

La députée Christine Pirès Beaune a été chargée par la Première Ministre d'une **mission sur les montants restant à la charge des résidents des structures d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie**. Il s'agissait d'étudier les conditions dans lesquelles ceux-ci pourraient être diminués, maîtrisés et contenus, ainsi que les modalités de financement d'une prise en charge renforcée des personnes âgées accueillies en EHPAD.

Les travaux de la mission ont été remis à la Première Ministre le 26 juillet 2023. Cette note a pour objectif d'en faire une présentation synthétique du rapport.

Dans son avant-propos, la députée en mission rappelle que l'encadrement du reste à charge n'est pas considéré, par beaucoup, comme une priorité et que les acteurs du secteur estiment que les actions prioritaires doivent porter sur l'amélioration des ratios d'encadrement, la hausse du nombre de soignant, l'amélioration de la qualité de l'accompagnement et des conditions de travail.

Les travaux de la mission ne se limitent donc pas au strict sujet du reste à charge, qui est considéré comme la conséquence d'un écosystème qui doit être globalement amélioré : « *Faute d'une action globale, toute baisse du reste à charge serait vouée à l'échec* ». **Pour proposer une « démarche globale de changement », le rapport dessine différents scénarios et formule des propositions de court, moyen et long terme pour rendre « plus clair et plus cohérent le cadre d'action des acteurs publics et privés », y compris en identifiant de nouveaux leviers de financement pouvant être mobilisés.**

La mission évoque aussi le contexte actuel d'inflation, les difficultés financières conjoncturelles ou structurelles rencontrées par les EHPAD et appelle à une action urgente : « *Avant de créer les conditions d'une baisse du reste à charge, il s'agit de préserver les établissements et d'éviter, autant que faire se peut, toute hausse des tarifs du fait des tensions actuelles* ».

De manière simplifiée, le rapport présente d'abord le diagnostic de la situation actuelle avant de dresser l'inventaire des solutions envisagées.

I - LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES EN EHPAD : UNE DES REPONSES AU VIEILLISSEMENT, UN CHAMP REVELATEUR DE MANQUES ET D'INSUFFISANCES JUSTIFIANT UNE ACTION NECESSAIRE, PRAGMATIQUE ET RESOLUE

Le diagnostic dressé dans cette partie s'appuie sur des données statistiques et financières détaillées en annexe 4. Il rappelle de manière synthétique quelques idées clés :

1. La prise en charge doit être appréciée au regard du défi plus global du vieillissement :

1.1. La forte progression des plus de 75 ans : une pression forte sur les dépenses :

La tendance forte du vieillissement démographique avec le passage progressif de la perte d'autonomie d'un risque résiduel à un risque « courant » a des impacts majeurs pour la protection sociale.

1.2. Un patrimoine croissant avec l'âge, mais détenu par une faible fraction des ménages :

Le rapport souligne les écarts de patrimoine selon l'âge (« *En moyenne, le patrimoine net des ménages de 70 ans et plus est près de huit fois supérieur à celui des moins de 70 ans* ») et précise que les principales différences sont d'abord liées à la très forte concentration (10 % des ménages détenant près de la moitié du patrimoine).

1.3. La montée en puissance des politiques de l'autonomie :

Il est rappelé la montée en puissance des financements (l'OGD pour les personnes âgées a cru de 63 % - de 9,4 à 15,3 Mds€ - entre 2014 et 2023) et que le poids du risque autonomie au sein de la sécurité sociale croît progressivement, même si les comparaisons internationales montrent globalement que la France consacre des financements moindres que certains pays (notamment Pays-Bas, Suède, Danemark) aux politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Pour les dépenses d'aide sociale des départements, en progression également, il est précisé que l'effort assuré par chaque département pour chaque personne âgée varie dans un rapport de 1 à 4.

1.4. La prise en charge des politiques d'autonomie est très largement assurée par la puissance publique :

L'approche par le « compte de la dépendance », qui consolide l'ensemble des dépenses, montre que les trois quart de la dépense globale en faveur des politiques d'autonomie sont portés par des financeurs publics, avec un niveau de prise en charge nettement plus faible pour les dépenses d'hébergement.

L'importance relative des dépenses en établissement a conduit à impulser un « virage domiciliaire », cohérent avec le souhait des personnes âgées d'un maintien à domicile le plus longtemps possible. Cette évolution conduit à réorienter les nouvelles dépenses en priorité vers la prise en charge à domicile.

Il est rappelé la part « résiduelle » dans le financement des assurances et mutuelles et le fait que les français se prononcent massivement pour une intervention publique renforcée pour faire face à ce risque.

2. Les structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et leurs résidents : une prise en charge incontournable, un champ contrasté

2.1. La dynamique du vieillissement : un défi pour la prise en charge en établissement :

Le rapport rappelle les conséquences de la dynamique du vieillissement sur l'offre (à comportements inchangés, les projections de besoin de solutions d'hébergement s'élevaient à + 230 000 places à l'horizon 2050) et l'exposition variable des territoires à cette hausse des besoins d'hébergement.

2.2. Une offre d'hébergement très variable sur le territoire et composée d'acteurs multiples :

Il est rappelé que l'offre d'hébergement est très variable sur le territoire : le nombre de places pour 1000 habitants de 75 ans ou plus varie dans un rapport de 1 (La Réunion, Corse) à près de 5 (Lozère).

Entre 2007 et 2019, le nombre de places pour personnes âgées dépendantes a augmenté de 12 %. Sur la même période, la part du secteur privé a progressivement cru (+ 7 %.)

2.3. Des tarifs, des coûts de séjour et des restes à charge plus que variables

Le rapport rappelle que les séjours sont financés par trois acteurs, selon des modes distincts :

- La prise en charge des soins, financée par l'Assurance Maladie ;
- La réponse aux besoins liés à la dépendance, prise en charge par le département et le résident ;
- Les dépenses d'hébergement, prises en charge par les résidents, sauf pour ceux dépourvus de ressources.

C'est le dispositif départemental d'aide sociale à l'hébergement (ASH) qui conduit les départements à déterminer le tarif hébergement.

