



Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

CONSEIL DE L'ÂGE

LA PRISE EN CHARGE DES AIDES À L'AUTONOMIE ET SON INCIDENCE SUR LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DE LEURS PROCHES AIDANTS

**Synthèse du rapport adopté par le Conseil de l'âge
1^{er} décembre 2017**

Ce document propose une synthèse du rapport « *La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants* ». L'ensemble des références bibliographiques sont présentées dans le rapport.

Il est centré sur les allocataires de l'APA et ne traite donc pas de la situation des personnes âgées en GIR 5 et 6 pour qui interviennent les collectivités locales et les caisses de retraite.

CHAPITRE 1 DONNÉES DE CADRAGE

Le chapitre 1 présente des données de cadrage sur l'ensemble des allocataires de l'APA, vivant à domicile ou en établissement.

Des données plus précises sur les bénéficiaires de l'APA à domicile d'une part et en établissement d'autre part sont présentées respectivement dans la chapitre 2 et 3. Sur certains aspects, les données disponibles sont anciennes (fin 2011 pour nombre d'entre elles). La DREES vient d'en actualiser certaines ; d'autres le seront en 2018, notamment avec les données des enquêtes CARE.

Par ailleurs, la loi ASV a prévu de nouvelles remontées de données. Elle autorise aussi la collecte du NIR qui permettra de suivre les bénéficiaires de l'APA, afin de disposer d'éléments sur les trajectoires individuelles.

1 RAPPEL DU CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE : UN FORT ACCROISSEMENT DES PERSONNES DE PLUS DE 80 ANS A PARTIR DE 2025

Dans le scénario central des projections démographiques de l'INSEE, la part des personnes de 80 ans et plus dans la population devrait augmenter d'environ 22 % entre 2025 et 2030 et d'environ 17 % entre 2030 et 2035. L'augmentation devrait se poursuivre jusqu'à 2070 mais à un rythme moins soutenu.

2 EFFECTIFS DE PERSONNES ÂGÉES CONCERNÉES PAR LA PERTE D'AUTONOMIE ET CARACTÉRISTIQUES

2.1 Définition

Il existe différentes échelles pour évaluer la situation des personnes et le nombre de personnes en perte d'autonomie. On se référera pour la suite du rapport aux allocataires de l'APA et à la grille AGGIR.

2.2 La situation actuelle

Se référer aux allocataires de l'APA conduit à sous-estimer l'effectif de personnes en perte d'autonomie : il y probablement du non-recours à l'APA (voir chapitre 2).

A. Si la part des personnes en perte d'autonomie au sens de l'APA croit fortement avec l'âge, la perte d'autonomie reste minoritaire dans la population des personnes âgées.

Fin 2014, 1,25 millions de personnes sont allocataires de l'APA, soit 7,5 % des personnes de plus de 60 ans (et 1,8 % de la population totale). Le taux de dépendance au sens de l'APA¹ augmente avec l'âge pour atteindre 14 % de la population des 80-84 ans et 36 % des 85 ans et plus.

¹ - Pour une tranche d'âge donnée, rapport entre la population en perte d'autonomie au sens de l'Allocation Personnalisée d'autonomie (GIR 1 à 4) et la population totale de cette tranche d'âge.

B. Les allocataires de l'APA à domicile sont moins âgés et ont une perte d'autonomie moins importante que ceux qui vivent en établissement

59% de l'ensemble des allocataires de l'APA vivent à domicile. Près de sept sur dix sont des femmes, soit une proportion proche de celle observée en établissement.

La part des résidents en établissement a peu varié dans le temps. Ces résidents sont plus âgés et leur niveau de perte d'autonomie est plus élevé que ceux vivant à domicile.

C. Flux et âge d'entrée dans l'APA, durée moyenne de bénéfice de l'allocation

C.1 L' « entrée en APA »

La probabilité d'entrer en APA augmente avec l'âge. Elle n'est guère différente entre femmes et hommes, sauf à partir de 90 ans environ où l'entrée dans l'APA devient nettement plus fréquente pour les femmes.

On constate en revanche des écarts importants selon le revenu, les personnes ayant les revenus les plus faibles ayant une probabilité beaucoup plus forte d'entrée dans l'APA. Deux phénomènes jouent dans le même sens : la moins bonne santé des personnes les plus modestes et le moindre recours à l'APA des plus aisés (du fait du ticket modérateur).

C.2 Âge moyen à l'entrée dans l'APA

En 2007, à l'ouverture de leurs droits, les bénéficiaires de l'APA avaient en moyenne 83 ans.

C.3 Durée moyenne comme allocataire de l'APA

La durée moyenne en APA est estimée par la DREES à 4 ans fin 2007. Des travaux sont en cours pour réévaluer ces durées moyennes. Les femmes perçoivent l'APA pendant une durée plus longue que les hommes.

Fin 2007, les bénéficiaires ayant des droits ouverts depuis moins de cinq ans représentent 89 % de l'effectif de l'APA. Mais une minorité d'allocataires a des durées importantes de bénéfice de la prestation, ce qui les soumet à de fortes contraintes financières. En 2011, ce sont 26 % des bénéficiaires qui perçoivent l'APA depuis plus de 5 ans.

Le décès est le principal motif de la fermeture des droits à l'APA : 90 % des cas.

D. Évolution de la dépense annuelle moyenne d'APA par bénéficiaire

La dépense d'APA à domicile à la charge du département a baissé sur la période 2003-2015. Elle s'établit en moyenne à 4 384 €/an par bénéficiaire en 2015 contre 4 958 €/an en 2010. Cette diminution peut s'expliquer par une baisse des plans d'aide notifiés, hypothèse que l'on ne peut valider faute de données sur l'ensemble de la période. Sur la période 2003-2011, période pour laquelle on dispose d'informations, les montants des plans d'aide moyens sont restés stables². Plusieurs autres raisons peuvent par ailleurs expliquer cette diminution du montant moyen d'APA par bénéficiaire. Une première explication renvoie à l'évolution à la hausse des ressources des bénéficiaires de l'APA qui conduit à une augmentation de leur participation financière à plan d'aide notifié donné. Une augmentation de la sous-consommation des plans d'aide notifié, par exemple causée par l'augmentation des prix facturés par les services d'aide à domicile, est aussi possible.

E. Répartition géographique - Poids des allocataires de l'APA par département

La part des bénéficiaires de l'APA parmi les personnes de 75 ans ou plus est en moyenne de 21 % en France (hors Mayotte). Elle varie fortement selon les départements : de moins de 18 % à plus de 35 %. Le partage

² - Les informations sur les montants moyens des plans d'aide et les parts payées par le bénéficiaire ou le département sont issues de statistiques trimestrielles disponibles jusqu'en 2011, du fait de l'arrêt de l'enquête à cette date.

des bénéficiaires de l'APA entre domicile et établissement varie également fortement d'un département à l'autre.

Une partie importante de la variabilité de la part des bénéficiaires de l'APA par département s'explique par les caractéristiques sociodémographiques des habitants et une part moindre par les indicateurs de la politique propre au département (taux d'équipement en EHPAD, revenu fiscal par habitant, importance de l'aide sociale départementale). Il reste qu'une fois prises en compte ces différences observables, une part non négligeable des écarts entre départements n'est pas expliquée, et résulte d'éléments plus discrétionnaires.

2.3 Les projections du nombre de personnes en perte d'autonomie au sens de l'APA

Selon les projections de la Drees, les effectifs de personnes âgées en perte d'autonomie au sens de l'APA (GIR 1 à 4) seraient de l'ordre de 2 millions à l'horizon 2040 et de 2,4 millions en 2060 dans le scénario intermédiaire.

CHAPITRE ② LE SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DE LA PERTE D'AUTONOMIE POUR LES PERSONNES VIVANT À DOMICILE

SECTION ① DONNÉES DE CADRAGE

① ÂGE MÉDIAN DES BÉNÉFICIAIRES DE L'APA À DOMICILE

La moitié des allocataires en 2011 sont âgés de plus de 84 ans et 6 mois, soit 6 mois de plus qu'en 2007.

② VIE EN COUPLE, VIE SEULE, ISOLEMENT SOCIAL

60 % des hommes et 25 % des femmes bénéficiaires de l'APA à domicile vivent en couple. Cet écart s'observe quel que soit le GIR. La vie en couple devient plus fréquente à mesure que la perte d'autonomie devient plus sévère pour les hommes, le lien étant moins marqué pour les femmes. On peut mettre cela en lien avec le fait que la présence d'un aidant conjugal peut favoriser le maintien à domicile pour les hommes.

Avec l'avancée en âge, les décès du conjoint et des pairs, mais aussi la perte d'autonomie contribuent à accroître l'isolement relationnel des personnes (qui repose sur le nombre d'interlocuteurs habituels). 27 % des personnes de 75 ans ou plus sont en situation d'isolement relationnel, en augmentation de 11 points par rapport à 2010.

③ LES ENFANTS, LE POTENTIEL D'AIDANTS FAMILIAUX

La présence d'aidants familiaux a un effet non seulement sur les conditions de vie des personnes âgées mais aussi, semble-t-il, sur les dépenses d'APA, puisque les plans d'aides sont en moyenne moins élevés dans ce cas.

Selon l'Insee, plus de 80 % des personnes de 60 ans ou plus vivant à domicile déclarent avoir des enfants, déjà aidants ou aidants potentiels. En 2008, 80 % d'entre elles sont aidées régulièrement par au moins un proche, contre 50 % par au moins un professionnel.

En projection, du fait de l'augmentation de l'espérance de vie, la proportion de femmes avec un conjoint va augmenter (17 % en 2010, 21 % en 2040), de même que celle des femmes ayant des enfants (85 % en 2010, 89 % en 2040). Pour les hommes, la part de dépendants avec conjoint est stable (autour de 53 %-54 %) alors que la part de ceux qui ont des enfants augmente (82 % en 2010 et 87 % en 2040). Même si les projections sont plus incertaines, près de 20 % des personnes en perte d'autonomie de plus de 85 ans auraient un enfant inactif en 2040. Si ces projections n'intègrent aucune hypothèse sur les comportements d'aide de ces aidants potentiels, elles indiquent qu'au final les personnes sans conjoint ni enfant, donc sans aidants familiaux potentiels, sont aujourd'hui minoritaires (11 % des hommes et 17 % des femmes) et que leur part baisserait à l'horizon 2040.

4 RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

4.1 Proximité du domicile de ses parents proches

Au cours des trente dernières années, la cohabitation avec des proches a fortement diminué au profit de la vie à son domicile, seul ou en couple. En 2011, 11 % des personnes de 85 ans ou plus cohabitent avec des proches ; elles sont 20 % en établissement. La cohabitation avec des proches est variable selon les territoires, plus fréquente dans le sud de la France alors qu'elle est en recul partout ailleurs. Elle est à relier aux politiques publiques mises en œuvre (développement des services d'aide à domicile, des places en maison de retraite...) et à l'implication familiale.

La distance des personnes âgées en perte d'autonomie au domicile des proches est peu documentée.

4.2 L'accès aux équipements et aux services

En 2013, près de 40 % des personnes âgées de 55 ans estiment que leur logement est proche des commerces et des transports. Cette proportion décroît à partir de 75 ans pour tomber en dessous de 30 % après 90 ans. À notre connaissance, il n'existe pas d'étude détaillée de l'accès aux services (poste, boulangerie, médecin...) des personnes âgées.

5 LES REVENUS ET LE PATRIMOINE DES ALLOCATAIRES

Les revenus des personnes âgées en perte d'autonomie ont une incidence sur leur participation au financement de leur plan d'aide APA. Il n'existe pas de données propres aux bénéficiaires de l'APA ni sur les revenus, ni sur le patrimoine. On ne dispose d'information que sur les bases ressources servant au calcul de l'APA.

5.1 Hypothèses d'évolution des retraites ; incidence sur l'APA

Les pensions de retraites représentant une part importante des revenus, leur évolution aura une incidence sur l'APA. À législation constante, les retraites évolueraient plus vite que les prix (mais moins vite que les salaires). Les paramètres du barème de l'APA évoluant comme les prix, le taux de la participation des allocataires au financement de leur plan va augmenter.

5.2 Patrimoine

Selon l'enquête Patrimoine 2014-2015 (Insee), la proportion de propriétaires de leur résidence principale diminue avec l'âge à partir de 65-69 ans, passant ainsi de plus de 70 % à 50 % chez les individus de 85 ans ou plus. 20 % des ménages dont la personne de référence à plus de 60 ans sont, généralement en plus de leur résidence principale, propriétaires d'un autre bien immobilier. En termes de montant, l'immobilier est l'actif principal de la majorité des ménages.

