération sur succession.

L'efficacité et le coût du bouclier dépendront de deux paramètres clé : la date de déclenchement du bouclier qui définit le nombre de bénéficiaire, la nature et le montant de l'aide publique mise en place à cette date.

On a étudié deux schémas. Dans le premier on augmente les aides publiques, actuelles ou renouvelées, à partir de la date d'application du bouclier. Dans le second on supprime l'obligation alimentaire et la récupération sur succession à partir de la même date.

Dans les deux schémas étudiés aux annexes 3 et 4, on met en œuvre le bouclier au terme de la troisième année en établissement. Il concerne alors 40% des résidents.

Ancienneté des résidents en EHPAD (données de 2011)

Ancienneté des résidents (en EHPAD ⁶²)	%	Distribution des 585 560 résidents en Ehpap
[0 ; 1 [	27 %	158 101
[1 ; 2 [	18 %	105 401
[2 ; 3 [	14 %	81978
[3 ; 4 [	10 %	58 556
[4 ; 5 [	8 %	46 845
[5 ; 6 [	6 %	35 134
[6 ; + [	17 %	99 545
Total	100 %	585 560

Source : Fizzala (2017), "Les durées de séjour en EHPAD", Les dossiers de la Drees, n°15

- dans le premier schéma, les dépenses des réformes analysées ci-dessus se situent à un niveau très inférieur (souvent de 60%). Le coût dépendra des hypothèses de réformes dont on a vu qu'ils variaient considérablement.

- dans le second,

* les résidents actuels en ASH « gagnent » à la réforme parce qu'on ne sollicitera plus leurs obligés alimentaires et que le montant récupérable sur leur succession sera gelé (leur « gain » est de 0,3Md€)

* la suppression des mécanismes de subsidiarité amènera un nombre élevé des résidents à demander le bénéfice de l'ASH. Ils bénéficieront alors du tarif de l'ASH (si leurs revenus les y rendent éligibles).

Son coût serait de l'ordre de 1,8Md€ (chiffre à valider en fonction des travaux entrepris avec la DREES). On peut le diminuer soit en repoussant d'une année la mise en œuvre du bouclier, soit en « dégradant » la nature de l'aide (ne supprimer que l'OA, plafonner la récupération...).

⁶² Ne correspond pas parfaitement au champ d'autonomix. Donc hypothèse que la distribution de l'ancienneté est la même en Ehpap que celle dans le champs d'autonomix /* A PRECISER*/

ANNEXE 4 : L'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT (ASH)

L'ASH intervient lorsque le résident d'un établissement agréé à l'aide sociale n'a pas les ressources suffisantes pour payer les frais qui lui sont facturés.

Le département récupère alors une grande partie de ses ressources, tient compte des versements éventuels des obligés alimentaires et s'acquitte du paiement de la facture de l'établissement une fois déduits ces ressources et versements. Il laisse à la disposition du résident :

- 10% de ses ressources avec un minimum de 10% de l'ASPA ;
- très souvent⁶³ une somme lui permettant de payer sa facture d'assurance maladie complémentaire ;

Il peut prendre une hypothèque sur les biens du résident.

Le moment venu il récupère sa mise de fond sur la succession du résident au premier euro et sans plafonnement.

Autres processus de récupération sur succession

1° le minimum vieillesse (ASPA). Les petites successions (actif net inférieur à 39 000€) sont exonérées et la récupération est plafonnée à 6 570€/an pour un célibataire et 8 668€/an pour un couple.

2° l'aide sociale du département (c'est le cas de l'aide-ménagère).

I) TROIS SUJETS DE REFLEXION

A) L'opposabilité du tarif arrêté par le département.

C'est elle qui garantit en règle générale que le résident n'aura pas de charge à payer puisque ses débours sont intégralement couverts par ce tarif, voire ces tarifs puisque l'article R.314-182 prévoit des possibilités de modulation.

1) Qui est régi par ce tarif ?

1° Toute personne résidant dans un établissement habilité à 100% même si elle n'est pas éligible à l'ASH compte tenu de ses revenus. Cette règle est controversée. Certains intervenants au débat considèrent qu'il n'y a pas lieu de faire bénéficier des résidents non éligibles à l'ASH de la « protection » du tarif départemental. Ils trouveraient plus logique qu'on applique aux résidents non éligibles un tarif libre. Rappelons que près de 20% des résidents en EHPAD ne sont pas éligibles à l'ASH⁶⁴.