Cette prise en charge sociale est essentiellement portée par les entités publiques privées non lucratives : près de 7 places sur 10 sont habilitées à l'aide sociale, parmi lesquelles plus d'1 sur 2 relève du public.

Le rapport souligne la très forte variation des tarifs hébergement selon le type de structures (le tarif moyen le plus élevé des EHPAD privés lucratifs est supérieur de 55 % au tarif le plus faible des EHPAD publics) et selon les territoires. Le tarif demandé aux résidents varie selon le territoire, le nombre de places disponibles et leurs modalités de tarification et selon la composition de l'offre.

Les choix locaux ont donc un impact sur l'accessibilité réelle et financière à des séjours en établissements et la singularité territoriale, très forte, joue à plusieurs niveaux :

- Le degré de soutien global aux personnes et la nature des soutiens individuels mis en oeuvre
- Le choix éventuel de privilégier une modalité de prise en charge (établissement / domicile)
- La décision de s'appuyer sur le secteur public ou de privilégier des initiatives privées (lucratives ou non)
- Le degré d'encadrement des tarifs par le département, notamment selon le niveau de places habilitées

2.4. La population accueillie en structures d'hébergement est plus modeste, fragile et isolée que celle prise en charge à domicile

La population accueillie en EHPAD est « *notoirement plus fragile et plus modeste que le reste de la population des personnes âgées* ». De ce point de vue, les soutiens publics apportés à ces établissements constituent donc un choix fort de redistribution vers les plus pauvres et les plus fragiles.

L'analyse par structure souligne la vulnérabilité des structures publiques par rapport aux autres : alors qu'elles hébergent les résidents qui ont les durées de séjour les plus longues, du fait de leur habilitation à l'aide sociale, elles disposent de moins de marges de manœuvre pour adapter et pour moduler les tarifs et dégager des moyens de financement.

Le rapport met aussi en évidence le niveau de revenu comme un déterminant important du séjour en EHPAD : sauf pour la classe d'âge des 95 ans et plus, les revenus des personnes âgées accueillies en établissement sont inférieurs et souvent très inférieurs à ceux des personnes à domicile

3. Un cadre de pilotage et de régulation largement insuffisant :

3.1. Un pilotage pluriel :

Il est rappelé la complexité et le défaut de coordination du pilotage de l'offre et des tarifs en établissement et le souhait, très largement partagé par les gestionnaire, du passage à un financeur – régulateur unique.

3.2. Des leviers de régulation relativement incertains :

Le champ donne lieu à une régulation peu structurée : faible pilotage des capacités (par rapport au champ sanitaire) et pilotage peu partagé / intégré entre financeurs. La régulation ne passe pas davantage par l'encadrement tarifaire, les tarifs ayant été déterminés pour l'essentiel sur une base historique.

3.3. Des champs qui demeurent insuffisamment maîtrisés et connus :

L'absence de système unique et intégré de gestion dans le secteur des EHPAD limite la connaissance statistique alors qu'il serait nécessaire de pouvoir mieux calibrer le système de soutiens financiers en prenant en compte toutes les capacités contributives des bénéficiaires.

4. Un système de soutiens publics qui présente de fortes limites :

4.1. Un système complexe, issu de décisions politiques successives :

Les dispositifs actuels de soutiens publics sont détaillés dans l'annexe 3. Il faut distinguer les prestations de soutien à l'autonomie, les soutiens aux ménages modestes pour disposer d'un logement et enfin les avantages fiscaux.

4.1.1. L'APA et l'ASH, des dispositifs propres à la prise en charge des personnes âgées dépendantes

L'APA correspond à deux types de soutien selon que la personne soit à domicile (financement d'un plan d'aide arrêté par le département) ou en établissement (prise en charge du tarif journalier dépendance) mais l'aide est soumise aux mêmes conditions dont la reconnaissance de la perte d'autonomie.

Le caractère non récupérable (pas de mise en œuvre de l'obligation alimentaire ni de récupération sur succession) de l'APA, par rapport à la PSD, a conduit à une forte hausse du recours (600 000 bénéficiaires).

Pour les dépenses d'hébergement, alors qu'à domicile une personne âgée est réputée subvenir à ses besoins par ses propres moyens, les personnes les plus modestes accueillies en établissement habilité peuvent bénéficier de l'ASH financée par le département (qui fixe à ce titre les tarifs hébergement).

Le bénéficiaire de l'ASH se voit prélever l'ensemble de ses revenus, sous réserve d'un reste à vivre standard défini par chaque département. De plus, le bénéfice de l'ASH conduit à mettre en jeu l'obligation alimentaire et à récupération sur succession.

Pour la mission, la prise en charge de la dépendance demeure hybride. L'APA s'appuie sur une prestation de sécurité sociale par son caractère non contributif (non soumise à une condition de cotisation préalable) et solidaire mais s'en éloigne par ses modalités de financement (financée pour partie par la solidarité nationale – via le concours financier versé aux départements par la CNSA – et pour partie par les finances locales) et de versement (prestation servie par les départements et non par un organisme de sécurité sociale). Cette logique ne s'applique pas aux soutiens subsidiaires apportés par l'ASH qui constitue avant tout une « avance récupérable ».

4.1.2. Les autres prestations sociales offertes aux personnes âgées dépendantes

La mission rappelle les aides « de droit commun » dont peuvent également bénéficier les personnes âgées dépendantes (pensions de retraite - ou ASPA / minimum vieillesse -, prise en charge de leurs dépenses de santé dans le même cadre que les autres assurés, aides au logement – APL ou ALS -) et que ces soutiens sont intégralement pris en charge par l'Etat.

4.1.3. L'avantage fiscal lié aux dépenses d'hébergement

En cas de séjour dans un établissement pour personne âgée dépendante, les dépenses réalisées sont éligibles à une réduction d'impôt à hauteur de 25 %, dans la limite de 10 000 € par personne hébergée.

4.1.4. Des soutiens relevant de logiques / démarches différentes et pouvant avoir des effets divers :

Pour la mission, « la combinaison de ces soutiens gérés indépendamment les uns des autres est susceptible de poser problème, en ce qu'ils peuvent avoir des impacts inévitables ». Par ailleurs, chaque dispositif s'inscrit dans un cadre particulier de détermination des ressources prises en compte et les soutiens sont soumis à des procédures plus ou moins aisées ce qui a un impact direct sur le taux de recours.