SECTION 2 LES DÉPENSES EXPOSÉES PAR LES ALLOCATAIRES DE L'APA ET LEUR PRISE EN CHARGE

1 OPTIONS POLITIQUES

1.1 La préférence pour le maintien à domicile

Elle est constamment affirmée. En 2013, 63 % des Français ne considèrent pas comme « envisageable » pour eux-mêmes de vivre à l'avenir dans un « établissement pour personnes âgées ». Pour leurs proches parents, ce sont huit Français sur dix qui déclarent préférer que ce dernier reste à son domicile en cas de perte d'autonomie.

Fin 2015, le taux d'allocataires de l'APA à domicile était de 59 %. Il ne varierait guère en projection dans les différents scénarios de la Drees (de -2,5 points à +3 points). L'augmentation de ce taux dépendra largement du dynamisme de la politique départementale.

1.2 Le libre choix

Il implique que le maintien à domicile ne soit pas contraint par le coût des établissements, et à l'inverse, que les aidants soient soutenus de façon efficace.

L'équilibre géographique de l'offre en services à domicile et en établissement doit être amélioré.

1.3 Entre une ambition égalitaire et les aléas de la décentralisation

La loi définit un objectif d'égalité entre les allocataires, qui peut ne pas être atteint en raison de la gestion décentralisée et des écarts de pratique en résultant.

Le renforcement des études sur les pratiques des départements et l'élaboration de référentiels sont de nature à réduire la contradiction entre les deux principes d'égalité et de gestion décentralisée.

2 LES DÉPENSES EXPOSÉES PAR LES ALLOCATAIRES

Ces dépenses sont partiellement couvertes par des aides publiques : l'APA et les réductions de prélèvements obligatoires. Les ménages supportent le reste à charge sur leurs ressources personnelles. Ils sont par ailleurs aidés par leurs proches.

3 L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

Elle est gérée par les départements.

3.1 La conception de l'allocation

Elle a été arrêtée en 2002 et n'a guère varié depuis lors.

A. Conditions d'attribution

L'APA à domicile est attribuée à partir de 60 ans pour les allocataires vivant à leur domicile ou en résidence autonomie (ou « logement-foyer ») ou en accueil familial.

B. La prestation est une allocation personnalisée, ajustée aux besoins de l'allocataire

Son montant est fixé en fonction du degré de perte d'autonomie des bénéficiaires apprécié à l'aide de la grille AGGIR, dans le cadre d'une évaluation menée par les équipes médico-sociales des conseils départementaux.

C. Une variation inévitable dans les procédures d'établissement et le contenu des plans d'aide

Cette évaluation repose sur des appréciations faites par ces équipes médico-sociales et non sur des critères objectifs et précis, il est donc normal qu'on constate une variation dans le taux d'admission et le classement en GIR.

D. Le principe de révision

Comme la situation de l'allocataire évolue dans le temps, la décision d'attribution de l'APA doit être révisée périodiquement. Les données sur les révisions des plans sont anciennes (2007). Il est impératif de disposer de données plus récentes.

Les allocataires au 31 décembre 2007 se divisent en quatre sous-populations : un quart a une ancienneté dans l'APA de moins d'un an ; un autre quart a bénéficié d'une révision au cours de l'année 2007 ; les deux autres quarts ont eu leur première évaluation ou leur dernière révision respectivement en 2006 ou en 2005 ou avant.

E. L'APA est une « allocation en nature »

Elle est affectée au paiement de prestations définies. Sa consistance est définie dans le plan d'aide qui est convenu entre les équipes médico-sociales des départements et l'allocataire (plan notifié) dans la limite du plafond propre à chaque GIR. Le plan d'aide comporte notamment la nature des différentes aides ; le volume d'heures d'aide à domicile ; le taux et le montant de la participation financière demandée au bénéficiaire ; le montant de l'allocation.

F. Une réticence à rétribuer l'aidant familial

Pour ses concepteurs, l'APA sert normalement à solvabiliser des interventions de professionnels. On peut cependant salarier un proche, à l'exception du conjoint. Cela concernerait 8 % des bénéficiaires en 2003.

G. L'APA est une allocation universelle mais son montant dépend des revenus de l'allocataire

L'allocation couvre la totalité du plan notifié (dans la limite d'un plafond) pour les personnes isolées dont l'assiette ressources est inférieure à 801 € par mois au 1er mars 2016. Elle ne couvre plus que 10 % du plan notifié lorsque cette assiette dépasse 2 945 € par mois. Ces deux bornes sont revalorisées comme la majoration pour tierce personne qui est elle-même indexée sur les prix. La borne inférieure est, depuis la loi ASV, identique à l'ASPA.

H. Il n'y a recours ni à l'obligation alimentaire ni à récupération sur succession

③.② Définition et évolution des plafonds de l'APA jusqu'à la loi ASV

A. Le montant initial des plafonds

C'est l'analyse des besoins qui a permis à l'époque de définir le montant des plafonds.

B. L'indexation des plafonds

Les plafonds sont depuis l'origine indexés sur les prix. Le volume des prestations finançables diminue donc lorsque le coût unitaire des prestations évolue plus vite que les prix.

Sur la période passée, la DSS conclut à partir de cas-types que les mesures de réduction des cotisations sociales intervenues ont partiellement compensé la hausse du salaire.

Pour l'avenir, la plupart des experts pensent que le coût en euros constants des services rendus aux allocataires (dans lequel le salaire est majoritaire) augmentera.

L'écart coût/prix se traduit par des effets de grande ampleur quand on raisonne sur le long terme. Les financements publics pour l'APA à domicile passent de 0,22 à 0,43 point de PIB dans les projections de la Drees des dépenses en faveur des personnes âgées dépendantes à l'horizon 2060 selon une indexation sur les prix ou sur les salaires.

3.3 Le plan d'aide définit le mode de gestion adopté par l'allocataire

A. Les modes d'intervention

L'allocataire de l'APA doit choisir entre trois modes d'intervention : gré à gré (il est l'employeur direct des salariés qui vont intervenir à son domicile et dont il organise le recours) ; mandataire (l'intervenant à domicile est employé et payé par le particulier dans le cadre d'un contrat de travail mais les formalités administratives sont gérées par le service) ; prestataire (l'intervention « tout compris » est assurée par un service d'aide à domicile qui est l'employeur).

D'après la Drees, en 2015, 82 % des dépenses couvertes par l'APA dans le cadre de rémunérations d'intervenants à domicile concernent des services prestataires, 4 % des services mandataires et 14 % en gré à gré. La répartition globale entre modes de gestion est à peu près stable depuis 2010.

Le choix du mode d'intervention incombe à l'allocataire.

En 2011, 22,3 % des personnes en GIR 1 et 16,1 % des individus en GIR 2 recourent uniquement à un service gré à gré dans le cadre d'un plan notifié (14 % et 13 % en GIR 3 et GIR 4) et 60 % et 69 % recourent uniquement à un service prestataire. Ce recours au service prestataire est plus répandu au sein des GIR 3 et 4 et concernent 75 % des bénéficiaires.

En 2014-2015, le coût horaire pour la personne âgée dépendante se situerait aux environs de 20 à 21 € pour le mode prestataire³ contre 15 à 16 € pour le mode mandataire et 14 € pour le gré à gré.

B. La valorisation du plan d'aide

Le plan d'aide « en heures » élaboré est valorisé par l'application, pour chaque mode de gestion, d'un tarif horaire défini librement par le département.

Si ce tarif est inférieur à celui utilisé par les SAAD dans la facturation effective de leurs services, l'écart est théoriquement à la charge de l'allocataire, qui devra s'acquitter de ce coût supplémentaire au-delà de la participation définie par le barème de l'APA.

3.4 Montant des plans d'aide notifiés fin 2011

A. La masse des montants notifiés est proche de 4,4 Md€

La moyenne des plans notifiés fin 2011 est de 519 € par mois et la médiane de 466 € par mois. La valeur du plan d'aide notifié est croissante avec la perte d'autonomie.

B. Le montant du plan est très au-dessous du plafond pour le premier quartile des plans notifiés en GIR 4

Fin 2011, le premier quartile des plans notifiés en GIR 4 est de 47 % du plafond. Il y a donc des « petits plans », très proches de 350 € (le niveau en-dessous duquel la loi ASV n'a pas amélioré l'APA).

C. Un quart des plans d'aide sont « saturés » en 2011

Fin 2011, 26 % des plans d'aides sont « saturés », au sens où ils atteignent 96 % du plafond APA en vigueur (pour le GIR considéré). Le taux de saturation est plus élevé pour les GIR 1 et 2.

³ - Ce coût correspond à la médiane des tarifs fixés par les départements pour les services tarifés.

En cas de « saturation » du plan d'aide, les dépenses éventuellement effectuées au-dessus du plafond ne sont pas prises en compte par l'APA. Elles sont en partie couvertes par la réduction d'impôt pour l'emploi à domicile. L'essentiel de cette dépense est donc à la charge de l'allocataire avec deux conséquences : le reste à charge peut le dissuader de compléter son plan notifié, aux dépens de sa qualité de vie ; le « reste à vivre » se dégrade s'il expose des dépenses au-dessus du plan.

D. Le contenu des plans

La part de plans notifiés n'incluant que des aides techniques et ponctuelles est très faible (1,4 % des plans d'aide notifiés en 2011). 63 % comportent uniquement des aides humaines et les 35,7 % restants une combinaison des deux.

L'essentiel de la valeur des plans d'aide correspond à des heures d'intervention à domicile. Pour l'ensemble des plans notifiés, le nombre d'heures médian est de moins d'une heure par jour (0,9 h). Il est trois fois plus élevé en GIR 1 (2,1 h) qu'en GIR 4 (0,7 h).

E. La prise en charge des plans d'aide notifiés

Le financement du plan notifié est partagé entre le département et l'allocataire. La participation de l'allocataire augmente avec son revenu.

E.① L'assiette de calcul de la participation de l'allocataire

Pour un allocataire en couple, son assiette ressources est égale au revenu du ménage divisé par 1,7. Ce taux se situe au-dessus des autres taux utilisés en matière fiscale ou sociale (par exemple pour l'ASPA ou les pensions de réversion).

E.② La situation antérieure à la loi ASV

- La participation de l'allocataire varie avec son revenu d'assiette : pour une personne seule, elle est nulle lorsque le revenu est inférieur à 801 € par mois. Elle augmente de façon régulière en fonction de ce revenu jusqu'à 2 945 € par mois ; au-delà elle est de 90 % du plan d'aide.
- L'assiette médiane des allocataires est de 1 085 € en 2011 (1 208 € en moyenne). 16 % ont une participation nulle et seuls 2 % des allocataires acquittent 90 % du plan d'aide.
- Les participations des ménages avant réduction d'impôt couvrent autour de 22 % des plans notifiés fin 2011.
- La médiane de la participation des ménages a augmenté de 22 % entre 2007 et 2011. En parallèle, la charge des départements a baissé (de dix points sur la médiane), surtout pour le GIR 4. Ce décalage s'explique en partie par le fait que les revenus des allocataires ont augmenté plus vite que l'indice des prix sur lequel sont indexées les bornes du barème.
- Une part de cette participation fait l'objet d'une réduction d'impôt. La Drees l'évaluait à 33 € par mois fin 2011 (hors dépenses au-delà du plafond APA), soit une baisse de 29 % des dépenses à la charge des ménages.

E.③ Les apports de la loi ASV (hors « droit au répit », étudié dans le chapitre 3)

La loi combine (i) une petite hausse du seuil d'exonération de la participation financière APA qui est porté au niveau du minimum vieillesse (800 € par mois en 2016), (ii) une augmentation des plafonds (+30 % en GIR 1 ; +22 % en GIR 2 ; +18 % en GIR 3 et 4) et (iii) une diminution de la participation de l'allocataire qui profite à l'immense majorité des allocataires (que le plan soit saturé ou pas) mais qui est d'autant plus forte que le plan est élevé.

Ces évolutions bénéficient donc de façon accentuée aux allocataires exposant le plus de dépenses.

L'écart entre les plans notifiés en 2011 et les plafonds est important. Il y a donc une marge « disponible » élevée, ce qui permet d'augmenter les plans d'aide si nécessaire (notamment par une meilleure prise en compte des aidants).