2° toute personne occupant une place habilitée dans un établissement à habilitation partielle pour autant qu'elle soit éligible à l'ASH compte tenu de ses ressources.

3° le résident qui au bout de cinq ans demande l'ASH dans un établissement avec habilitation partielle sur une place non habilitée. S'il réside dans un établissement sans habilitation, on lui applique le tarif médian du département.

⁶³ 72% des départements en (source : DREES)

⁶⁴ Ce pourcentage variant avec les statuts du parc (il est vraisemblablement moins élevé dans les établissements habilités)

2) A l'opposé, des résidents sont régis par un tarif libre

1° les personnes occupant une place habilitée dans un établissement à habilitation partielle et dont les revenus excluent l'accès à l'ASH

2° les personnes résidant dans un établissement non habilité et qui n'ont pas opté pour l'ASH au bout de cinq ans de séjour.

B) un « risque » pour l'établissement (sur les places habilitées) :

Nombre de gestionnaires considèrent que très fréquemment le tarif fixé par le département est insuffisant pour une bonne gestion. Cette insuffisance pèse d'autant plus sur eux que le nombre de places habilitées est élevé.

Ils réagissent de trois façons

- En diminuant le nombre de places habilitées, ce qui pose des problèmes politiques, juridiques, fiscaux pour les établissements privés non lucratifs, et techniques complexes
- Augmentant le tarif des places non habilitées. Ils ne peuvent le faire qu'au rythme du turn-over puisque l'évolution annuelle est normée par arrêté annuel^{65.66}).
- En adoptant un ou plusieurs tarifs plus élevés pour les résidents non éligibles à l'ASH (même s'ils occupent une place habilitée) en tenant compte éventuellement du revenu du résident. C'est le cas par exemple du groupe SOS.

La politique du groupe SOS

1° Le cadre juridique

En se plaçant dans le cadre de l'article L.342-3-1 du CASF et de la convention d'aide sociale conclue avec le conseil départemental (ou le CPOM qui peut en tenir lieu), il organise ainsi avec le Département l'aménagement des tarifs administrés sans pour remettre en cause l'habilitation elle-même pour la totalité de la capacité. Cet aménagement ne s'applique qu'aux résidents entrés dans l'établissement à partir de la date de mise en œuvre de la convention.

2° La hiérarchie des tarifs

On se réfère au système de l'arrêté applicable à l'EHPAD Metz Mirabellier.

Le tarif « aide sociale » est de 59,77€/jour. Le premier tarif « conventionné » concerne les résidents non habilités à l'aide sociale et dont le revenu brut global est inférieur à 2 000€/mois ; il est de 66,2€ (soit une augmentation de 195€/mois par rapport au tarif « aide sociale »). C'est ce tarif qui est appliqué lorsque les enfants participent à la couverture des frais d'hébergement. Le second (68,7€) concerne les résidents dont le revenu brut global se situe entre 2 000 et 3 000€/mois. Le troisième (71,2€) concerne les résidents dont le revenu est supérieur à 3 000€/mois. L'amplitude de la modulation tarifaire est modérée. Compte tenu de cette modération, de la faible fréquence des résidents de revenu élevé et de la durée de montée en charge, le surloyer ne représente qu'entre 2,5% et 5% du total des recettes d'hébergement des EHPAD concernés.

⁶⁵ L'article L 342-3 du CASF cite comme éléments à prendre en compte « l'évolution du coût de la construction et des loyers, des produits alimentaires et des services et du taux d'évolution des retraites de base »

⁶⁶ L'évolution (cumul) autorisée sur les quatre années 2015/2018 est de 2,15%.

C) la règle du domicile de secours

Elle complique la gestion du département (multiplicité de tarifs dans un même EHPAD). Selon la CNSA, cette règle pourrait pousser certains départements à des pratiques de priorité d'accès sur les places habilitées aux habitants du département du siège de l'établissement.