4.2. Un système qui apparaît comme insuffisamment redistributif

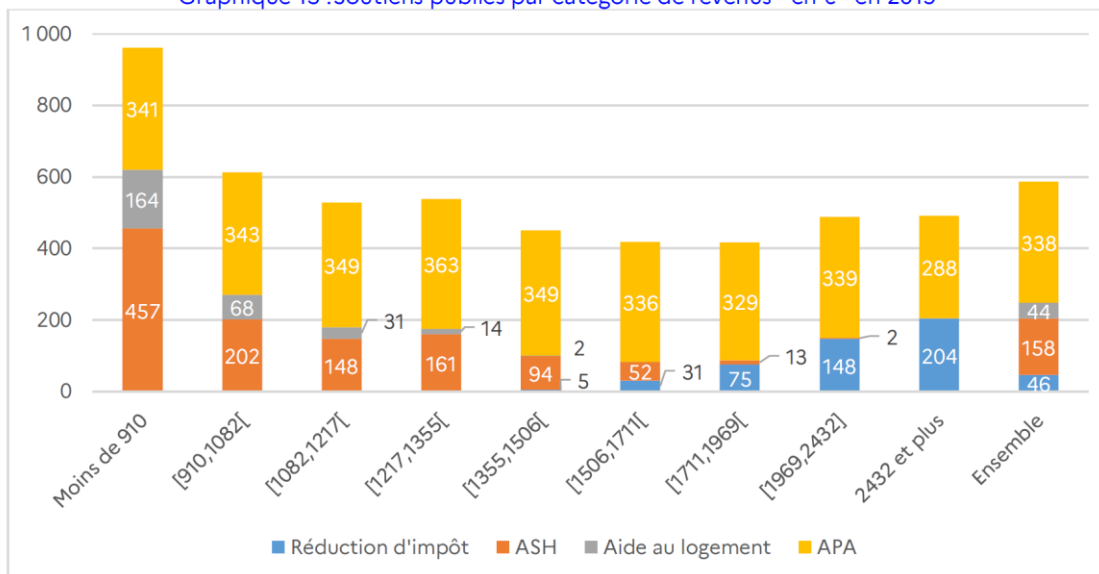
De manière simplifiée, le coût global de prise en charge paraît plus élevé en établissement qu'à domicile mais le rapport rappelle que le périmètre n'est pas le même (différence de coûts liée notamment à l'hébergement) et que la part des dépenses prises en charge par la sphère publique (95 % à domicile contre 63 % en établissement) et le montant des restes à charge moyens sont sans comparaison.

Le rapport souligne aussi un apport important des aides, peu modulées en apparence selon la dépendance, mais soutenant notamment les résidents à faibles revenus.

Au global, les soutiens publics permettent de contenir davantage le reste à charge pour les revenus les plus modestes mais la combinaison des soutiens a des effets paradoxaux, en ce que les aides sont importantes pour les bas et les hauts revenus, mais relativement moindres pour les revenus moyens.

La courbe des soutiens publics apportés montre ainsi un impact équivalent (et donc peu redistributif) de l'APA en établissement à tous les niveaux de revenus. Elle souligne également l'apport de l'ASH pour les revenus les plus bas, alors que le rôle des aides au logement est plus faible, et le rôle très importants de la réduction d'impôts pour les plus hauts revenus.

Graphique 13 : Soutiens publics par catégorie de revenus - en € - en 2019

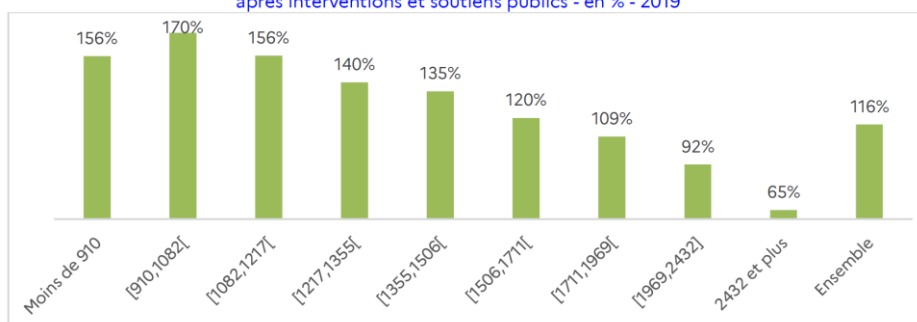


Il est ainsi démontré qu'en 2019 les résidents ayant un revenu moyen compris entre 1 355 et 1 969 € sont moins aidés par la sphère publique que ceux qui ont un revenu supérieur à 1 969 €.

Le dispositif de soutien souffre d'un double écueil : l'APA en établissement ne joue pas de rôle redistributif et la réduction d'impôt constitue un avantage favorisant avant tout les revenus élevés.

Après l'intervention de la sphère publique, les taux d'effort des personnes ayant les revenus les plus bas sont très supérieurs à ceux des résidents ayant des revenus plus importants :

Graphique 14 : Taux d'effort, soit rapport entre le coût de l'hébergement et les revenus des résidents - après interventions et soutiens publics - en % - 2019



4.3. Le soutien aux plus modestes via l'aide sociale à l'hébergement (ASH) est largement perfectible

Alors que plus des trois quarts des résidents en EHPAD ne peuvent payer leur séjour avec leurs seuls revenus courants, le « taux de recours » très limité à l'ASH (21 % des résidents d'EHPAD) doit interroger.

Les déterminants du recours à l'ASH, qui correspond à un choix individuel, sont peu connus et documentés. Le cadre actuel exige une prise de décision individuelle sur un soutien complexe et peu clair dont les impacts peuvent être déterminants.

La mission rappelle aussi que les bénéficiaires, via les dispositifs de participation et de récupération, apportent deux cinquièmes des masses financières mobilisées au titre de l'ASH : **le dispositif repose largement sur un financement assuré par une solidarité entre bénéficiaires**. Le rapport souligne aussi que l'ASH est une prestation départementale qui donne lieu à des règles et des pratiques hétérogènes : **en 2020, les dépenses d'ASH par bénéficiaire varient, selon les départements, dans un rapport de 1 à 6**.