F. Variabilité des pratiques départementales

Elle est importante et porte sur pratiquement tous les éléments de gestion de la prestation (l'éligibilité, notamment en GIR 4 ; les modes de gestion ; les règles de tarification et bien entendu les montants des plans d'aide).

Cette variabilité tient à la différence de niveau de perte d'autonomie de la population d'un département à l'autre mais elle est aussi le pendant de la décentralisation. Il est possible qu'elle soit influencée par la situation financière des départements. Certains commentateurs estiment ainsi, au nom de l'égalité sur le territoire, qu'il convient de réduire ces écarts et d'accroître les références opposables. On peut aussi souligner l'importance de connaître les pratiques au niveau local si on souhaite mettre en œuvre des réformes et les évaluer.

G. Le non-recours

Le non-recours total à l'APA (prestation non sollicitée par une personne qui y a droit) peut provenir de l'absence ou d'une mauvaise connaissance du dispositif, de la lourdeur (réelle ou supposée) des démarches administratives, de l'importance du ticket modérateur (avec des problématiques différentes pour les plus modestes et les plus aisés) ou d'autres raisons plus personnelles, comme le choix de ne pas faire intervenir des professionnels à son domicile. À notre connaissance, il n'existe pas de quantification satisfaisante du non-recours à l'APA.

H. La sous-consommation des heures des plans d'aide notifiés

Ce phénomène serait fréquent mais on ne dispose pas d'évaluation à l'échelle nationale. On sait seulement que 2,9 % des bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2009 avaient des droits ouverts mais pas du tout utilisés.

En outre, il n'est pas toujours aisé d'en identifier clairement les ressorts : reste à charge du ménage, mauvaise organisation du service à domicile occasionnant des discontinuités dans la réalisation des interventions à domicile prévues, adéquation de l'offre proposée...

4 AUTRES AIDES PUBLIQUES

4.1 Les réductions de prélèvements obligatoires

A. Les dépenses fiscales

Elles ont été profondément modifiées par l'institution d'un crédit d'impôt pour les emplois à domicile.

A.1 Les allocataires de l'APA bénéficient le cas échéant des dispositifs généraux d'aide fiscale, notamment une demi-part fiscale en GIR 1 et 2.

A.2 De la réduction au crédit d'impôt

Le reste à charge incombant aux allocataires comprend : la participation des allocataires, l'écart éventuel entre le tarif de valorisation et le prix facturé par les services, les dépenses au-dessus du plafond pour les plans « saturés ».

Jusqu'en 2016, la moitié de ce reste à charge pouvait donner lieu à une réduction d'impôt. Mais elle ne profitait à plein qu'aux ménages imposables les plus aisés. La loi de Finances pour 2017 a prévu le basculement de la réduction d'impôt vers un crédit d'impôt qui couvrira pour tous la moitié du reste à charge dans la limite des plafonds vraisemblablement peu contraignants.

Couplée avec la forte augmentation des plafonds et l'aménagement des barèmes de l'APA, l'institution du crédit d'impôt diminue d'environ de moitié le reste à charge.

B. Le régime dérogatoire de la CSG/CRDS

Il rehausse le revenu disponible de 5,8 millions de retraités dans le régime général et de façon très significative pour les ménages les plus modestes (gain de 8 %).

C. Autres aides publiques

Il existe aussi de puissants soutiens indirects aux ménages qui abaissent le coût des prestations. C'est le cas notamment des exonérations de cotisations sociales et des taux réduits de TVA. Le développement de ces aides a très largement compensé l'effritement de la valeur (en heures de service) des plafonds de l'APA.

5 LE RESTE À CHARGE (RAC) ET LES TAUX D'EFFORT DES ALLOCATAIRES

5.1 Deux conceptions du reste à charge

On retient ici l'approche usuelle, dans laquelle le reste à charge est égal aux dépenses nettes des aides publiques et le taux d'effort rapporte le RAC au revenu disponible. Certains proposent d'ajouter aux dépenses la valeur de l'aide apportée « en nature » à l'allocataire par les aidants familiaux. Cette approche conduirait sans surprise à des RAC et des taux d'effort très différents.

5.2 Analyse sur cas-types

On étudie l'impact conjugué de la réforme de l'APA à partir du 1^{er} mars 2016 et de l'avantage du crédit d'impôt pour l'emploi à domicile qui a été étendu aux ménages inactifs à partir de 2017.

A. Les situations conventionnelles étudiées

Les situations étudiées sont celles de la perte d'autonomie pour un célibataire de plus de 65 ans propriétaire non accédant dont les revenus ne comprennent que des retraites.

Dans ces cas types, on fait varier le niveau de revenu de la personne et son niveau de dépenses pour l'aide à domicile. La dépense effective est égale successivement à 60 %, 80 %, 100 % et 120 % des plafonds actuels en fonction du GIR.

Du fait des conventions de calcul retenues (notamment l'absence d'écart entre tarifs de valorisation du plan et facturé et la non prise en compte de dépenses au-delà du plafond APA), les cas-types présentés donnent une image plutôt « flatteuse » des situations avant et après réformes. Les deux facteurs de reste à charge non intégrés peuvent conduire à des surcoûts significatifs, certes désormais couverts à 50 % pour tous grâce au crédit d'impôt.

B. Le principaux résultats de l'effet des réformes de l'APA et du passage au crédit d'impôt

La Drees a évalué à 567 M€ l'augmentation des aides publiques, la revalorisation de l'APA mobilisant 60 % de cette enveloppe et le basculement sur le crédit d'impôt 40 %⁴. Cette estimation est faite à comportements constants des ménages et des services des départements.

⁴ – Ces chiffreages ont été réalisés en s'appuyant sur de nombreuses hypothèses simplificatrices. Ils sont donc à prendre avec prudence et donnés à titre illustratif.

Sur le champ de l'étude Drees, la prise en charge de la dépense par les aides publiques passe de 78 % à 90 %. Le RAC moyen par bénéficiaire de l'APA serait de 55 € par mois.

Dans le cadre conventionnel retenu dans l'analyse des cas-types, on observe que le profil des aides a changé, avec un (quasi) effacement du profil en U des aides publiques, en grande partie du fait du passage au crédit d'impôt. Les aides sont désormais faiblement décroissantes avec le revenu pour se stabiliser aux environs de 3 000 € par mois de revenu. Cet effacement augmente avec la perte d'autonomie (niveau du GIR) et la saturation du plan (plus le plan est saturé plus l'effet du crédit d'impôt permet de lisser le montant des aides selon le revenu du bénéficiaire).

La réforme bénéficie le plus à ceux dont les plans d'aide sont saturés ou très élevés en raison de la baisse de la participation de l'allocataire à l'APA et désormais de la prise en charge des dépenses au-dessus des nouveaux plafonds à 50 % pour tous grâce au crédit d'impôt. À 120 % du plafond en GIR 3 par exemple, le RAC peut baisser de 380 € pour des retraites autour de 1 500 € alors qu'il ne baisse au maximum que de 80 € si l'allocataire a des dépenses à 60 % du plafond GIR 3.

Il demeure qu'après réformes le RAC et le taux d'effort varient encore de façon sensible selon les GIR, ces deniers augmentant avec le niveau de perte d'autonomie.

5.3 La couverture du RAC

Elle est assurée pour l'essentiel par les revenus courants de l'allocataire, éventuellement par une aide monétaire spontanée de ses descendants⁵, une pression sur son patrimoine financier, et de façon marginale par les assurances dépendances.

⁵ - Elle n'est pas intégrée dans l'assiette de l'APA et n'en fait donc pas baisser le montant. Elle est le cas échéant déductible du revenu imposable de ce débiteur.

CHAPITRE ③ LES PROCHES AIDANTS DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

SECTION ① TERMINOLOGIE - DÉFINITIONS

Différentes expressions sont utilisées pour qualifier les « aidants » : « aidants familiaux », « aidants naturels », « aidants informels », « aidants familiaux », « aidants de l'entourage », « accompagnants ». La loi ASV se réfère au « proche aidant » (Art. L. 113-1-3 CASF).

La loi ASV distingue également « les bénéficiaires de l'APA dont le proche aidant assure une présence ou une aide indispensable à sa vie à domicile, et qui ne peut être remplacé pour ce faire par une autre personne à titre non professionnelle ». Seuls les bénéficiaires de l'APA ayant un proche aidant indispensable et sans possibilité de relais non professionnel peuvent bénéficier de la majoration du plan d'aide prévue par la loi ASV.

SECTION ② LES PROCHES AIDANTS : ÉLÉMENTS DESCRIPTIFS

① LE NOMBRE DE PROCHES AIDANTS N'EST PAS BIEN CONNU

En 2008, 4,3 millions d'individus aident régulièrement une personne âgée de 60 ans ou plus vivant à domicile, que ce soit en lui apportant une aide dans la vie quotidienne, une aide financière ou un soutien moral (enquête Handicap Santé, Drees, 2008).

En 2010, sur le champ des allocataires de l'APA à domicile, on estime entre 800 000 et 850 000 le nombre de proches aidants et entre 700 000 et 750 000 le nombre d'aidants familiaux, soit plus d'un aidant par allocataire.

② LES CARACTÉRISTIQUES DE L'AIDE APPORTÉE PAR LES PROCHES ET SA PRISE EN COMPTE DANS LA PROTECTION SOCIALE ET FISCALE

②.① L'hébergement d'une personne en perte d'autonomie au domicile d'un tiers

11 % des personnes âgées de plus de 85 ans vivent avec des proches autres qu'un conjoint (contre 31 % en 1982). Nombre d'entre eux sont des personnes en perte d'autonomie. L'hébergeant est le plus souvent un enfant.

②.② Les aides financières

Les aides financières au sein de la famille à destination des personnes âgées en perte d'autonomie sont relativement méconnues. On sait, à défaut, que 14 % des personnes ayant un ascendant encore vivant (et ne vivant pas avec eux) l'ont déjà aidé dans le passé, via le don, le prêt ou le versement régulier d'argent, la mise à disposition gratuite d'un logement ou le paiement d'un loyer ou le financement d'une maison de retraite (enquête Patrimoine de l'Insee).

Les enfants peuvent également avoir recours à des employés qu'ils font travailler au domicile de leurs ascendants remplissant les conditions pour bénéficier de l'APA.

Les aides financières apportées aux ascendants à leur domicile bénéficient de divers régimes fiscaux avantageux. On ne sait pas dans quelle mesure ces dispositifs sont connus et mobilisés.

2.3 Les aides sous forme de service

L'aide de l'entourage est principalement une aide sous forme de service. Elle prend la forme d'une aide à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne.

Qui sont les aidants (enquête Handicap-Santé, Drees, 2008) ?

- Les aidants sont en majorité des femmes.
- L'âge moyen des aidants est de 58 ans (enquête Handicap-Santé auprès des aidants menée par la Drees en 2008).
- Les aidants familiaux représentent plus de 80 % des aidants informels. Les conjoints et les enfants sont les principaux pourvoyeurs d'aide familiale.
- Une personne âgée aidée sur quatre l'est par au moins un proche cohabitant.
- 39 % des aidants occupent un emploi, 46 % sont à la retraite, 6 % au chômage et 9 % dans une autre situation.

Le caractère central de l'aide apportée par les proches aux personnes âgées en perte d'autonomie rend cruciale la question de son évolution dans les années à venir.

Contrairement aux idées reçues, les travaux de projections indiquent qu'à horizon 2040, les personnes âgées en perte d'autonomie bénéficieront d'un entourage familial plus étoffé qu'aujourd'hui du fait principalement de la diminution du risque de veuvage. Avoir un entourage familial plus étoffé ne garantit pas des ressources en aide informelle nécessairement plus importantes. Il convient de prendre en compte certaines évolutions socioéconomiques (augmentation de la participation des femmes au marché du travail et dans une moindre mesure de celle des seniors, fragilisation des couples, plus grande mobilité géographique des enfants, évolution de l'état de santé des aidants....) pour dresser des perspectives en matière d'offre effective d'aide informelle. Peu d'études quantitatives permettent d'anticiper l'évolution attendue de l'aide informelle mobilisée. Le constat d'une diminution programmée de la mobilisation familiale doit être relativisé.

Selon l'enquête Handicap-Santé de la Drees (2008), l'aide de l'entourage apparaît à la fois plus fréquente, plus intense en volume horaire, et plus large au regard de l'éventail des activités couvertes.