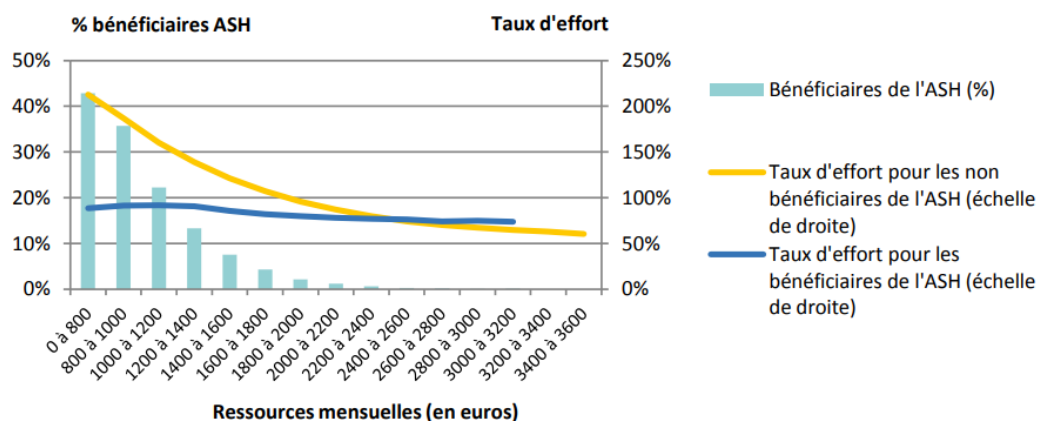
II) LE REGIME DE L'ASH

A) Propos liminaires

1) RAC en établissement

Avant prise en compte de l'ASH, le niveau moyen du RAC en 2011 est de 1038€/mois (Fizzala, 2016). Ajouté aux dépenses de gîte et de couvert, fixées par convention à 720€/mois, les dépenses à la charge des résidents sont en moyenne égales à 1758€/mois. Le reste à vivre est négatif pour environ 75 % des résidents (HCFEA, 2017).

Graphique 1. Taux d'effort selon le fait de bénéficier ou non de l'ASH (tiré de Fizzala, 2016)



Lecture : Le taux d'effort des résidents dont les ressources sont comprises entre 800 et 1 000 euros par mois est de 91 % pour les bénéficiaires de l'ASH et de 187 % pour les autres. 36 % des résidents de cette tranche de ressources bénéficient de l'ASH.

Champ : France métropolitaine – Résidents des établissements relevant de l'APA en établissement au 31 décembre 2011.

Source : Modèle Autonomix – DREES.

Les RAC sont principalement financés par :

- Le revenu du résident
- L'aide financière de groupe familial (les obligés alimentaires principalement)
- Le patrimoine

On ne sait pas aujourd'hui avec précision dans quelle proportion l'un ou l'autre est mobilisé. Mais étant donné que pour 75 % des résidents le RAC dépasse le revenu, le groupe familial et la mobilisation du patrimoine sont nécessairement mis à contribution dans des proportions non négligeables.

Les premières analyses menées par la Drees à partir de l'enquête CARE-Institution 2016 tendent à confirmer ce constat, que les analyses complémentaires permettront de préciser (Besnard et Zakri, 2018). Si on exclut les 24 % des résidents pour lesquels l'enquête ne permet pas de connaître précisément les ressources mobilisées :

- 36 % déclarent avoir puisé dans leur épargne
- 7 % déclarent avoir dû vendre une partie de leur patrimoine
- 15 % déclarent avoir mobilisé l'entourage pour payer les frais de séjour.

Ils estiment qu'ils seront amenés à l'avenir à solliciter davantage ces types de ressources.

2) L'effet de l'ASH

Pour une majorité d'individus, les frais de séjour (hébergement et talon dépendance) sont supérieurs au revenu.

L'ASH permet par construction de plafonner les RAC mensuel en limitant à 90 % la part du revenu consacré au financement des frais de séjour.

Avec la mise en œuvre de l'obligation alimentaire et du recours sur succession, une partie de la prestation d'ASH pèse néanmoins en réalité sur le groupe familial et le patrimoine du résident. Sauf pour ceux n'ayant (i) ni OA ou ayant des OA ne pouvant être mis à contribution compte tenu de leurs ressources et (ii) ni patrimoine, chaque euro laissé en plus au résident sous forme de reste à vivre sera un euro supplémentaire financé par les OA ou le patrimoine du résident au moment de la succession.