Des départements indiquent ne pas pratiquer pas le recours sur succession mais la principale différence territoriale est liée aux ressources prises en compte pour ouvrir droit à l'ASH : « *Force est de constater que les départements, en l'absence de cadre national partagé, font preuve d'une grande créativité dans les ressources prises en compte : chaque territoire définit ainsi sa propre vision de la solidarité* ».

5. Au-delà des approches moyennes et statistiques, l'analyse de cas concrets éclaire sur le caractère perfectible du dispositif actuel

Les analyses développées par la mission sont accompagnées de cas concrets qui illustrent les contrastes importants dans les coûts et les restes à vivre de résidents ayant des profils de dépendance et de ressources différents, et l'insuffisante prise en compte de ces différences par le système actuel.

La mission estime que le niveau du reste à charge conduit à ce que l'intervention de proches et la mise en place d'arrangements familiaux occupent une place sans doute importante. Elle souligne aussi le contraste entre le « contrôle social » complet qui découle du bénéfice de l'ASH et le fonctionnement informel sans règle ex ante de la prise en charge intra-familiale dans ces situations.

6. Des tensions évidentes et manifestes, une action qui ne peut être que multidimensionnelle

6.1. Les établissements sont soumis à des contraintes qui fragilisent leur activité

Le rapport souligne les difficultés financières, structurelles comme conjoncturelles, rencontrées par les structures d'hébergement : désajustement entre l'évolution des tarifs – pour les EHPAD habilités à l'aide sociale - et celle des dépenses du fait de l'inflation, augmentation des charges financières, impact financier des tensions de recrutement (dépense d'intérim), diminution des taux d'occupation...

Ces fragilités de ressources humaines peuvent avoir des effets non seulement sur la qualité de la prise en charge mais aussi sur les capacités. **La mission alerte aussi sur le risque que ces tensions financières conduisent à une hausse du reste à charge et à une disparition, à terme, de certains acteurs.**

6.2. Les acteurs font état de difficultés et d'un système qui semble à bout de souffle

Les résultats de l'enquête menée par la mission (plus de 1 500 réponses – voir détail en annexe 6) soulignent combien le système actuel est à bout de souffle. Plus de 75 % des répondants se prononcent en faveur d'une fusion des sections soins et dépendance et plus de 80 % considèrent comme une priorité le fait d'avoir un financeur unique (pour les 2/3 des répondants ce financeur unique serait l'ARS).

6.3. Une clarification et une simplification devenues impératives pour répondre aux espoirs soulevés par la création de la 5^{ème} branche

Il est rappelé que la politique actuelle du gouvernement vise à maîtriser les finances publiques en écartant de nouveaux prélèvements obligatoires et en cherchant des pistes d'économie et que le rapport tient compte de ce contexte en identifiant des pistes crédibles pour financer les évolutions proposées.

Viser la seule baisse du reste à charge pourrait s'avérer contreproductif : à pilotage et régulation inchangés, la mission estime que le financement supplémentaire risquerait d'être absorbé par des acteurs publics ou privés cherchant activement des marges de manœuvre.

Pour « *repenser le système dans son ensemble* », la mission considère que **l'approche doit être nécessairement multidimensionnelle et plurielle**, et qu'elle doit proposer un changement rapide mais accessible, avec des niveaux d'ambition variables.

II - LA NECESSITE D'AGIR SUR LE RESTE A CHARGE JUSTIFIE DES ACTIONS PREALABLES ET, AU-DELA, UNE ACTION D'ENSEMBLE SUR LES ACTEURS ET UNE EVOLUTION FORTE DE L'ACTION PUBLIQUE

1. Prévenir la hausse du reste à charge : accompagner les structures en difficulté

La mission rappelle les risques liés aux difficultés financières actuelles rencontrées par les établissements, à la fois sur l'offre (risque de disparition des structures en difficulté ou de substitution d'une offre privée à une offre publique) mais aussi sur les tarifs : le contexte actuel de tension sur les prix et le coût des facteurs conduit à de très fortes hausses qui vont se traduire par des hausses potentiellement très prononcées du reste à charge. Le rapport évoque aussi un risque de dispersion des soutiens publics alloués pour faire face à cette situation (octroi de CNR ou mobilisation du FIR par les ARS, aides des collectivités territoriales), faute d'un cadre partagé d'identification des structures devant être aidées.

Dans ce contexte, **la mission suggère d'élaborer une méthode commune de prévention, d'analyse et de résolution des difficultés des structures**, s'appuyant sur l'analyse des états comptables, de l'activité et sur des indicateurs de risque selon une méthode qui serait élaborée par la CNSA et la DGCS.

Pour permettre un « *cadre commun d'analyse concertée et coordonnée des difficultés* », la mission propose de créer dans chaque département une commission d'examen des difficultés des établissements médico-sociaux (CoDiffEMS), qui serait codirigée par des représentants de l'ARS et du conseil départemental et serait l'unique voie de saisine des acteurs publics par les établissements.

Cette commission serait chargée de l'analyse de la situation et pourrait intervenir pour accorder des reports d'échéance auprès de créanciers et l'étalement des obligations sociales et fiscales.

Le rapport précise que cette instance pourrait être créée rapidement par voie d'instruction administrative et qu'elle pourrait trouver une traduction législative dans le prochain PLFSS « *notamment si l'ampleur des difficultés justifiait, par exemple, la création d'un fonds de soutien au sein de la CNSA* ».

2. Garantir la transformation du champ et chercher la plus grande efficacité des financements publics

Alors que la contribution publique à la couverture du risque de perte d'autonomie augmente la mission rappelle que la garantie du bon usage des deniers publics et la promotion de meilleures organisation revêtent un caractère impérieux. Le rapport formule plusieurs propositions en ce sens :

2.1. Créer un observatoire économique pour élargir la compréhension de l'offre

Au regard des financements publics en jeu, l'analyse économique du secteur revêt une importance cruciale et relève de la responsabilité publique. La création d'un observatoire économique doit permettre d'améliorer la connaissance et la compréhension du secteur mais aussi de donner les moyens aux pouvoirs publics d'apprécier la rentabilité des activités pour les acteurs privés, lucratifs ou non, sans se limiter au seul bénéfice ou excédent d'exploitation. Pour la mission, cette analyse économique est la condition *sine qua non* d'une régulation plus forte du secteur.