La valeur totale de l'aide informelle reçue par les 771 800 individus recevant de l'aide informelle à domicile (GIR 1 à 4, bénéficiaires ou non de l'APA) se situerait entre 11 et 18 Md€ selon la méthode des biens proxy.

L'aide informelle s'articule avec l'aide professionnelle pour la très grande majorité des bénéficiaires de l'APA. L'intervention de professionnel implique une gestion accrue de l'organisation de l'aide pour l'aidant.

On constate une grande hétérogénéité de l'impact de l'aide sur les différents aspects de la vie des aidants, avec des effets positifs et négatifs, une « charge ressentie » nulle, légère ou écrasante... Cet impact n'est pas toujours facile à appréhender, notamment pour les personnes qui estiment que l'aide apportée est « naturelle » et n'en questionnent pas les effets.

3 LA « CHARGE RESSENTIE » PAR LES PROCHES AIDANTS EST TRÈS VARIABLE

La charge ressentie ou « fardeau » se définit comme l'ensemble des conséquences physiques, psychologiques, émotionnelles, sociales et financières ressenties par les aidants.

Deux aidants sur dix (soit 690 000 aidants) ressentent une charge importante, synonyme de fatigue morale ou physique.

L'impression d'être seul pour répondre aux besoins de l'aidé est ressentie par un tiers des aidants.

La charge ressentie est plus importante pour les femmes que pour les hommes. L'intensité de la charge ressentie croît également avec le degré de sévérité de perte d'autonomie (le GIR), la présence chez la personne aidée de troubles cognitifs, la diversité de l'aide et le fait pour l'aidant d'occuper un emploi.

4 LES VIES PERSONNELLE, FAMILIALE ET SOCIALE SONT LES PLUS AFFECTÉES

Dans la « conciliation » des temps à laquelle font face les proches aidants, moins que le temps professionnel (pour les actifs), ce serait le plus souvent les vies personnelle, familiale et sociale qui serviraient de « variable d'ajustement ». Selon l'enquête Handicap-Santé-Aidant (HSA) de la Drees, 34 % des aidants informels déclarent que leur activité d'aidant a des conséquences négatives sur sa vie sociale (sorties, activités).

5 IMPACT SUR LA PARTICIPATION AU MARCHÉ DU TRAVAIL : DES AJUSTEMENTS PARFOIS NÉCESSAIRES

L'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie conduit rarement au retrait du marché du travail. La préservation de l'activité professionnelle peut répondre au souci de conserver un revenu suffisant mais aussi constituer une forme de répit.

Les aménagements de la vie professionnelle concernent en revanche 11 % des aidants en emploi (enquête HSA de la Drees, 2008). Certains aidants doivent également renoncer à des changements professionnels.

Un aidant sur quatre exerçant une activité professionnelle déclare avoir déjà pris des congés pour assurer son rôle d'aidant.

6 IMPACT SUR LA SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE

56 % des aidants ressentant une charge importante déclarent que leur activité d'aide se fait au détriment de leur santé. Pour eux, l'aide se traduit également dans 18 % des cas par du renoncement aux soins. La littérature internationale confirme les effets négatifs sur la santé mentale et physique de l'aide à un proche.

Une étude de 1999⁶ est souvent mobilisée pour affirmer qu'« un tiers des aidants meurt avant la personne aidée ». Cette étude ne permet cependant pas de conclure à une surmortalité significative imputable au rôle d'aidant. L'hypothèse que l'aide peut se traduire par une augmentation du risque de mortalité est cependant défendue par différents membres du Conseil. Seule une nouvelle étude portant sur une cohorte de plus grande taille pourrait permettre d'obtenir un résultat plus robuste (dans un sens ou dans l'autre).

⁶ - Schulz R., Beach S. R. (1999), *Caregiving as a Risk Factor for Mortality: The Caregiver Health Effects Study*, JAMA, Dec 15, 282(23): 2215-9.

7 LE RISQUE DE MALTRAITANCE

L'épuisement de l'aidant est un facteur de risque de maltraitance de la personne âgée. Selon les chiffres de la Fédération nationale de lutte contre la maltraitance de 2013, 52 % des actes de maltraitance à domicile sont commis par les enfants ou les beaux-enfants de la victime.

SECTION ③ LE SOUTIEN AUX AIDANTS

1 INFORMER, ACCOMPAGNER LES AIDANTS ET AMÉLIORER LEUR ACCÈS AU DROIT

C'est l'une des missions de l'équipe médico-sociale du département lors de sa visite d'évaluation pour l'attribution de l'APA.

Une grande variété de structures peut aider l'aidant à s'informer sur ses droits et ceux de la personne âgée qu'il aide. CCAS et PIF sont des guichets généralistes alors que les MDA, MDPH, CLIC et PFR sont spécialisés dans les situations de perte d'autonomie.

En plus de ces lieux d'information locaux, les aidants peuvent aussi s'adresser à des associations. Le portail d'information dédié aux personnes âgées et à leurs proches, récemment mis en place par la CNSA, permet d'identifier ces points d'information.

Différents dispositifs permettent par ailleurs d'accompagner les aidants pour comprendre la maladie de leur proche, être soutenus ou participer à leur maintien en santé (prévention santé, groupe d'échange et de discussion, formation).

Le HCFEA envisage de mettre à son programme de travail de 2018 la question de l'accès aux droits des personnes âgées en situation de perte d'autonomie. La question de l'accès aux droits des proches aidants sera traitée dans ce cadre.

2 DU TEMPS POUR S'OCCUPER DE SES PROCHES ET DE SOI

2.1 La situation des actifs

A. Les congés

- Le congé de proche aidant : il n'est pas rémunéré. Il permet la suspension du contrat de travail pour que le salarié dispose de temps pour aider une personne âgée en perte d'autonomie relevant des GIR 1, 2 et 3, que cette personne vive à domicile ou soit hébergée en établissement. La durée ne peut dépasser la durée maximale fixée par voie conventionnelle ou à défaut, la durée fixée par les dispositions supplétives de la loi à 3 mois renouvelable sans pouvoir excéder un an sur toute la carrière du salarié. Avec l'accord de l'employeur, le congé de proche aidant peut être transformé en période d'activité à temps partiel. Il peut également être fractionné. Le bénéficiaire du congé de proche aidant bénéficie de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF). L'affiliation n'est pas subordonnée à des conditions de ressources. La durée d'affiliation est limitée à la durée du congé. On ne dispose pas d'éléments sur le taux de recours. Mais au vu des chiffres d'affiliation à l'AVPF, il doit être très faible.

- Le congé de solidarité familiale : le salarié a le droit de prendre un congé de solidarité familiale pour s'occuper d'un ascendant, d'un descendant, d'un frère ou d'une sœur, ou d'une personne partageant le même

domicile ou l'ayant désigné comme sa personne de confiance. Pour bénéficier du congé, un certificat médical, établi par le médecin traitant de la personne que le salarié souhaite assister, doit attester que cette personne souffre d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ou est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable. Les bénéficiaires du congé de solidarité familiale perçoivent l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie (AJAP). Le nombre maximal d'allocations journalières susceptibles d'être versées est fixé à 21 en cas d'arrêt complet ou 42 lorsque le demandeur réduit son activité professionnelle (dans ce cas, le montant de l'allocation est réduit de moitié). Le montant net de l'allocation se monte à 50,9 € par jour. Le montant maximum de l'indemnisation (21 jours) s'élève donc à 1070,32 €. L'allocation est fractionnable dans le temps et entre plusieurs personnes accompagnantes. La durée du congé de solidarité familiale est fixée par le salarié. Toutefois, le congé ne peut pas dépasser une durée maximale (renouvellements compris) fixée par convention ou accord collectif d'entreprise (à défaut, par convention ou accord de branche), ou, en l'absence d'accord ou de convention, à trois mois, renouvelable une fois. Le congé est pris en continu ou, avec l'accord de l'employeur, soit pris de manière fractionnée, soit transformé en période d'activité à temps partiel. On ne relève en 2017 que 545 bénéficiaires de l'AJAP, ce qui témoigne du très faible taux de recours au congé de solidarité familiale.

B. La possibilité de travailler à temps partiel

- Dans le cadre des congés précités : voir ci-dessus.
- En dehors du congé. On est alors dans le droit commun dans lequel il n'y a pas de droit à passer à temps partiel sauf accord de l'employeur.

C. La possibilité du télétravail

Il convient de se reporter au rapport du HCFEA « Du temps et des droits pour s'occuper de ses enfants, de sa famille et de ses proches en perte d'autonomie ».

2.2 Le répit

A. La loi ASV vise à favoriser le recours aux dispositifs de répit pour les proches aidants

L'article D232-9-1 du CASF (créé par le Décret du 26 février 2016) prévoit que l'équipe médico-sociale propose dans le cadre du plan d'aide le recours à des dispositifs de répit permettant de répondre au besoin de l'aidant.

Pour développer le recours aux dispositifs de répit dans le cadre des plans d'aide APA, la loi ASV prévoit :

- une meilleure prise en compte des besoins de l'aidant au moment de l'élaboration du plan d'aide par l'équipe médico-sociale dans le cadre de l'évaluation multidimensionnelle ;
- pour les bénéficiaires caractérisés par un plan d'aide anciennement saturé, une augmentation des plafonds de l'APA permettant d'accroître le volume d'aide au répit dans les plans d'aide notifiés. Les dispositifs de répit pouvant être notifiés dans les plans d'aide APA peuvent être de nature variée. L'article 232-9-1 du CASF fait explicitement référence aux accueils temporaires, en établissement (hébergement temporaire, accueil de jour, accueil de nuit) ou en famille d'accueil, relais à domicile (relayage), mais également à « tout autre dispositif permettant de répondre au besoin de l'aidant et adapté à l'état de la personne âgée » ;
- et, pour ceux saturant les nouveaux plafonds, une majoration du plafond pour financer le recours à des dispositifs de répit. Peuvent bénéficier d'une majoration du montant du plan d'aide, jusqu'à 501,69 € (valeur de 2017) sur l'année, « les bénéficiaires de l'APA dont le proche aidant assure une présence ou une aide indispensable à sa vie à domicile, et qui ne peut être remplacé pour ce faire par une autre personne à titre non professionnel »⁷. La Drees

⁷ - D232-9-1 CASF.

et la DGCS (fiche d'impact) estimaient à 410 000 le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile ayant un aidant pouvant entrer dans le champ.

B. Répits en dehors du domicile

- L'accueil de jour permet d'accueillir des personnes âgées vivant à domicile pour une ou plusieurs journées, voire demi-journées par semaine. Les tarifs varient d'un accueil de jour à l'autre selon les financements accordés notamment par le département et l'assurance maladie. Si l'accueil de jour est prévu par le plan personnalisé, les dépenses sont prises en charge par l'APA : la participation de l'allocataire dépend alors de la clé de répartition département/allocataire (en moyenne 78/22) et ouvre droit au crédit d'impôt.
- L'accueil temporaire offre aux personnes âgées la possibilité d'être hébergées quelques semaines, voire quelques mois (la durée maximale est de six mois) dans un EHPAD. Très fréquemment l'accueil temporaire représente une « forme d'acclimatation » à une prise en charge permanente en maison de retraite. Le prix de journée peut varier du simple au triple en fonction de la qualité des prestations. Si l'accueil temporaire est prévu dans le plan personnalisé, la participation de l'allocataire dépend de la clé de répartition département/allocataire (en moyenne 78/22) et ouvre droit à la réduction d'impôt.
- Plus de 10 000 accueillants familiaux agréés prennent en charge des personnes rencontrant des difficultés passagères ou permanentes – adultes handicapés, personnes âgées, malades, convalescents. Une personne en perte d'autonomie est alors « nourrie, logée, blanchie » et accompagnée quotidiennement au domicile d'un accueillant familial agréé, en contrepartie d'un salaire, d'un loyer et de remboursements de frais. Les accueillants familiaux sont agréés et contrôlés par le Conseil départemental.
- Les vacances familiales qui permettent à l'aidant et à l'aidé de partir en vacances et de profiter d'un accompagnement et d'une offre de loisirs adaptée à chacun. Cette offre de répit reste marginale.