Compte tenu du fait que 50 % des résidents en EHPAD (en hébergement permanent) connaissent une durée de séjour supérieur à 18 mois (Fizzala, 2017) et 25 % plus de 48 mois, la charge totale pesant sur les obligés alimentaires et la mobilisation du patrimoine peut être élevée sur l'ensemble de la durée de séjour.

3) Données de cadrage sur l'ASH

a) Nombre de bénéficiaires

La Drees évalue à 120 997 le nombre de bénéficiaires de l'ASH fin 2016 au titre d'un hébergement en établissement, dont 101 000 en Ehpad, 9 900 en USLD, 4 100 en Ehpa (non Ehpad), 5 500 en résidence-autonomie et 2 300 personnes accueillies chez un particulier.

Le nombre de bénéficiaires de l'ASH a diminué sur la période 1994-2003. Depuis 2004, il augmente à nouveau, pour se stabiliser autour de 120 000 à partir de 2009.

b) Caractéristiques des bénéficiaires

Les bénéficiaires de l'ASH sont, relativement à l'ensemble des résidents, plus souvent des hommes. Ils représentent 34 % des bénéficiaires de l'ASH contre 26 % de l'ensemble des résidents.

Ils sont, et cela explique sans doute le résultat précédent, plus jeunes en moyenne que l'ensemble des résidents : 36 % sont âgés de moins de 80 ans (contre 21 % parmi l'ensemble des résidents).

Selon l'enquête RI2011 (Drees), 88 % des bénéficiaires de l'ASH bénéficient également de l'APA (12% sont en GIR 5 ou 6).

Le tableau suivant présente, à partir du modèle Autonomix de la Drees, la distribution des bénéficiaires de l'ASH au regard de leurs ressources

Ressources estimées des bénéficiaires de l'ASH en 2016 (Modèle Autonomix, Drees)

Ressources (en €/mois)	
Moins de 800	3 %
Entre 800 et 999	61 %
Entre 1 000 et 1 199	18 %
Entre 1 200 et 1 399	10 %
Entre 1 400 et 1 599	5 %
Entre 1 600 et 1 799	2 %
Supérieur à 1800	1 %
Total	100 %

Seuls 18% des bénéficiaires ont un revenu supérieur à 1200€.

c) Taux de recours

Les bénéficiaires de l'ASH occupent 24 % des 510 000 places habilitées à l'aide sociale⁶⁷ et 16 % des 720 000 places d'hébergement installées au 31 décembre 2015.

La proportion de bénéficiaires de l'ASH parmi l'ensemble des résidents décroît de manière attendue avec le revenu mais reste inférieure à 50 % même parmi ceux disposant de ressources mensuelles inférieure à 1 000€/mois. Le non recours concerne donc des ménages très modestes.

⁶⁷ En EHPAD, on compte 443 000 places habilitées à l'aide sociale. 66 % des EHPAD disposent pour l'ensemble de leurs places d'une habilitation à l'aide sociale, 17 % d'une habilitation partielle et 17 % d'une sont non-habilités. Entre 2011 et 2015, on note une diminution de la proportion d'habilitation totale (68 % en 2011 contre 66 % en 2015) et une augmentation de l'habilitation partielle (13 % en 2011 contre 17 % en 2015). Cf. L'aide et l'action sociales en France - édition 2018, Drees.

Proportion de bénéficiaires de l'ASH parmi l'ensemble des résidents, par tranche de revenu (modèle Autonomix)

Ressources mensuelles	Bénéficiaires de l'ASH	
	... parmi l'ensemble des résidents (%)	... parmi les résidents éligibles à l'ASH
0 à 800	43%	21 %
800 à 1000	36%	46 %
1000 à 1200	22%	31 %
1200 à 1400	13%	20 %
1400 à 1600	8%	12 %
1600 à 1800	4%	8 %
1800 à 2000	2%	5 %
2000 à 2200	1%	4 %
2200 à 2400	1%	3 %
2400 ou plus	0%	<1 %

Lecture : Parmi les résidents ayant entre 800 et 1000 euros de ressources mensuelles, 36 % bénéficient de l'ASH. Parmi ceux que la Drees estime éligibles à l'ASH, 46 % y ont effectivement recours

Selon les dernières estimations de la Drees, seuls 27 % des résidents éligibles à l'ASH y auraient effectivement recours. L'ASH est donc caractérisée par un taux de non recours extrêmement élevé (73 %). Ce taux de non-recours croît avec le revenu (sauf pour la première tranche de revenu, où il atteindrait 79 %, sans qu'on soit en mesure de l'expliquer).

d) Montant de l'ASH

En 2016 (données aides sociales, Drees), le montant moyen net d'ASH est estimé à 10 500€/an, soit 875€/mois).