2.2. Piloter de manière plus active et dynamique l'offre nationale et territoriale

La mission estime que le pilotage de la politique du grand âge souffre d'une insuffisante maîtrise et prise en compte de l'existant. Les travaux d'analyse sur les écarts de densité entre les territoires, jusque là centrés sur une approche domicile / établissement, doivent intégrer le secteur intermédiaire et être combinés avec une approche prospective : « *Il est de la responsabilité des seuls pouvoirs publics de déterminer une méthode standard, commune et partagée, et de la décliner systématiquement aux niveaux local et national* ». La démarche serait conduite sous l'égide de la CNSA et la méthode serait déployée conjointement par les services des départements et des ARS.

2.3. Une simplification attendue et désormais incontournable : fusionner les sections soins et dépendance et alléger le périmètre de la section hébergement

La mission rappelle que le principe de la fusion des sections tarifaire fait aujourd'hui consensus et que cette nécessité était déjà évoquée dans le rapport Libault en 2019.

Cette fusion vise, d'une part, à garantir une meilleure équité de l'accompagnement de la dépendance en établissement, en assurant un même niveau de financement sur tout le territoire et en harmonisant, à cet égard, le reste à charge des résidents, et, d'autre part, à simplifier le pilotage et la gestion des structures.

Le transfert à la sécurité sociale des dépenses actuellement supportées par les départements pose la question de la reprise des financements actuels (concours de la CNSA) et celle, majeure pour le reste à charge, du traitement de l'actuel « talon » pour la dépendance (différent selon les départements) mais la réforme vise globalement à créer un meilleur cadre de soutenabilité de la dépense.

Enfin, la fusion doit être l'occasion de clarifier plus largement les contenus de chaque section tarifaire.

Dans ce contexte, la mission recommande de :

- **Procéder à la fusion des sections soins et dépendance dès le PLFSS 2024 ;**
- Prévoir que cette fusion se fasse en absorbant le reste à charge pour la partie dépendance
- Assortir cette opération de fusion d'une clarification du champ impérativement couvert par la section hébergement et certaines fonctions transverses
- Garantir que la fusion soit l'occasion de clarifier les modalités d'imputation des coûts d'emploi d'agents (situation des « faisant-fonctions », dirigeants...)
- Reprendre une partie des financements accordés aux départements pour couvrir ces dépenses du fait de leur transfert, mais en leur laissant des ressources de nature à leur permettre d'investir
- Revoir en conséquence les responsabilités de l'Etat et des départements

2.4. Une nécessité : revoir la gouvernance territoriale

L'enquête réalisée par la mission confirme la **demande forte de simplification** du côté des établissements. Cette demande est partagée par les bénéficiaires. Estimant qu'il « *convient de tirer les conséquences des évolutions en cours, et notamment de la perspective de la fusion des sections soins et dépendance* », **la mission propose une répartition renouvée des compétences entre l'Etat et les départements :**

- Aux départements reviendrait la responsabilité exclusive de l'accompagnement et des services à domicile, dans le cadre actuel ; l'ARS ne disposerait plus que d'un pouvoir d'opposition sur la création, la suppression ou le changement de localisation des capacités de prise en charge ; au-delà, l'ARS constituerait le guichet unique de l'Etat pour toutes les autotisations ;
- A l'ARS reviendrait la responsabilité exclusive de la prise en charge en établissement, dans le cadre renoué porté par le rapport, les départements disposant d'un pouvoir symétrique d'opposition ;
- Le Service public territorial de l'autonomie (SPTA) serait logiquement piloté par le département, en lien étroit avec les autres acteurs et dans un cadre commun, concerté et partagé ;

- La mission estime que les départements doivent rester compétents en matière d'amélioration des conditions d'hébergement et d'augmentation des capacités et propose de préserver, dans le cadre de la fusion soins et dépendance, une fraction des recettes pour financer un fonds d'investissement

La mission propose l'inscription dans la loi, dès le PLFSS 2024, de ce partage des compétences, « au bénéfice d'une concertation globale avec les représentants des départements », puis le déploiement de ce cadre dès 2024 dans quatre ou cinq départements avant un bilan en 2025 ou 2026.

3. Construire un modèle de régulation à court, moyen et long termes

La volonté de maîtriser le reste à charge, donc de garantir l'accessibilité pour tous aux établissements, n'est possible que combinée à une régulation et un encadrement plus stricts des activités

Les propositions peuvent être mises en œuvre successivement ou alternativement. Elles sont ainsi qualifiées de basique, d'intermédiaire ou de cible et supposent aussi de mobiliser des moyens, « notamment au sein de la CNSA ou de la DGCS », à la hauteur des ambitions retenues.

3.1. Proposition basique : une nouvelle régulation relativement souple

En ce qui concerne le secteur public, il s'agirait de confier à l'ANAP et l'ATIH des travaux d'analyse des organisations (GCSMS...) et pratiques les plus pertinentes pour promouvoir leur généralisation.

La mission recommande d'approfondir la transparence engagée sur les tarifs en permettant facilement la comparaison dans un territoire des restes à charge. Elle recommande enfin « *une action rénovée permettant de généraliser effectivement les CPOM et le déploiement de la procédure de certification* ».

3.2. Proposition intermédiaire : une régulation plus affirmée

A ce niveau supérieur de régulation, l'adhésion à un GCSMS deviendrait obligatoire dans les deux ans pour toutes les entités publiques (les entités privées seraient inciter à rejoindre le groupement dans les 5 ans mais la non-adhésion conduirait à un malus financier), avec un cadre impératif de coopérations et de mutualisations dans un certain nombre de domaines.

Ces GCSMS concluraient de manière impérative des conventions de coopération avec les GHT du territoire. « *L'objectif est de garantir que le secteur médico-social voit ses intérêts et contraintes pris en compte dans les coopérations mises en œuvre* ».