B. Solutions de répits dans lesquelles la personne âgée reste à domicile

- Le relayage permet aux aidants de s'octroyer un répit à l'extérieur de leur foyer pendant plusieurs jours consécutifs, sans contraindre la personne aidée quitter le domicile. L'aidant est remplacé au domicile de la personne aidée par un « relayeur », 24h/24, qui se charge des tâches quotidiennes à la place de l'aidant. Compte tenu de son coût, il est hautement probable que le relayage ne sera prévu dans les plans d'aide personnalisés que pour des indications limitées.
- Les proches aidants peuvent se ménager des moments de répit en se faisant remplacer par une aide à domicile à certains moments de la journée. Ce répit peut le cas échéant être éligible à l'APA et au crédit d'impôt. Dans ce cas, le reste à charge moyen de l'allocataire est de 11 % de la dépense ; il varie avec le revenu de 0 à 45 %.

2.3 L'indisponibilité de l'aidant

L'hospitalisation de l'aidant a fait l'objet d'un nouveau droit dans la loi ASV.

À la différence de l'aide au répit, il s'agit d'un relèvement exceptionnel du plafond du plan d'aide APA. Comme tel, il n'est pas inclus dans le plan APA notifié et n'a donc pas d'impact sur son montant. La majoration exceptionnelle de l'APA est plafonnée à 996,74 € en 2017⁸ par épisode d'hospitalisation.

Le processus de déclenchement de l'aide est le suivant : la personne âgée ou son proche aidant doit adresser une demande au président du Conseil départemental indiquant la période d'hospitalisation, les caractéris-

⁸ - 0,9 fois le montant mensuel de la majoration pour aide constante d'une tierce personne.

tiques de l'aide apportée par l'aidant, la solution de relais souhaitée. Si l'hospitalisation est programmée, la demande est faite au plus tôt et au maximum un mois avant le début de l'hospitalisation. L'équipe médico-sociale (ou un autre professionnel mandaté par le département) propose alors une ou plusieurs solutions de relais adaptées.

Le coût estimé *ex ante* par la Drees et la DGCS était de 21 M€ pour l'hébergement temporaire en établissement.

③ RÉMUNÉRATION ET INDEMNISATION DES AIDANTS

Lorsque les aidants interrompent, diminuent leur activité professionnelle ou sont en retrait du marché du travail, certains dispositifs compensent en tout ou partie leur perte ou absence de revenu.

③.① Rémunération dans le cadre des congés

Le congé de proche aidant n'est pas rémunéré. Si l'aidant n'est ni le conjoint, ni le concubin ou le partenaire de Pacs de la personne dépendante, le salarié en congé de proche aidant peut être employé par la personne âgée aidée bénéficiaire de l'APA. Par ailleurs, un salarié qui bénéficie d'un congé de proche aidant et qui dispose, dans son entreprise, d'un compte épargne-temps peut, si l'employeur donne son accord, utiliser les droits qu'il a accumulés sur ce compte pour disposer d'un revenu pendant tout ou partie de son congé.

Dans le cadre du congé de solidarité familiale, le salarié bénéficie de l'allocation journalière de présence parentale (AJAP) (financée par l'assurance maladie) qui s'élève à 55,37 € brut/jour (27,68 si le congé est à temps partiel).

③.② Hors congés

Certains aidants familiaux peuvent être salariés de l'allocataire de l'APA (voir ci-dessus). Leur rémunération, payée en CESU, est établie sur la base de 13,61 € par heure au volume prévu dans le plan d'aide.

Compte tenu des plafonds actuels, ce taux horaire permet théoriquement de financer jusqu'à 126 heures par mois pour l'aidant d'une personne en GIR 1, 101 heures par mois pour l'aidant d'une personne en GIR 2, 73 heures par mois pour l'aidant d'une personne en GIR 3, 49 heures par mois pour l'aidant d'une personne en GIR 4.

Il n'existe pas de dispositif d'indemnisation des aidants non salariaux comme c'est le cas dans le champ du handicap.

CHAPITRE ④ LE SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DE LA PERTE D'AUTONOMIE EN ÉTABLISSEMENT

SECTION ① DONNÉES DE CADRAGE SUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE VIVANT EN ÉTABLISSEMENT

La quasi-totalité des informations présentées dans cette section provient de l'enquête EHPA menée par la Drees. Les nombreuses références bibliographiques sont disponibles dans le rapport.

① LES EFFECTIFS

En 2015, on comptait 618 350 résidents en EHPAD ou USLD, dont 97 % en hébergement permanent. Le nombre de résidents augmente de 1-1,5 % par an en moyenne depuis 2007.

Cette même année, le taux d'institutionnalisation était de 5,8 % chez les 65 ans et plus, 10,5 % chez les 75 ans et plus et 35,9 % chez les 90 ans et plus.

Les contrastes entre départements restent marqués. Certains départements sont caractérisés par des taux d'institutionnalisation de moins de 10 % chez les 85 ans et plus. Dans d'autres départements, ce taux dépasse les 30 %.

② LE DEGRÉ DE DÉPENDANCE

55 % des résidents sont en GIR 1-2 ; 37 % en GIR 3-4 ; 8 % en GIR 5-6. On observe une augmentation du niveau de dépendance en EHPAD depuis 2007.

③ ÂGE MOYEN DES RÉSIDENTS

La moitié des résidents en EHPAD est âgée de 88 ans ou plus.

④ RÉPARTITION FEMMES-HOMMES ET VIE EN COUPLE

Fin 2015, les trois quarts des résidents sont des femmes.

Près de 87 % des résidents en établissement n'ont pas de conjoint.

⑤ RESSOURCES

L'assiette de ressources pour l'APA des résidents était en moyenne de 1 372 € en 2011 (pour une médiane de 1 177 €).

⑥ PATRIMOINE

On ne connaît pas de façon spécifique le patrimoine des résidents en EHPAD. Mais la proportion de propriétaires parmi eux (26 %) est, à âge comparable, plus faible que celle observée chez la population vivant à domicile.

7 ÉTAT DE SANTÉ

Les résidents en EHPAD souffrent en moyenne de 7,9 pathologies. 91 % d'entre eux souffrent d'affections neuropsychiatriques. Près d'un résident sur quatre est hospitalisé dans l'année, avec un fort taux d'hospitalisation non programmée.

8 RÉSIDENTS PLACÉS SOUS PROTECTION JURIDIQUE

En 2015, 28 % des résidents étaient placés sous protection juridique des majeurs.

9 PARCOURS

On dénombre 267 000 entrées en EHPAD ou USLD en 2015.

L'âge moyen d'entrée en établissement est de 85 ans et 5 mois en 2015. Il augmente en moyenne de 3 mois tous les ans depuis 2007. Près d'un entrant sur deux en établissement est en GIR 1-2.

55 % des résidents entrés en 2015 vivaient auparavant à leur domicile personnel ou dans celui d'un proche. 14 % viennent d'un autre établissement (maison de retraite, logement-foyer, UHR ou SLD). Les autres viennent majoritairement d'établissements de santé (services de soins de suite et de réadaptation, unité de court séjour principalement).

Trois principaux déterminants de l'entrée en établissement sont mis en avant dans la littérature : l'âge, la dégradation de l'état de santé et l'absence de famille proche.

Pour une majorité de résidents, l'entrée en établissement est vécue comme « imposée » par l'entourage. Les trois quarts indiquent avoir bien vécu leur entrée en établissement et deux résidents sur dix l'ont vécue plutôt mal ou très mal.

La durée de résidence en établissement est courte : 2 ans et 6 mois en moyenne en 2015, durée parfaitement stable depuis 2007, et ce malgré la hausse de l'âge et du niveau de dépendance des résidents à leur entrée dans l'établissement. Mais la dispersion de cette durée est forte : un quart des résidents sortis en 2015 seront restés moins de 2 mois, la moitié moins d'un an et un quart plus de 3 ans et 8 mois.

265 000 personnes sont sorties d'un établissement d'hébergement en 2015. Parmi elles, un résident sur trois y était entré dans l'année.

L'âge moyen à la sortie est de 87 ans et 4 mois, soit neuf mois de plus qu'en 2011.

Deux tiers des sorties des établissements sont causés par le décès de la personne accueillie. Les décès ont en moyenne lieu à l'âge de 88 ans et 6 mois. Pour un tiers, la sortie correspond à un transfert vers un autre établissement ou un retour au domicile.

10 CARACTÉRISTIQUES DES ÉTABLISSEMENTS (EN 2015)

On dénombre 50 % de résidents en EHPAD dans des établissements publics et respectivement 29 % et 21 % dans le privé non lucratif et le privé lucratif.

La capacité d'accueil médiane des EHPAD est de 79 places en 2016. Elle est très variable d'un établissement à l'autre.

Le taux d'occupation moyen des EHPAD est de 98 % en 2015 (contre 97 % en 2011). Il est légèrement plus élevé dans le public que dans le privé lucratif.

Les EHPAD étaient caractérisés par un taux d'encadrement moyen de 6,3 ETP pour 10 résidents en 2015. Le taux d'encadrement est en augmentation depuis dix ans mais reste assez nettement en dessous des objectifs fixés en 2006 dans le cadre de la mission Le Bouler. En comparaison d'autres pays de l'OCDE, le taux d'encadrement reste faible en France.

En 2015, 83 % des EHPAD sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Cette part varie considérablement selon le statut juridique (près de 100 % dans le public, 91 % dans le privée non lucratif, 42 % dans le privé lucratif).

Une tendance à la déshabilitation partielle à l'aide sociale est mentionnée par différents acteurs du secteur.

SECTION ② CHARGES ET AIDES

① LA SÉPARATION EN SECTIONS DE LA PRISE EN CHARGE EN EHPAD

Tous les EHPAD sont soumis à une règle de tarification commune reposant sur les trois composantes de la prise en charge : les soins, la dépendance et l'hébergement.

- Le forfait « soins » englobe différents soins médicaux et paramédicaux à destination des résidents. Il est pris en charge par l'assurance maladie.
- Le tarif pour la dépendance comprend les aides fournies à la personne dans le cadre de ses activités quotidiennes (toilette, déplacements...). Il est financé par le département et par les résidents.
- Le tarif pour l'hébergement recouvre les prestations d'administration générale, d'hôtellerie, de restauration, d'entretien et d'animation. Il est supporté par le résident qui peut percevoir des aides publiques pour en atténuer la charge.

La tarification des EHPAD fait l'objet de nombreux débats du fait que les dépenses n'ont pas la même structure de financement suivant qu'elles relèvent des soins, de la dépendance ou de l'hébergement. Les réformes très récentes de la tarification en établissement – qui ont notamment introduit des « forfaits » pour les soins et la dépendance – ont assoupli la répartition des charges entre sections tout en encadrant les possibilités de « déversement » entre sections et donc de transferts entre les différents financeurs.

② LA SECTION DÉPENDANCE : CHARGES ET AIDES PUBLIQUES

②.① Les charges de la section

Le tarif dépendance varie selon l'établissement et, pour chaque établissement, avec le GIR du résident. D'après les dernières données de la CNSA, le tarif médian pour la dépendance fin 2016 varie de 165 € par mois pour une personne en GIR 5-6 à 612 € par mois pour une personne en GIR 1-2. Le tarif dépendance médian en EHPAD évolue plus vite que les prix.

②.② Le partage entre le département et les résidents

Les résidents en GIR 5-6 financent 100 % du tarif dépendance (c'est le « talon dépendance », d'une valeur médiane de 165 € par mois fin 2016), quel que soit leur revenu.

La participation des résidents en GIR 1-4 ne dépend du revenu qu'à la marge. Pour la très grande majorité, elle est égale au talon dépendance. Le talon dépendance des résidents les plus modestes peut être pris en charge par l'aide sociale à l'hébergement (ASH).

In fine, le département assume 64 % du tarif dépendance qui s'élève à 3,1 Md€ en 2011.

3 LA SECTION HÉBERGEMENT : CHARGES ET AIDES

3.1 Les coûts dépassent très souvent – et parfois de beaucoup – les ressources des résidents

Le tarif hébergement varie d'un établissement à l'autre. En 2016, le tarif hébergement médian est pour une chambre seule de 1 716 € par mois pour une place habilitée à l'aide sociale et 2 430 € par mois pour une place non habilitée à l'aide sociale.

Le tarif hébergement moyen augmente plus vite que les prix.

Selon l'enquête EHPA de la Drees (2015), les écarts de prix sont relativement importants d'un établissement à l'autre : entre le premier et le dernier décile de tarif hébergement, l'écart est de près de 20 € par jour pour les places habilitées à l'aide sociale et de près de 40 € par jour pour les places non habilitées.