Montants moyens d'ASH estimés par tranche de revenu sont les suivants (modèle Autonomix)

Ressources (en €/mois)	% de bénéficiaires de l'ASH	ASH moyen (en)
Moins de 800	3 %	1 079 €/mois
Entre 800 et 999	61 %	998 €/mois
Entre 1 000 et 1 199	18 %	859 €/mois
Entre 1 200 et 1 399	10 %	774 €/mois
Entre 1 400 et 1 599	5 %	695 €/mois
Entre 1 600 et 1 799	2 %	653 €/mois
Supérieur à 1800	1 %	540 €/mois

Ils diminuent avec les ressources du bénéficiaire, mais moins que proportionnellement. Entre ceux disposant de ressources comprises entre 800 et 1 000 €/mois (61 % des bénéficiaires) et ceux disposant de ressources comprises entre 1 400 et 1 600€/mois, soit en moyenne 600 € de plus, l'ASH diminue en moyenne d'environ 300€/mois.

Cet écart mériterait d'être expertisé plus en détail. Il peut en partie s'expliquer par :

- la prise en charge du talon dépendance, dont le montant ne dépend pas directement du revenu ;
- l'intégration de l'allocation de logement dans les ressources récupérées par le département ;
- l'augmentation du tarif (sur lequel se cale le calcul de l'ASH) avec le revenu⁶⁸. Le tarif journalier hébergement moyen associé aux places habilitées à l'aide sociale départementale était en 2015 de 55,90€, avec une dispersion significative d'un établissement à l'autre, en particulier en fonction du statut juridique. Entre le tarif hébergement des 25 % des EHPAD publics les moins onéreux et celui des 25 % des EHPAD privés les plus onéreux, l'écart est de près de 15€/jour, soit près de 450€/mois (cf. Fizzala, 2015). Une partie des bénéficiaires résident dans un établissement à but lucratif⁶⁹.

⁶⁸ 10 % de l'ensemble des personnes disposant de ressources proches du minimum vieillesse résident dans un établissement privé lucratif contre plus de 25 % chez ceux disposant de ressources comprises entre 2000 et 2200 euros (Fizzala, 2015).

e) Dépenses d'ASH

e1) Dépenses couvertes

L'ASH couvre l'ensemble des dépenses d'hébergement, après participation du bénéficiaire. Celui-ci doit disposer d'au moins 10 % de ses ressources initiales, comme reste à vivre. Ce reste à vivre doit en outre se situer au-dessus d'une somme plancher (96,38€/mois en 2017).

85 % des départements couvrent également dans le cadre de l'ASH le talon dépendance, non pris en charge par l'APA. 9 % des départements ne le font jamais.

Par ailleurs 75 % des départements déduisent, toujours ou de façon occasionnelle, la participation du bénéficiaires à certaines de leurs charges (frais de tutelle, mutuelle, assurance).

e2) Dépenses nettes

Selon les données d'aides sociales 2015, les dépenses nettes d'ASH (après récupération auprès des résidents, des OA et des successions) sont estimées à 1,3Md€.

e3) Dépenses brutes et récupérations

98 % des départements ont recours systématiquement à l'obligation alimentaire et 97 % au recours sur succession.

L'obligation est mise en œuvre de façon systématique auprès des enfants dans 98 % des départements, auprès des gendres et belles-filles dans 74 % des départements, auprès des petits-enfants dans 27 % des départements et auprès d'autres obligés alimentaires dans 8 % des cas.

Les dépenses nettes représentent environ 50 % des dépenses brutes (incluant la participation des résidents, des OA et des successions), une proportion stable depuis 10 ans (Drees, aides et actions sociales, édition 2018). En 2009, les dépenses nettes représentaient par exemple 1,04Md€ pour une dépense brutes de 2,12Md€, soit 49 % (IGAS, 2011, d'après enquête Drees auprès des Conseils généraux).