La mission considère que « *la gestion actuelle des EHPAD hospitaliers patit de leur intégration dans des ensembles hospitaliers trop importants : sauf exceptions, cette intégration peut les pénaliser* » (affectation prioritaire vers d'autres secteurs des investissements ou ressources humaines). Pour ces raisons, la mission recommande de poser comme règle celle de l'autonomie juridique des EHPAD hospitaliers.

En ce qui concerne le pilotage de la fonction d'hébergement, la mission propose de définir à nouveau, dans la loi et les réglements, le contenu socle rénové et impératif d'une prestation d'hébergement dans une structure d'accueil de personnes âgées.

A côté de ce socle impératif, les établissements auraient la possibilité, dans un cadre facultatif et optionnel pour leurs résidents, de proposer des services et prestations complémentaires. Ce panier de biens et services socle et – surtout – optionnel serait formalisé par chaque établissement et donnerait lieu à un encadrement dans le cadre de la contractualisation.

Par ailleurs la mission recommande de diligenter des travaux d'analyse sur les divergences de tarifs entre secteurs et territoires, et d'apprécier les conditions de mise en place d'une convergence tarifaire.

Outre le cadre actuellement applicable aux seules entités privées, tous les tarifs seraient désormais encadrés par un niveau maximal de revalorisation fixé au niveau national.

Au sujet de la modulation des tarifs selon les revenus des résidents, la mission estime incontournable de proposer des avancées réelles et rapides (*« il n'est pas acceptable d'appliquer aujourd'hui à des personnes ne bénéficiant pas de l'ASH des tarifs prévus initialement pour les seuls bénéficiaires de cette aide »*).

La mission fait le constat que la tarification différenciée est peu développée, en particulier dans le secteur public, et estime qu'une évolution normative est incontournable.

3.3. Proposition cible : une régulation effective, encadrant notamment les tarifs

La mission propose ici de mettre en place un mouvement de convergence tarifaire applicable également à la section hébergement : toutes les sections tarifaires donneraient lieu à des définitions impératives et précises en matière de prise en charge.

Ce tarif serait susceptible de varier au niveau territorial selon le coût des facteurs, notamment immobiliers. Le mouvement d'encadrement des prestations et de convergence tarifaire serait mis en place sur une période de 5 à 10 ans maximum. Il constituerait un élément de standardisation de la prise en charge et de convergence des standard de qualité, d'encadrement et de coût.

4. Agir sur le reste à charge : des ambitions plus alternatives et moins facilement conciliables dans le temps

Le diagnostic sur les aides, illustré par les taux d'effort et les niveaux d'aide selon les revenus, montre que le système actuel de soutien doit impérativement être ajusté car ne remplit pas l'objectif qui lui est assigné, aider davantage les plus dépendants ou les plus modestes. L'ajustement des soutiens n'est pas possible de manière isolée et doit s'accompagner d'efforts renouvelés de pilotage et de régulation du système.

La proposition majeure formulée par la mission, dans ses propositions intermédiaire et cible, consiste à faire disparaître l'ASH et donc à assurer pleinement la couverture d'un risque social par des prestations dédiées et simples d'accès, financées par des recettes propres. Pour la mission, *« il convient de mettre en place une couverture sociale unique et organisée du risque dépendance des personnes âgées »* par la définition d'un cadre nouveau et cohérent, constitué de soutiens accordés au regard des besoins de chacun, et financé par la contribution solidaire de tous, à hauteur des facultés respectives de chacun.

4.1. Proposition basique : viser l'égalité de traitement fiscal

La proposition basique consiste à établir l'égalité de traitement fiscal entre ceux qui acquittent l'impôt sur le revenu et ceux qui en sont exonérés, en **transformant la réduction d'impôt au titre des frais d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en crédit d'impôt.**

La mesure fiscale proposée consiste à accorder un avantage fiscal nouveau au bas de la distribution, le cas échéant en réduisant celui accordé en haut de celle-ci. La niche serait plafonnée.

4.2. Proposition intermédiaire : engager une évolution de la prise en charge en établissement, en supprimant l'ASH et en créant une nouvelle APA en établissement

La nature et la portée de cette proposition sont tributaires du choix de fusionner les sections tarifaires soins et dépendance et, dans ce cadre, d'éradiquer tout reste à charge quel que soit le niveau de revenus, ou de conserver une mise à contribution des bénéficiaires.

En tout état de cause, **cette mesure conduirait à supprimer l'ASH ainsi que l'actuelle APA en établissement** : les montants mobilisés à ce titre seraient utilisés pour financer la nouvelle prestation, et pourraient être complétés par les autres sources de financement identifiées. La prise en charge donnerait lieu à une tarification nationale et un mouvement de convergence tarifaire serait engagé. Le financement des établissements serait ainsi déconnecté des montants acquittés par les résidents en EHPAD.

Les résidents sans revenus ou aux revenus les plus modestes bénéficieraient d'une prise en charge intégrale de leurs frais au titre de la dépendance et de l'hébergement. Ce soutien irait ensuite décroissant, selon le revenu. D'abord calculée au regard des revenus courants des résidents, cette prestation devrait pouvoir évoluer à terme pour intégrer le patrimoine. La part restant à charge serait déterminée en fonction des capacités contributives de chacun (revenus et patrimoine).

La prestation serait à titre principal modulée selon les capacités contributives du ménage du résident, puis, à titre secondaire, modulée selon son niveau de dépendance.

4.3. Proposition cible : une nouvelle allocation universelle et solidaire d'autonomie en établissement (AUSAE) s'insérant dans un nouvel ensemble de soutiens aux personnes âgées dépendantes

Cette nouvelle allocation serait régie par des principes strictement équivalents à ceux prévus dans la proposition intermédiaire. La mise en place de cette AUSAE :

- Se ferait en lieu et place de tous les soutiens individuels accordés actuellement ;
- Permettrait de calibrer la prestation avec un niveau de soutien plus important , en aidant plus les personnes ayant les ressources les plus modestes et celles avec le niveau le plus élevé de dépendance
- Conduirait à acter une prestation nouvelle, accordée sur la base de l'examen de la situation du ménage ou du foyer

Pour la mission, la mise en place de cette AUSAE devrait se faire de manière coordonnée avec un réexamen de l'ensemble des soutiens accordés aux personnes âgées dépendantes, en utilisant tous les moyens mobilisés pour les intégrer dans une seule et même démarche.