3.2 Les aides publiques

Elles sont modestes au regard des dépenses : de l'ordre de 17 %⁹. Les aides au logement couvrent 3 % des dépenses, tout comme les aides fiscales. Quant à l'aide sociale à l'hébergement qui assure une aide importante, la mise en jeu de l'obligation alimentaire et de la récupération dissuade la majorité des bénéficiaires potentiels de la demander. L'ASH couvre au final 10 % des dépenses d'hébergement.

A. Les allocations de logement

Elles sont concentrées sur les résidents les plus modestes (l'allocation qui diminue avec le revenu disparaît lorsque le revenu du résident atteint 1 120 € par mois pour l'ALS et 1 429 € par mois pour l'APL en zone 1). Leur montant moyen est faible (146 € par mois en 2011).

Ces allocations représentent moins de 3 % des tarifs d'hébergement de l'ensemble des résidents ; mais de l'ordre de 13 % pour les seuls allocataires¹⁰.

Depuis 2011, les effectifs et dépenses précitées ont diminué du fait principalement de l'augmentation moyenne des ressources des résidents et des changements dans la détermination de l'assiette ressources.

B. L'aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées (ASH PA)

C'est un régime légal géré par les départements.

Le résident qui a des ressources insuffisantes pour payer les frais d'hébergement (voire de dépendance) appliqués dans les établissements habilités à l'aide sociale est aidé par l'ASH.

Mais comme cette prestation est subsidiaire, le taux de recours à l'ASH est faible. Si trois résidents sur quatre sont dans le champ potentiel de l'ASH, plus de la moitié d'entre eux ne demandent pas l'ASH.

⁹ - On compte ici les dépenses de gîte et de couvert (le résident en exposerait s'il vivait à son domicile).

¹⁰ - Pourcentage calculé sur la base d'un tarif d'hébergement du premier quartile du parc - hors privé lucratif.

En 2015, près de 115 000 personnes bénéficient de l'ASH (hors logement-foyer et accueil familial). Ces effectifs sont stables depuis 2008. Sans surprise, on constate qu'il s'agit de résidents d'un profil très spécifique : ils sont très modestes, n'ont pour une majorité d'entre eux pas d'obligés alimentaires connus, et ont peu de patrimoine.

Les dépenses nettes engagées par les départements s'élèvent à 1,3 Md€ en 2015.

C. Les aides fiscales

Les résidents peuvent bénéficier de diverses aides (demi-part pour le calcul de l'IR en GIR 1 et 2, réduction d'impôt vite plafonnée et qui ne bénéficie qu'aux résidents imposés...). Ces aides sont de portée limitée.

3.3 Les aides privées

Les concours des enfants (hors dettes alimentaires décrites ci-dessus) ne sont pas connus.

4 FRAIS DE SÉJOUR, AIDES PUBLIQUES, RESTE À CHARGE, RESTE À VIVRE ET TAUX D'EFFORT

4.1 Les frais de séjour (hors frais de gîte et de couvert)

Le tarif hébergement était en moyenne en 2011 de 1 713 € par mois. Après exclusion des dépenses de gîte et de couvert, les dépenses d'hébergement à la charge du résident sont en moyenne de 993 € par mois.

Le tarif dépendance est en moyenne en 2011 de 458 € par mois.

Au total, les frais de séjours (tarif hébergement net des dépenses de gîte et de couvert et tarif dépendance) sont en moyenne de 1 451 € par mois.

4.2 Les aides publiques

Elles représentent un peu moins de 4 Md€ par an¹¹, soit en moyenne 585 € par mois par résident. Les dépenses publiques ne couvrent que 40 % des frais de séjours des résidents (hors dépenses de gîte et de couvert).

Hors ASH, les aides publiques varient peu avec le revenu. L'ASH apporte une aide puissante aux résidents qui la demandent mais une partie de cette aide est récupérée sur les obligés alimentaires et héritiers et seuls 20 % des résidents en bénéficient.

4.3 Le reste à charge (RAC)

C'est la différence entre les charges à payer par les résidents (nettes des dépenses de gîte et de couvert) et les aides publiques qui leur sont accordées.

Avant prise en compte de l'ASH, le niveau moyen du RAC est de 1 038 € par mois en 2011. Ajouté aux dépenses de gîte et de couvert, fixées par convention à 720 € par mois, les dépenses à la charge des résidents sont en moyenne égales à 1 758 € par mois.

Le RAC est en moyenne supérieur aux ressources des résidents jusqu'à environ 1 800 euros de ressources mensuelles, soit pour près de trois résidents sur quatre.

11 - APA = 2 Md€ par an ; ASH = 1,1 Md€ ; aide au logement : 0,5 Md€ ; réduction d'impôt = 0,4 Md€.

Il ne varie pas avec le GIR et croît faiblement avec le revenu.

Après prise en compte de l'ASH, le RAC est ramené à 867 € par mois en moyenne. Ajouté aux dépenses de gîte et de couvert, les dépenses à la charge des résidents s'élèvent en moyenne à 1 587 € par mois. Mais une partie des dépenses d'ASH seront à la charge des obligés alimentaires ou des héritiers.

Étant donné le faible taux de recours à l'ASH, il reste un résident sur deux dont le reste à charge est supérieur aux ressources courantes.

4.4 Le reste à vivre

Il est défini ici comme la différence entre les ressources courantes du résident d'une part et la somme de son RAC et de ses dépenses de gîte et de couvert d'autre part. Il est en moyenne négatif : -318 € par mois avant prise en compte de l'ASH ; -146 € par mois après prise en compte de l'ASH. 75 % des résidents avant l'intervention de l'ASH, 55 % après prise en compte de l'ASH, sont dans l'incapacité de payer leurs frais de séjour avec leurs ressources courantes.

CHAPITRE 5 ORIENTATIONS

SECTION 1 ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

1 L'ÉTAT DE L'OPINION

La majorité des Français (61 %) estiment que l'État et les pouvoirs publics sont les acteurs les plus légitimes pour prendre en charge financièrement les personnes âgées dépendantes¹². Sept Français sur dix sont plutôt favorables à une aide ciblée sur les plus bas revenus. Plus de six Français sur dix (62 %) estiment par ailleurs qu'il est inenvisageable pour eux personnellement de vivre à l'avenir dans un établissement pour personnes âgées. L'opposition à cette idée a augmenté de plus de 10 points depuis 2001.

Une très nette majorité des aidants (76 %) jugent manquer d'aide et de considération dans leur rôle de la part des pouvoirs publics.

2 LES CONSÉQUENCES DE L'ÉVOLUTION À MOYEN ET LONG TERME DE LA PERTE D'AUTONOMIE SUR LES DÉPENSES PUBLIQUES

La dépense publique en faveur des personnes âgées croîtrait significativement de 1,11 % du PIB en 2014 à près de 2 % en 2060.

Si la prédiction d'une hausse des coûts due à un accroissement de la qualité de la prise en charge est fondée, les hypothèses « hautes » de la Drees pourraient être dépassées.

On peut tirer deux conclusions : (i) la progression de la dépense posera, comme c'est déjà le cas, le problème de la ligne de partage du financement entre les ménages et les dépenses publiques ; (ii) l'organisation de l'offre en termes quantitatifs et qualitatifs doit être prioritaire par rapport à une forte augmentation du taux de prise en charge par les dépenses publiques.

3 LE RAPPORT EST CENTRÉ SUR LA PRISE EN CHARGE DES DÉPENSES LIÉES À LA PERTE D'AUTONOMIE

Le Conseil étudiera en 2018 et 2019 l'organisation de l'offre (qualité et coordination des services à domicile et des EHPAD ; conditions de travail des professionnels) et de la mise en œuvre concrète des dispositifs d'aide aux personnes en perte d'autonomie et leurs proches.

SECTION 2 ORIENTATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES ALLOCATAIRES VIVANT À DOMICILE

1 UN EFFORT DE CONNAISSANCES S'IMPOSE

- Sur les besoins, et en particulier sur la validité de la grille AGGIR pour évaluer les besoins (en particulier

¹² - Cette question n'existe que depuis 2014 dans le Baromètre. Il n'est donc pas possible de savoir si les opinions sur cette question ont évolué depuis le début des années 2000.

dans le cas de démence sénile), la cohérence des plafonds avec les besoins, ou encore la manière dont est prise en compte l'aide informelle dans la notification des plans d'aide, notamment dans le nouveau cadre de l'évaluation multidimensionnelle.

- Sur les comportements des bénéficiaires de l'APA, et en particulier la sous-consommation des plans notifiés et le choix des intervenants (prestataire, mandataire et gré à gré).
- Sur les pratiques des départements, ce qui implique de poursuivre le travail partenarial entrepris par la CNSA et la Drees sur les facteurs de variabilité interdépartementale. On devrait adosser ce travail sur un tableau de bord obligatoire, la remontée des informations étant la contrepartie de la décentralisation. Il faut associer pleinement l'ADF à ce travail.

La loi ASV a permis de renforcer les bases légales du système d'information sur le suivi des prestations et de leurs bénéficiaires. Ces bases légales permettront de disposer à l'avenir d'un système d'information nettement amélioré.

2 PROPOSITIONS SUR LA GESTION DE L'APA

Le Conseil souligne que le rôle des équipes médico-sociales est crucial et qu'il serait utile de disposer d'une étude précise sur leurs formations et leurs conditions de travail.

Même si on ne peut pas toujours parvenir à des schémas opposables, la définition de référentiels précis, documentés et opérationnels est de nature à réduire les différences excessives de pratiques et tirer vers le haut la qualité moyenne de la gestion de l'APA.

Les procédures de révision de la situation des allocataires et de leur plan doivent être plus régulières.

Il convient de renforcer le rôle des équipes médico-sociales dans l'appui aux aidants familiaux et le suivi des plans notifiés. La question est ouverte s'agissant de la mission de vérifier que les allocataires bénéficient des droits connexes qui leur sont ouverts. Plutôt que d'en charger les équipes dont le travail doit rester centré sur l'élaboration et le suivi du plan d'aide, on pourrait préférer le recours à des plateformes de service.

3 LA SITUATION DES ALLOCATAIRES RÉSULTANT DE LA RÉFORME DE L'APA ET DE L'EXTENSION DU CRÉDIT D'IMPÔT

Le reste à charge diminue de près de moitié et ne représenterait plus qu'une faible fraction (de l'ordre de 10 %) des dépenses effectives telles qu'on les a évaluées en 2011. Ce constat amènerait à penser qu'on est arrivé à un niveau raisonnable de solvabilisation des ménages.

Encore faut-il que la gestion de l'APA par les départements soit en ligne avec le cadre juridico-financier rénové. La marge disponible (définie conventionnellement comme l'écart entre les plans notifiés et les plafonds) est importante. On peut mettre en place des plans d'aide ambitieux. Or, la contrainte financière a semble-t-il amené des départements à limiter les plans notifiés, à fixer des tarifs de valorisation inférieurs aux tarifs effectifs et à ne pas procéder à une actualisation suffisante de la situation des allocataires.

Il faut consolider le barème des aides publiques pour éviter une dégradation de leur valeur. Mais dans un contexte de fortes tensions sur les finances publiques, on peut s'accommoder d'une indexation au prix et prévoir un rendez-vous à cinq ans pour apprécier la pertinence d'un recalage des barèmes si le coût des services a nettement dépassé l'évolution des prix. Une indexation sur les salaires des plafonds du crédit d'impôt serait logique mais ne revêt pas un caractère d'urgence (la probabilité qu'ils soient saturés est faible).

La priorité de l'effort doit alors porter sur l'augmentation effective du niveau des plans notifiés, la résorption des pratiques « régressives » de certains départements, le retour à l'équilibre financier des services d'aide à domicile.

La mise en œuvre de ces priorités devra mobiliser des financements importants. Aussi est-il pertinent d'analyser des ajustements du barème de l'APA qui permettraient de gager en partie ces efforts. Deux ajustements sont envisageables :

- abaisser de 1,7 à 1,6 le coefficient de partage du revenu des couples pour déterminer l'assiette ressource de l'allocataire retenue pour le calcul de l'APA. L'économie totale d'APA serait de l'ordre de 40 M€ ;
- augmenter la valeur des plans pour lesquels la réforme des barèmes de 2016 n'a pas entraîné de modification du reste à charge. Les conséquences d'un tel ajustement nécessitent une instruction approfondie mais, à ce stade, l'enjeu financier n'apparaît pas capital.

Même dans un cadre prudent et conservateur, les départements devront faire face à un surcroît de dépenses. Le Conseil ne peut que souligner que les propositions qu'il a faites et les souhaits qu'il a formés sur la gestion de l'APA ne butent pas sur la contrainte financière.