La récupération s'effectue auprès du résident, de ses obligés alimentaires et de sa succession selon la ventilation suivante (enquête HCF-IGAS, 2011)

Tableau 7 : Estimation de la répartition nationale des ressources récupérées par extrapolation des données de l'enquête

	Montant en millions d'euros
Ressources des résidents	777
Obligés alimentaires	90
Patrimoine	174
Total	1041

Source : Mission à partir de l'enquête HCF-IGAS 2011.

Ce tableau montre que les montants sont à hauteur d'environ 75 % récupérés auprès du résident, 8 % auprès des obligés alimentaires et 16 % sur la succession.

En supposant que la clé de répartition est restée la même, on aurait sur les données 2016 les ordres de grandeur suivants :

	Montant estimé en 2016
Dépenses brutes d'ASH	2,6Md€
Participation des résidents	1,0Md€
Participation des obligés alimentaires	0,1Md€
Recours sur succession	0,2Md€
Dépenses nettes d'ASH	1,3Md€

e4) Portée du principe de subsidiarité

On ne connaît pas le nombre de bénéficiaires pour lesquels le département fait jouer l'obligation alimentaire (y échappent ceux dont les ressources sont trop faibles et, dans certains départements, les beaux et petits enfants). Le rapport du Conseil de l'âge de décembre 2017 évaluait à 0,6 obligé alimentaire effectivement mis à contribution pour un allocataire de l'ASH. La participation moyenne serait donc de 110 euros par mois.

Le taux d'effort des obligés alimentaires ne dépasse 5% du revenu primaire par unité de consommation et net de loyer qu'au-delà d'un revenu de 2 000 euros par mois et par unité de consommation⁷⁰.

Quant aux récupérations, le montant moyen sur l'hypothèse que tous les bénéficiaires aient à leur décès un actif net successoral positif et que les départements fassent jouer systématiquement la récupération est de 1 800€.

B) Réformes de l'ASH

1) La suppression de l'obligation alimentaire et de la récupération sur succession

Près de quatre résidents sur quatre du parc habilité à l'aide sociale sont, compte tenu de leurs ressources, dans le champ de l'ASH. Mais les trois quarts n'y ont pas recours parce qu'ils refusent ses contreparties.

La suppression des contreparties amènerait tous les bénéficiaires potentiels de l'ASH à y avoir recours.

a) Les nouveaux bénéficiaires

L'ASH « rénovée » concernerait plus de 300 000 bénéficiaires nouveaux, portant l'effectif à 418 000 personnes.

revenu	Inférieur à 1 200€	Entre 1 200 et 2000€	Au-dessus de 2000€
Bénéficiaires actuels	81%	18%	0,8%
Nouveaux	44%	46%	10%

⁷⁰ Rapport Fragonard 2011.

L'ASH moyenne serait d'un montant voisin du montant actuel (850 euros)

Ce montant voisin diminuerait avec le revenu, mais de façon moins que proportionnelle, comme c'est le cas pour le stock.

b) Le coût de la réforme

La DREES l'avait chiffrée à 2,8Md€ sur des données 2011.

Il faut tenir compte de deux éléments mal connus :

- Le taux effectif de recours. L'étude de la DREES repose sur l'hypothèse d'un non-recours nul. Cette hypothèse majore le coût puisqu'il restera fatalement un petit pourcentage de personnes éligibles qui ne demanderont pas le bénéfice du nouveau régime.
- Par ailleurs, cette hypothèse de non recours ne tient que si tous les bénéficiaires potentiels occupaient une place habilitée. Or ce ne serait être partout le cas. On serait donc amené à supprimer la notion de place habilitée pour lui substituer celle de personne habilitée. Seraient éligibles les personnes dont les revenus récupérables seraient inférieurs au tarif fixé par le Conseil départemental. Dans cette approche, l'ASH rénovée ne garantirait pas l'absence de RAC⁷¹

Dans l'état actuel de nos analyses, la dépense pourrait se situer aux environs de 3,6Md€, sans que l'on puisse exclure qu'elle s'écarte de manière significative de ce montant. Le Secrétariat général du Conseil va continuer ses travaux avec la DREES. On peut par ailleurs espérer que le prochain rapport de l'IGAS permettra d'améliorer le chiffrage de la réforme.

1) Des aménagements limités à l'aide sociale à l'hébergement.