4.4. Une gestion renouvelée d'une prestation individuelle via un réseau existant, agissant pour le compte de la CNSA

La mission recommande d'ouvrir des droits automatiques à l'APA dès le constat de la situation de dépendance. Elle propose également de prendre en compte les revenus et, à terme, le patrimoine pour calculer et liquider la prestation.

La mission recommande de confier la gestion et la liquidation de la prestation à un réseau spécialisé. La prestation serait individuelle et calculée sur la base de la situation du foyer. Elle pourrait cependant donner lieu à versement direct auprès de la structure d'hébergement mais le financement des structures serait un élément distinct du calcul et de l'octroi de prestations individuelles. Les entités pilotes (ARS et départements) demeureraient responsables du financement des structures (établissements, intervenants à domicile) mais sans intervenir directement dans la gestion des prestations individuelles arrêtées selon un cadre national par rapport à des barèmes nationaux, et selon des tarifs déterminés au niveau national.

5. Garantir la soutenabilité du système, mobiliser les financements nécessaires et disponibles

Les différentes options avancées par la mission peuvent, pour partie, être financées à périmètre constant et, pour partie, justifier des financements complémentaires.

Au regard des travaux complémentaires qu'elle implique il n'est pas possible d'évaluer le coût de la convergence tarifaire. La mission n'a pas davantage chiffré le financement de la fusion des sections.

A contrario, les reconfigurations du système de prestations sont susceptibles d'être mises en œuvre à effort constant : seul le crédit d'impôt représenterait un besoin financier supplémentaire certain.

La mission ne précise pas comment les recettes affectées à la branche autonomie en 2024 pourraient être mobilisées et indique que les marges disponibles ne pourront être mobilisées sur la seule diminution du reste à charge : *« Les défis à relever sont nombreux, s'agissant notamment des taux d'encadrement, du renforcement de la qualité de la prise en charge et du financement des priorités domiciliaires ».*

Les travaux de la mission ont conduit à identifier des recettes mobilisables et disponibles

5.1. Des financements déjà identifiés et disponibles

5.1.1. Plusieurs pistes de financement déjà identifiées sont susceptibles d'être activées

En complément des pistes de financement déjà proposées dans le rapport de Laurent Vachey (2020), la mission propose plusieurs mesures socio-fiscales qui pourraient être activées pour mobiliser de nouvelles ressources. Le rendement de ces différentes mesures est estimé à au moins 5,2 Mds€.

5.1.2. Le recours à l'assurance : une solution ni miracle ni mature

La mission rappelle que la question du rôle de l'assurance complémentaire dépendance mériterait des analyses plus approfondies et rappelle que le rapport Vachey avait écarté cette proposition.

Les solutions pouvant être proposées ne sont pas stabilisées et la mission écarte donc la possibilité de répondre aux besoins de manière structurelle par le biais d'une assurance complémentaire obligatoire.

5.2. Un nouveau modèle de financement – universel, diversifié et solidaire – pour couvrir les besoins des personnes âgées dépendantes et répondre aux attentes du secteur

La mission rappelle que le financement de la branche autonomie demeure imparfait et qu'il reste nécessaire d'identifier de nouvelles recettes mobilisables et cohérentes avec la nature du risque financé.

Elle se prononce aussi pour une priorité forte donnée à la prise en charge du grand âge : « *Cette priorité devrait se matérialiser dans la répartition des ressources entre, d'une part, le financement des soutiens aux personnes âgées et, d'autre part, celui apporté aux personnes handicapées* ».

Rappelant que « *faire des choix de prélèvement revient à faire des choix de solidarité et de type de mise à contribution et donc de profils de redevables* », la mission précise qu'elle a veillé, tout au long de ses travaux, à préserver et à rendre compatibles :

- La responsabilité individuelle de chacun face au risque, justifiant un reste à charge modulé selon les revenus et plus élevé en établissement qu'à domicile
- La solidarité familiale, qui s'exerce aujourd'hui de manière contrainte dans le cadre de l'ASH et de manière informelle
- La solidarité départementale, qui justifie que les résidents d'un même territoire contribuent à certaines dépenses qu'ils décident, par leurs représentants au conseil départemental, de prendre en charge
- La solidarité nationale, qui est un élément essentiel de socialisation du risque en ce qu'elle permet de prendre en compte les spécificités de chacun et de chaque territoire et d'opérer des redistributions insusceptibles d'être mises en œuvre par les autres niveaux

5.2.1. De nouvelles recettes pour mettre à contribution, selon leurs facultés, les familles des personnes

La mission rappelle d'abord les nombreuses propositions déjà avancées pour liquéfier le patrimoine ou le mobiliser pour faire face au risque dépendance. Elle propose aussi de mettre en place deux recettes nouvelles et solidaires, directement inspirées de l'existant et supportées par les familles, en prenant en compte leurs facultés contributives : une sur les obligés alimentaires, l'autre sur l'actif net successoral. Dans les deux cas, il s'agirait d'un prélèvement forfaitaire selon un barème progressif.

La mission estime que ces recettes sont nécessaires dans leur principe mais aussi que le montant collecté serait équivalent à celui récupéré actuellement dans le cadre de l'ASH, soit environ 900 M€.

5.2.2. Une régulation plus forte du secteur passe aussi par des recettes dédiées

La mission rappelle que, dans le cadre actuel, « *il n'existe aucune valorisation de l'autorisation publique donnée à des acteurs privés d'assurer une mission d'intérêt général et d'utilité sociale d'accompagnement des personnes âgées dépendantes* » et que l'exercice des entités privées, « *vu le droit d'autorisation octroyé* », se rapproche des caractéristiques d'une concession de service public.