4 FAUT-IL REVOIR LE SYSTÈME DES AIDES PUBLIQUES AUTRES QUE L'APA ?

Il faut mettre fin à l'érosion de la valeur des aides au logement, dont les personnes en perte d'autonomie pâtissent. Il conviendra que le Conseil aborde ce problème pour l'ensemble de la population âgée, si possible en 2018.

On pourrait envisager de supprimer la demi-part invalidité des allocataires attribuée en GIR 1 et 2 de façon automatique et en GIR 3, voire 4, sur demande justifiée. Le gain en impôt pour les ménages est minime et la dépense fiscale (évaluée à 140 M€) pourrait être redéployée sur la réforme du financement de la perte d'autonomie en établissement. Dans ce cas – et cette condition est capitale – il conviendrait de maintenir pour les GIR 1 et 2 la majoration du plafond du crédit d'impôt.

5 FAUT-IL COMPLÉTER L'APA PAR D'AUTRES INSTRUMENTS EN DÉVELOPPANT LE RECOURS À DES FINANCEMENTS PRIVÉS ?

Il s'agit de venir en complément de l'APA et non de s'y substituer. La souscription d'une assurance privée pourrait être encouragée par une plus grande attractivité des produits. C'est une option qu'il faut encourager. L'instauration d'avantages fiscaux ne semble pas être un enjeu prioritaire.

On pourrait également souhaiter encourager les schémas dits de « mobilisation » du patrimoine des personnes âgées (notamment de la propriété de leur logement) : viager mutualiser (ou « viage ») et prêt viager hypothécaire.

6 FAUT-IL ADOPTER UNE AUTRE CONCEPTION DE L'AIDE PUBLIQUE À DOMICILE QUE CELLE DE L'APA ?

6.1 L'hypothèse d'une prestation en espèces à caractère libératoire

Ce peut être une rente adossée à une assurance privée obligatoire ou une prestation publique. Elle se substituerait à l'APA (volet domicile) et serait donc d'un montant élevé (par exemple au niveau des plafonds actuels ou à une fraction importante de ceux-ci).

La prestation pourrait varier en fonction du niveau du GIR et du revenu. Quels que soient les choix du profil de l'aide, l'originalité de la prestation réside dans son caractère libérateur.

Les tenants de cette option invoquent deux arguments pour la justifier. En accordant une prestation d'un montant forfaitaire, on réduit le risque de pratiques régressives des départements et on a un régime plus égalitaire. En attribuant aux allocataires une prestation de caractère libérateur, on leur rend la liberté de gérer leur situation.

6.2 La gestion d'une prestation de « 5^{ème} risque » par une caisse publique

Qu'on change ou pas la conception de l'aide (prestation en nature variant avec le GIR, le revenu et l'entourage de la personne âgée allocataire), on peut en confier la gestion à une caisse publique.

On en attend plus d'égalité dans l'admission, dans la détermination du niveau de GIR et dans l'élaboration des plans d'aide. Encore faut-il souligner que s'agissant d'évaluation de la situation de perte d'autonomie et de la définition de plans d'aide, éléments sur lesquels il est vain de penser qu'on pourra les enfermer dans des références opposables, on continuerait de constater des variations locales. Mais on peut envisager que ces variations soient moindres et qu'on puisse progresser plus vite sur des référentiels encadrant la pratique des caisses.

6.3 Resterait à déterminer dans ces deux systèmes le montant de la rente ou de la prestation

- **Hypothèse 1** : la prestation est égale aux plafonds de l'APA actuelle et ne varie pas avec le revenu. C'est une solution neutre pour la petite minorité des ménages les plus modestes avec un plan saturé. C'est une solution avantageuse pour tous les autres allocataires puisqu'on cale l'aide sur le plafond d'une part, et qu'on supprime la modulation de l'aide avec le revenu d'autre part. La dépense publique augmenterait de l'ordre de 4 Md€.

- **Hypothèse 1 bis** : prestation mensuelle de 925 € en GIR 3 et 4 et 1 275 € en GIR 1 et 2. La prestation serait commune aux deux systèmes de prise en charge (domicile et établissement). Mais elle viendrait en sus de l'APA. La charge financière pour le seul volet de l'aide à domicile serait encore plus élevée que dans l'hypothèse 1. L'augmentation de la dépense publique serait alors de l'ordre de 8,5 Md€ (8,2 Md€ si on supprime la réduction d'impôt).

- **Hypothèse 2** : la prestation est égale au plafond pour chaque GIR et diminue avec le revenu. La dépense publique brute est nettement moins élevée. En retenant la clé de partage de l'APA actuelle, le surcroît de dépenses publiques serait de 2,3 Md€.

- **Hypothèse 3** : la prestation est égale à un pourcentage – élevé – du plafond et diminue avec le revenu. La dépense publique diminue par rapport aux deux hypothèses précédentes. L'aide des ménages dont le plan notifié est égal au plafond ou très proche est plus faible que dans le système actuel.

SECTION 3 CONDITIONS DE RÉUSSITE D'UNE POLITIQUE DE SOUTIEN AUX AIDANTS

Les départements ont une responsabilité centrale dans la politique de soutien aux aidants en déployant un plan ambitieux qui prévoit, à côté des actions confiées à des professionnels, des soutiens aux proches aidants

(I). Mais cette politique n'aura son plein effet que si l'offre de services est au rendez-vous.

Par ailleurs, on peut améliorer les autres dispositifs de soutien aux aidants (II).

1 IL FAUT QUE L'ACTION DES DÉPARTEMENTS SOIT AMBITIEUSE ET QU'ELLE S'APPUIE SUR UNE OFFRE COHÉRENTE DE SERVICES

1.1 L'accroissement des prestations inscrites dans le plan personnalité d'autonomie

Comme on l'a indiqué dans le chapitre 2, la marge disponible résultant de l'écart entre les plafonds (augmentés le cas échéant de 500 € par an) et les plans notifiés (observés en 2011) est importante : par mois, 675 € pour les GIR 1, 543 € pour les GIR 2, 383 € pour les GIR 3 et 297 € pour les GIR 4. Elle permet de développer et financer des aides techniques et humaines et une politique exigeante du répit dans la cadre de l'APA.

1.2 Conséquences financières pour les départements

L'analyse qui précède revient à supposer que les départements caleront les plans notifiés sur les plafonds.

1.3 Aider les ménages à utiliser le crédit d'impôt au-delà du plan personnalisé

Si le plan est égal au plafond, les allocataires peuvent financer des aides au répit « au-delà » de ce plan ; les dépenses sont alors éligibles au crédit d'impôt s'il n'est pas saturé au titre des dépenses du plan. Il s'agit de bien expliquer aux intéressés (le ménage de l'allocataire et ses enfants) le mécanisme du crédit d'impôt.

1.4 Le reste à charge des ménages demeure contenu avec le développement des plans d'aide

A. Dans le cas où le plan est égal au plafond (y compris l'enveloppe de 500 € par an)

Le reste à charge et le taux d'effort sont admissibles comme indiqué au chapitre 2.

B. Pour les dépenses hors plafond

Pour les individus engageant des dépenses au-delà du plan d'aide saturé, la dépense éligible au crédit d'impôt est égale au plafond du crédit d'impôt diminué de l'APA payée par le département. Le crédit d'impôt varie de façon complexe avec le GIR et avec le revenu de l'allocataire, de 0 € par mois pour un allocataire de l'APA en GIR 1 dont l'assiette est inférieure ou égale à 800 € à 1 530 € par mois pour un allocataire de l'APA en GIR 2 dont l'assiette est supérieure ou égale à 2 945 € par mois. Comme on le voit, le crédit d'impôt ne solvabilise pas ou peu les ménages modestes, parce que l'APA qui leur est versée – et qui est d'un montant élevé – vient en déduction de la dépense éligible.

1.5 Il faut que l'offre soit en ligne avec les besoins

Le développement de l'offre sera étudié en 2018.

2 L'AMÉLIORATION DES DISPOSITIFS DE SOUTIEN AUX AIDANTS

2.1 L'amélioration du congé de proche aidant

Trois réformes sont évoquées.

A. Élargir 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 mois¹³ 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.

B. Rendre opposable la possibilité de prendre le congé à temps partiel

C. Indemniser le congé

Le niveau d'indemnisation le plus couramment évoqué est celui de l'AJPP. Les charges financières résultant d'une indemnisation pour les proches d'une personne en perte d'autonomie dépendraient :

- des effectifs potentiels. On les avait estimés en 2015 à près de 30 000¹⁴ ;
- 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. Il convient donc de poursuivre l'instruction technique de ce dossier.

2.2 Le dédommagement de l'aidant non salarié¹⁵

Il n'existe pas dans le champ de la perte d'autonomie mais existe dans le champ du handicap. Dans le cadre de la PCH, le dédommagement était en moyenne de 215 € par mois en 2012¹⁶. Il conviendrait d'analyser les termes d'une transposition du régime de la PCH dans la gestion de l'APA et la cohérence entre un système d'indemnisation et l'éventuelle rémunération du congé de proche aidant évoquée ci-dessus dans la mesure où ces deux dispositifs se complètent, voire se superposent.

Une éventuelle transposition pose trois questions principales :

- une question de conception. Pour l'essentiel les aidants non salariés des personnes en perte d'autonomie sont âgés et la durée pendant laquelle ils sont aidants est limitée. On est donc dans une problématique différente de celle des aidants d'adultes handicapés ;
- 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.

2.3 Extension des droits de retraite

Les associations d'aidants¹⁷ souhaitent qu'on renforce les droits à retraite des aidants.

¹³ - Disposition supplétive dont les accords de branche et d'entreprise peuvent s'écarter.

¹⁴ - 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.

¹⁵ - Il est analysé dans le rapport « du temps et des droits pour s'occuper de ses enfants, de sa famille et de ses proches en perte d'autonomie ».

¹⁶ - Calcul du SG, d'après « Évolution des prestations compensatrices du handicap de 2006 à 2012 », *Études et résultats*, n° 829, Drees, janvier 2013.

¹⁷ - Voir par exemple « le plaidoyer du CIAAF » en annexe 1 qui revendique de permettre un départ à la retraite à 65 ans à taux plein à tous les aidants familiaux et non uniquement aux aidants des personnes handicapées, d'une part, et d'accorder à tous les aidants familiaux une majoration de la durée d'assurance vieillesse, d'autre part.

Parmi les pistes évoquées figure l'extension des droits à l'AVPF des aidants non salariés d'une personne en perte d'autonomie. Ces droits sont actuellement couverts pour la durée – limitée – du congé de proche aidant. On pourrait étendre l'affiliation aux situations où l'inactivité ou la diminution d'activité professionnelle de l'aidant non salarié serait reconnue comme liée aux besoins de la personne aidée. Une solution alternative consisterait à étendre aux aidants des personnes en perte d'autonomie la validation d'un trimestre par période de trente mois de prise en charge dans la limite de huit trimestres qui existe pour les parents d'un enfant handicapé.

2.4 Le débloqué sans pénalité fiscale de l'épargne

Les placements de fonds provenant de la participation et de l'intéressement peuvent être débloqués avant la date butoir sans pénalité fiscale dans un nombre limité de situations.

Pour compenser en partie les limites des systèmes d'indemnisation actuels, on pourrait élargir le débloqué sans pénalité fiscale aux situations d'invalidité de l'ascendant de l'aidant (actuellement on ne couvre que l'invalidité du conjoint ou de l'enfant du salarié disposant d'un compte d'épargne salariale) et au congé de proche aidant.

SECTION 4 VOIES DE RÉFORMES DE LA PRISE EN CHARGE DES AIDES À L'AUTONOMIE DES PERSONNES RÉSIDANT EN ÉTABLISSEMENT

La lourdeur du reste à charge, la fréquence des restes à vivre négatifs, la pression financière exercée sur le groupe familial qui résultent de ce système conduisent beaucoup d'intervenants au débat sur la perte d'autonomie à souhaiter qu'on réforme ce système en augmentant les aides publiques et/ou en développant des dispositifs de financement privé.

On examine les principaux schémas de réforme en débat. Le but est d'en analyser la logique interne tout en sachant qu'on peut faire varier les paramètres, notamment financiers, qui les définissent.

1 LE RECOURS AUX FINANCEMENTS PRIVÉS

On cherche dans ces systèmes à augmenter les ressources disponibles des résidents soit par la constitution de rentes dépendance, soit par la mobilisation de leur patrimoine, pour qu'ils puissent plus facilement assumer les charges de l'hébergement en EHPAD. Il s'agit parallèlement de limiter (voire de remplacer) les aides publiques actuelles.