Il s'agirait de :

- généraliser des pratiques déjà très répandues (prise en compte du talon ; majoration des ressources laissées au résident pour qu'il paye sa cotisation de complémentaire nette de l'ACS⁷²)
- majorer les ressources laissées au résident de 45€/mois
- instituer un plancher pour la récupération sur succession de telle sorte que même les plus modestes disposent d'un petit héritage à laisser à leurs enfants.

On estime que ces aménagements dont le coût pourrait être d'une centaine de M€, n'augmenteront pas de façon sensible le taux de recours

⁷¹ Ce qui est déjà le cas pour certains des résidents qui ont recours à l'article L du CASF

⁷² Selon le Conseil d'Etat, cette prise en charge est de droit

2) Un schéma de bouclier

Le but du bouclier est de protéger les allocataires et leur famille contre le « risque catastrophe » d'une longue durée de vie en établissement.

L'efficacité et le coût du bouclier dépendront de deux paramètres clé : la date de mise en œuvre du bouclier qui définit le nombre de bénéficiaire d'une part, la nature et le montant de l'aide publique mise en place à cette date d'autre part.

a) Deux schémas sont étudiés.

Dans le premier on augmente les aides publiques. Les résidents qui n'ont pas recours à l'ASH voient leur reste à charge diminuer. Les résidents en ASH voient diminuer les sommes appelées auprès de leurs obligés alimentaires d'une part, le montant de la récupération sur leur succession.

Dans le second on supprime l'obligation alimentaire et la récupération sur succession à partir de la mise en œuvre du bouclier. C'est celui qu'on examine ici.

b) Hypothèses

On s'appuie sur les données statistiques agrégées tirés des publications de la Drees. On fait les hypothèses suivantes :

- le déverrouillage de l'ASH n'est ouvert qu'à ceux ayant au moins trois ans d'ancienneté au 1^{er} janvier de l'année⁷³ ;
- faute de données détaillées, l'ancienneté en EHPAD est supposée indépendante des ressources du bénéficiaire et de son statut face à l'ASH ;
- dans ces conditions, on estime à 41 % le nombre de bénéficiaires potentiels de l'ASH ayant 3 ans d'ancienneté en début d'année et donc éligibles soit 171 364 personnes (dont 46 739 anciens bénéficiaires de l'ASH et 124 625 nouveaux bénéficiaires).

c) Opportunité

Passer par une suppression de l'obligation alimentaire et de la récupération sur succession plutôt que par la création d'une nouvelle prestation d'aide sociale au-delà d'une certaine durée de séjour a des avantages :

- on ne crée pas une prestation sociale supplémentaire qui viendrait d'ajouter à celles existantes, déjà nombreuses et mal articulées.
- on ne cible que les bénéficiaires potentiels de l'ASH, c'est-à-dire ceux caractérisés par les taux d'effort les plus importants.
- on conditionner l'aide publique aux ressources du résident

Par ailleurs l'institution d'un bouclier en établissement lèverait le frein au développement du marché de l'assurance lié au risque de longévité en dépendance. L'assureur n'aurait plus que 3 ans maximum à assurer et pourrait dès lors garantir un capital équivalent à 3 années de RAC en EHPAD, plutôt qu'une rente viagère, difficile à anticiper du fait des incertitudes sur l'évolution des

⁷³ Un déverrouillage dès le mois suivant les 3 ans d'ancienneté augmenterait le nombre de bénéficiaires, sans modifier fondamentalement les ordres de grandeurs.

durées en dépendance. Les assureurs se couvrent donc contre le risque de longévité et le bouclier facilite donc le partage public/privé du financement.

d) Le chiffrage de la réforme fait par le Secrétariat du Conseil

Pour les anciens bénéficiaires de l'ASH, le surcoût pour les finances publiques correspond au manque à gagner lié à la suppression de la subsidiarité, que l'on estime à 0,3Md€.

Pour les nouveaux bénéficiaires de l'ASH, le surcoût correspond à la somme :

- du coût net d'ASH versé : 1,4Md€⁷⁴ (chiffre à valider en fonction des travaux entrepris avec la DREES) ;
- du coût de la suppression de la subsidiarité : 0,3md€.

Au total, on estime le coût global de la mesure à 1,8Md€.

⁷⁴ 124 625 * 905€/mois en moyenne *12 mois