A ce titre, la mission propose deux mesures :

- **La création d'un prélèvement sur les cessions de structures d'hébergement de personnes âgées dépendantes** (calculé sur sa valorisation)
- **La mise en place d'un prélèvement forfaitaire à la place, acquitté par chaque structure privée lucrative** (pour les groupes, il serait ouvert une possibilité de contractualisation au niveau national)

Au-delà, la mission estime indispensable de réguler avec des moyens adaptés, l'ensemble du secteur et, en particulier, le secteur privé lucratif : *« Si l'initiative privée n'a aucune raison d'être pénalisée ou découragée, il est pleinement légitime que son cadre d'action soit encadré et régulé, dès lors que son activité est directement liées aux politiques publiques ».*

5.2.3. Une contribution unique, affectée et universelle, en lieu et place des financements divers actuels

La mission propose de rénover le financement actuel de la CNSA et de la branche autonomie avec l'identification d'une recette claire, assise sur tous les types de revenus, universelle et générale, en créant en lieu et place de l'existant, une contribution autonomie, en partant du modèle retenu pour la CRDS :

- Cette contribution permettrait d'atteindre le même rendement que les recettes actuelles, en garantissant leur évolution plus dynamique au regard de l'assiette retenue pour la CRDS ;
- Elle se substituerait aux prélèvements existants et serait accompagnée d'une baisse de la CSG, de la taxe sur les salaires et de la suppression de la CSA et de la CASA.
- Ce prélèvement aurait un taux estimé à 4,1 % mais les efforts seraient modulés selon les revenus

La mission estime qu'un tel cadre serait de nature à *« lever les insuffisances constatées et de donner visibilité, stabilité et constance dans le temps au mode de financement du 5^{ème} risque, objectif qui semble devoir être impérativement suivi ».*

6. En s'appuyant sur le SPTA, déployer des parcours sans coutures et automatiques, reposant sur des démarches simplifiées et standardisées : passer enfin du droit formel au droit réel

Le rapport souligne aussi la complexité des parcours des personnes âgées (cf. modélisations en annexe 8) et estime que la rénovation en profondeur du système de soutien impliquerait aussi la mise en place d'une double automaticité :

- Automaticité de la mise à contribution (recettes sur obligés alimentaires, prélèvement sur successions)
- Automaticité du bénéfice du soutien

La mise en place annoncée du service public territorial de l'autonomie (SPTA) constitue une occasion unique pour déployer enfin une politique effective d'accompagnement.

A cet égard, trois options d'ambitions diverses et cumulables peuvent être envisagées :

6.1. Proposition basique : un service public territorial de l'autonomie (SPTA) déployé en intégrant une démarche active de communication sur les réformes mises en œuvre

La communication par le SPTA sur les réformes et sur l'accès aux droits serait combinée à une démarche d'accompagnement opérationnel au changement, en assistant les acteurs de terrain pour faciliter l'accomplissement des démarches.

6.2. Proposition intermédiaire : clarifier le cadre actuel, déployer les parcours et intégrer enfin les démarches et procédures

Des actions complémentaires pourraient être menées pour standardiser les procédures. Une demande standard de l'APA en établissement et à domicile serait généralisée et rendue obligatoire et les démarches seraient encadrées dans des délais maximaux d'examen.

6.3. Proposition cible : un parcours sans couture et un accès aux droits renforcé via une automaticité de l'accès aux prestations

L'APA / l'AUSAE deviendrait un soutien automatique, les droits seraient ouverts dès le constat de la situation de dépendance par l'équipe pluridisciplinaire. Le parcours de la personne serait « sans couture » en ce que ses changements de situation seraient pris en charge par le dispositif : le passage du domicile à l'établissement entraînerait un changement de prestation. La personnalisation serait assurée et le partage de données facilité pour simplifier les démarches (principe du « dites le nous une fois »).

7. Des actions à mener sur l'immobilier

La mission rappelle la vétusté globale du parc immobilier, les besoins de rénovation et l'importance de la gestion immobilière, qui est une composante majeure des coûts, donc des tarifs et du reste à charge actuel en pesant sur la section hébergement. Elle rappelle aussi l'argumentaire de la FHF en faveur d'un relèvement des taux de subvention pour limiter les impacts sur les prix de journée.

Pour faire face au « besoin très fort de réhabilitation de nombre de structures d'hébergement, notamment publiques », la mission avance plusieurs pistes qu'elle invite à approfondir :

- La poursuite d'un plan d'investissement dédié au secteur, dans la continuité de celui du Ségur
- Ce soutien à l'investissement pourrait être assuré dans le cadre d'un fonds constitué au sein de la CNSA abondé par les recettes prélevées sur le secteur (redevance) et sur les recettes non restituées par les départements suite à la fusion des sections et la reprise des financements Etat/Assurance Maladie.
- Une action renouée conduite auprès des bailleurs sociaux
- Une communication plus ciblée sur les dispositifs de la CDC et de la Banque des Territoires
- Des travaux d'analyse complémentaire par l'ANAP de la bonne organisation de la fonction immobilière

8. Apprécier les différentes options possibles pour construire un sentier effectif de changement

La mission rappelle que les mesures proposées dans le rapport sont susceptibles d'être mises en œuvre de manière alternative ou cumulative, de manière simultanée ou successivement dans le temps. C'est le sens de la forme des propositions avancées, qui sont soit « basiques », soit « intermédiaires », soit « cibles ».

La mission souligne cependant plusieurs dimensions clés :

- Toutes les mesures agissant sur le reste à charge sont indissociables des mesures d'encadrement et de pilotage des tarifs
- La transformation de la réduction d'impôts en crédit d'impôt pérenne, tout comme le recours pérenne à des aides au logement renforcées, sont incompatibles ou difficilement compatibles avec la mise en place de la prestation unique, soit dans sa version socle, soit dans le cadre de la nouvelle AUSAE qui mobiliserait l'ensemble des efforts existants.
- La mise en place d'une assurance privée obligatoire, approche non retenue par la mission, est par nature contradictoire avec les autres mesures de financement évoquées, et avec la transformation du système proposé pour baisser le reste à charge.
- De nombreuses options de financement permettraient d'obtenir le rendement escompté au regard des besoins de financement (« Au regard des évolutions à mener, les moyens doivent être libérés à due proportion ; le rapport rappelle l'étendue des possibles et avance de nouvelles mesures justifiées et originales »).

Rappelant que la mission a été confiée à une parlementaire de l'opposition, le rapport conclue en indiquant qu'il est possible, sur ces sujets, « de dépasser un certain nombre de clivages ou d'oppositions réelles ou supposées », pour servir l'objectif de répondre aux besoins les plus élémentaires et nécessaires des personnes âgées dépendantes.