On peut :

- favoriser, dans le schéma actuel, la souscription d'une assurance viagère et facultative offrant plus de garanties aux souscripteurs (sur les règles de revalorisation des rentes, de sélection médicale, de mise en réduction des rentes en cas de baisse ou d'interruption des cotisations et de transférabilité des contrats) et l'encourager par une fiscalité incitative ;
- généraliser l'inclusion ou l'adossé d'une garantie dépendance dans les contrats d'assurance santé complémentaire ;
- instituer une assurance privée obligatoire.

On peut également souhaiter accroître les ressources des personnes en perte d'autonomie en facilitant le recours à leur patrimoine. La Fédération Française de l'Assurance (FFA) propose (i) une défiscalisation des rachats et des rentes viagères, dès lors que le souscripteur d'une assurance vie est en situation de perte d'autonomie et (ii) de s'appuyer, en cas de sortie en rente viagère, sur une table de mortalité spécifique aux personnes âgées en perte d'autonomie. Deux dispositifs de mobilisation du patrimoine immobilier ont été étudiés par la commission : la vente en viager de la résidence principale et le prêt immobilier garanti sur la résidence principale. Ils visent cependant prioritairement à financer une prise en charge à domicile.

2 DES AMÉNAGEMENTS LIMITÉS DES AIDES PUBLIQUES ACTUELLES

Les pistes d'évolution examinées ci-dessous sont très naturellement « fléchées » vers les ménages modestes.

2.1 Améliorer l'aide au logement

Les aménagements peuvent se traduire par :

- une augmentation du point de sortie de l'aide. Le rapport de 2011 avait chiffré son coût à 370 M€ sur la base de données de 2007 très fragiles ;
- une augmentation du montant des aides au logement : un doublement du montant moyen augmenterait d'environ 300 M€ les dépenses publiques.

2.2 Aménager les règles de l'ASH

Sans en changer l'économie générale, trois évolutions possibles de l'ASH sont analysées :

- améliorer la situation financière du bénéficiaire (i) en généralisant la prise en charge par le département du « talon Dépendance GIR 5 et 6 » de l'APA et/ou (ii) en augmentant le niveau des ressources laissées aux résidents ;
- aménager le régime de l'obligation alimentaire en dispensant les petits-enfants (c'est déjà largement le cas) et en fixant un barème de taux d'effort des obligés ;
- revoir le régime de récupération sur succession, (i) en prévoyant un seuil d'actif net au-dessous duquel il n'y aurait pas de récupération sur succession et/ou (ii) en prévoyant un plafond de récupération.

Pour les bénéficiaires actuels, l'amélioration de la situation « courante » serait réelle ; les obligés alimentaires seraient moins sollicités ; et les petites successions seraient protégées. Reste à savoir si ces changements seraient de nature à augmenter le nombre de bénéficiaires.

3 DES RÉFORMES PLUS PROFONDES DES AIDES PUBLIQUES

Deux questions sont centrales dans l'optique de réformes plus profondes :

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

3.1 Deux schémas d'aide indépendante des ressources des résidents

On étudie un crédit d'impôt et une prestation sociale, tous deux indépendants des revenus du résident. Pour les comparer utilement, on a retenu des montants voisins (de 500 € par mois). Le coût pour les Finances

publiques est important (de l'ordre de 2 à 3 Md€). On analyse également un schéma de prestation de sécurité sociale beaucoup plus généreux.

A. L'institution d'un crédit d'impôt substantiel

Le crédit d'impôt serait accordé au taux de 50 % sur une dépense éligible égale à la différence entre le tarif d'hébergement et un forfait représentatif des frais de gîte et couvert. La dépense éligible annuelle serait plafonnée à 11 760 € par an et le crédit d'impôt serait au maximum de 490 € par mois.

Son instauration serait accompagnée d'une suppression de 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, pour une minorité, inférieures aux tarifs d'hébergement.

Comme l'aide fiscale est indépendante du revenu et que son montant est supérieur à la réduction fiscale actuelle, tous les résidents sont gagnants à la réforme.

Les dépenses publiques (hors incidence sur l'ASH) augmenteraient d'environ 3 Md€.

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. On supprimerait la réduction d'impôt.

Tous les ménages verraient leur aide augmenter. L'augmentation serait pour la plupart d'entre eux de 500 € par mois.

La dépense publique nette serait d'environ 3,2 Md€. 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 trois points importants :

- la simplicité : la prestation sociale est plus simple ;
- l'incidence sur les prélèvements obligatoires. Depuis que les crédits d'impôt ont été reclassés dans les PO, l'argument évoqué auparavant (le crédit d'impôt est préférable) tombe ;
- 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.

D. Un schéma de prestation beaucoup plus généreux

Un membre du Conseil a proposé un système de prestation de haut niveau commun aux situations de perte d'autonomie à domicile et en établissement. On n'étudie ici que le volet « établissement ». La prestation varierait avec le GIR. Elle ne varierait ni avec le revenu du résident ni avec la localisation de l'établissement. La valeur « cible » est de 1 275 € par mois en GIR 1 et 2 et 925 € par mois en GIR 3 et 4. La prestation ne serait pas imposable et l'APA serait maintenue.

Ce schéma serait financé par une cotisation universelle sur les ménages avec un taux proportionnel au revenu (« moins d'un euro par jour » en moyenne, selon l'auteur de la note, pour financer les deux volets de la réforme, domicile et établissement).

La situation des résidents serait très améliorée. Les sommes en jeu sont très élevées : 7 Md€ en brut pour le volet « établissement »¹⁸, prélevés sur les ménages.

3.2 Une famille de réformes repose sur une baisse de l'aide publique avec le revenu

A. La Drees a fait en 2012/2014 une série d'études sur un système refondant les aides publiques

Un premier schéma de prestation universelle couvrirait la dépendance et l'hébergement en établissement. Dans ce scénario, l'aide varierait de 100 à 900 € par mois en fonction du revenu et du niveau de GIR.

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).

Selon le barème considéré, il y aurait 79 % de gagnants pour un gain moyen de 271 € par mois. Les perdants se situeraient parmi les ménages les plus aisés. Le coût brut de la réforme serait de 1 Md€¹⁹. On enregistrerait 200 M€ d'économies en ASH.

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 1,5 Md€.

Dans un second schéma, on instituerait une allocation unique pour les résidents (GIR 1 et 2) en EHPAD et ULSD. L'aide serait de 340 € jusqu'à un revenu de 1 000 € par 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 € par mois. Environ un tiers des GIR 3-6 seraient perdants, pour une perte moyenne allant de 60 à 100 € par mois selon le GIR.

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

Une variante consisterait à élargir l'allocation au GIR 1-4, pour un coût de la réforme à 1,2 Md€. La suppression de la réduction d'impôt et les économies en ASH ramèneraient le coût pour les finances publiques à 950 M€.

B. Le Conseil d'analyse économique (CAE) a étudié en 2016 un schéma « d'APA étendue »²⁰

Dans ce schéma, l'APA étendue a vocation à être appliquée à domicile et en établissement. Afin de garantir aux pouvoirs publics le financement d'une prise en charge efficiente, le montant de l'allocation ne serait plus conditionné au lieu de vie choisi par le bénéficiaire (domicile ou établissement) mais serait conditionné à la situation où la prise en charge est la moins coûteuse²¹.

Cette évolution n'est pas considérée à ce stade : on ne considère ici que la réforme en établissement, en supposant qu'elle revient à instituer une aide nouvelle couvrant les sections « dépendance » et « hébergement ».

¹⁸ - De l'ordre de 8,5 Md€ à domicile.

¹⁹ - Les chiffrages portent sur des données de 2011.

²⁰ - Bozio A., Gramain A. et Martin C. (2016), « Quelles politiques publiques pour la dépendance ? », *Les notes du Conseil d'analyse économique*, n° 35, octobre.

²¹ - 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 s'établirait en moyenne à 1 521 € par mois. L'« APA étendue » prendrait 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. Compte tenu de la distribution des ressources des résidents observées en 2011, le taux moyen de prise en charge serait de 75 %. La prestation serait en moyenne de 1 140 € par mois.

Le coût brut s'établirait à 6,8 Md€ au total pour les 500 000 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 (2 Md€), de la suppression des aides au logement (300 M€), et de la quasi-disparition de l'ASH (1 Md€). Le solde pour les finances publiques pourrait être de l'ordre de 3,5 Md€.

3.3 Le « déverrouillage » de l'ASH par la suppression de l'obligation alimentaire et de la récupération sur succession

L'ASH serait ouverte aux résidents de tous les établissements, avec une dépense éligible qui serait plafonnée à la somme d'un tarif fixé pour l'hébergement (par exemple le tarif médian des établissements) et du talon de l'APA.

La suppression de l'obligation alimentaire et la récupération sur succession pourraient conduire à une importante augmentation du recours à l'ASH.

Cette réforme pèserait sur les départements (dont les ressources pourraient être abondées par l'État). Le coût de la réforme a été chiffré par la Drees à 2,8 Md€ sur la population de 2011.

3.4 La prise en compte des longues durées de séjour

A. Le « bouclier »

On rend le séjour gratuit ou largement gratuit à partir d'une certaine durée de résidence en établissement.

B. Une aide à l'hébergement à partir d'une certaine durée de séjour

C'est une formule semblable à celle du bouclier qui pourrait prendre la forme d'une aide supplémentaire de 500 € par mois à partir d'une certaine durée de résidence en établissement.

SECTION 5 PROBLÈMES DE FINANCEMENT

1 LES FINANCES DU DÉPARTEMENT

L'augmentation, certaine, de l'effectif des bénéficiaires de l'APA, et celle, souhaitable, des plans d'aide solliciteront les finances des départements.

Le Conseil de l'Âge n'a ni la compétence ni les moyens techniques pour déterminer si le partage des dépenses d'APA entre les départements et l'État doit être modifié d'une part, et s'il faut modifier les règles de répartition entre départements d'autre part.

Mais il lui semble important de souligner que, dans un contexte où la dépense d'APA ne peut être définie avec précision puisque les départements sont relativement libres de la fixer, le niveau de contrainte financière jugé par eux abusivement élevé ne doit pas à être à l'origine d'une politique trop peu dynamique.

② AUTRES CONTRIBUTEURS PUBLICS

Les pistes de financement envisagées dans le débat public sont variées.

Beaucoup d'intervenants (notamment le CESE à l'unanimité sur ce point en 2011) évoquent un financement par l'affectation d'une majoration des droits de mutation à titre gratuit (DMTG). Dégager des recettes pour la réforme de la dépendance suppose une augmentation de +7,25 % des DMTG par tranche d'un milliard d'euros si on raisonne sur l'assiette totale des droits ou de +14,5 % par tranche d'un milliard d'euros si on raisonne sur l'assiette des successions en ligne directe.

On peut financer la réforme par une recette du type CASA. Sur l'assiette actuelle, la valeur du point de CASA est de 2,4 Md€.

La généralisation et le doublement de la CSA sont souvent évoqués. Sur l'assiette actuelle, la valeur du point de CSA est de 8,3 Md€. La généralisation aux travailleurs indépendants permettrait par ailleurs d'élargir l'assiette.

Avec le recours à la CSG, la TVA ou une cotisation sociale, on aurait une assiette très large. Sur l'assiette actuelle, la valeur du point de CSG est de 13,9 Md€, celle d'un point de TVA²² est de 24 Md€, et celle d'un point de cotisation sociale (sur l'assiette maladie par exemple) est de 8,4 Md€.

Un membre du Conseil a proposé qu'on affecte au risque de la perte d'autonomie une partie des bénéfices des contrats d'assurance vie.

Pour tenir compte des fortes contraintes qui pèsent sur les prélèvements obligatoires, on pourrait s'appuyer sur un scénario progressif : (i) adopter dans un premier temps des mesures limitées (par exemple tout ou partie des mesures étudiées ci-dessus au II) et (ii) réformer ultérieurement en profondeur le régime des aides en établissement en utilisant à partir de 2024 une partie de la CRDS qui devrait être supprimée avec la fin de l'amortissement de la dette de la CADES.

22 - Sur le taux moyen pondéré (15,4 % en 2014).

RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DU HCFEA : www.hcfea.fr

Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie. Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bienveillance, dans une approche intergénérationnelle.



Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie