

N° 428

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

Enregistré à la Présidence du Sénat le 3 avril 2019

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (1) de la commission des affaires sociales (2) sur le **financement de la dépendance**,*

Par M. Bernard BONNE et Mme Michelle MEUNIER,

Sénateurs

(1) *Cette mission d'évaluation est composée de : M. Jean-Noël Cardoux, président ; Mme Michelle Meunier, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, vice-présidents ; M. Michel Amiel, Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Daniel Chasseing, Mme Véronique Guillotin, secrétaires ; MM. Bernard Bonne, Yves Daudigny, Gérard Dériot, Mmes Catherine Deroche, Élisabeth Doineau, Corinne Féret, Pascale Gruny, MM. Alain Milon, René-Paul Savary.*

(2) *Cette commission est composée de : M. Alain Milon, président ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général ; MM. René-Paul Savary, Gérard Dériot, Mme Colette Giudicelli, M. Yves Daudigny, Mmes Michelle Meunier, Élisabeth Doineau, MM. Michel Amiel, Guillaume Arnell, Mme Laurence Cohen, M. Daniel Chasseing, vice-présidents ; M. Michel Forissier, Mmes Pascale Gruny, Corinne Imbert, Corinne Féret, M. Olivier Henno, secrétaires ; Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Stéphane Artano, Mmes Martine Berthet, Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Jean-Noël Cardoux, Mmes Annie Delmont-Koropoulis, Catherine Deroche, Chantal Deseyne, Nassimah Dindar, Catherine Fournier, Frédérique Gerbaud, M. Bruno Gilles, Mmes Michelle Gréaume, Nadine Grelet-Certenais, Jocelyne Guidez, Véronique Guillotin, Victoire Jasmin, M. Bernard Jomier, Mme Florence Lassarade, M. Martin Lévrier, Monique Lubin, Viviane Malet, Brigitte Micouleau, Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Mmes Frédérique Puissat, Marie-Pierre Richer, Laurence Rossignol, Patricia Schillinger, M. Jean Sol, Dominique Théophile, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Sabine Van Heghe.*

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LES PRINCIPALES OBSERVATIONS DES RAPPORTEURS.....	5
LISTE DES VINGT PROPOSITIONS.....	7
AVANT-PROPOS	11
EXPOSÉ GÉNÉRAL	13
I. UN PROBLÈME PRÉOCCUPANT : LE RESTE À CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES DE PERTE D'AUTONOMIE	13
A. UN RESTE À CHARGE MENSUEL POUVANT ALLER JUSQU'À PLUSIEURS MILLIERS D'EUROS, MAIS DONT LA MOYENNE S'ÉTABLIT À 490 EUROS PAR PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE.....	13
1. <i>Une dépense publique de 23 milliards d'euros</i>	<i>13</i>
2. <i>Un « reste à charge » global de 7 milliards d'euros</i>	<i>15</i>
3. <i>Les composantes du reste à charge.....</i>	<i>16</i>
B. ... QUI CACHE DES DISPARITÉS IMPORTANTES ET PEU JUSTIFIABLES ENTRE ÉTABLISSEMENT ET DOMICILE.....	18
1. <i>Différents modes de calcul des allocations qui incitent à l'admission en établissement</i>	<i>18</i>
2. <i>Un reste à charge pourtant globalement concentré sur les résidents d'Ehpad</i>	<i>24</i>
3. <i>Une donnée encore mal maîtrisée et problématique : la part dans le reste à charge des activités auxiliaires de l'Ehpad.....</i>	<i>26</i>
C. ... AINSI QU'UNE HÉTÉROGÉNÉITÉ TERRITORIALE DONT LES CAUSES RÉELLES DOIVENT ÊTRE DISCUTÉES	28
1. <i>Les variations départementales de l'attribution de l'APA à domicile et en établissement</i>	<i>28</i>
2. <i>L'attribution des prestations d'aide sociale : une solidarité peu territorialisée</i>	<i>32</i>
3. <i>La compétence départementale en question</i>	<i>32</i>
II. SOLVABILISER LA PERTE D'AUTONOMIE PAR LA SOLIDARITÉ NATIONALE : UN IMPÉRATIF RÉPUBLICAIN À MAINTENIR MAIS À PARFAIRE	34
A. LES DÉPENSES PUBLIQUES DE LA PERTE D'AUTONOMIE PROCÈDENT DE PLUSIEURS LOGIQUES, QUI INTÈGRENT TOUTES UNE DIMENSION SOLIDAIRE	34
1. <i>Le financement des prestations de soins : un financement solidarisé par le versement de dotations globales</i>	<i>34</i>
2. <i>Le financement par compensation de la perte d'autonomie : renforcer la solidarité horizontale</i>	<i>36</i>
3. <i>Le financement de l'hébergement par l'aide sociale : une solidarité verticale et subsidiaire</i>	<i>37</i>
B. UN FINANCEMENT DE LA DÉPENDANCE CONTRAINT PAR LES LIMITES DE LA PRESSION FISCALE.....	39
1. <i>L'ambition première d'un financement de la dépendance fiscalement neutre : la journée de solidarité.....</i>	<i>39</i>
2. <i>La fiscalisation du financement de la dépendance : une opacité croissante et un défaut de pédagogie.....</i>	<i>43</i>
3. <i>Les limites à venir du prélèvement fiscal</i>	<i>46</i>

C. LE FINANCEMENT PUBLIC DE LA DÉPENDANCE DOIT PRIVILÉGIER LA RATIONALISATION À L'ACCROISSEMENT DES DÉPENSES	51
1. <i>Un champ de l'intervention publique trop négligé : la prévention de la perte d'autonomie</i>	51
2. <i>D'importants gisements d'économies d'échelle en Ehpad</i>	57
3. <i>Rendre une partie de l'APA attribuable en espèces</i>	60
III. LA NÉCESSITÉ DE FAIRE ÉMERGER D'AUTRES LOGIQUES DE CONTRIBUTION POUR LA COUVERTURE DE LA PERTE D'AUTONOMIE.....	61
A. LE TARIF HÉBERGEMENT : ASSUMER UNE LOGIQUE REDISTRIBUTIVE	61
1. <i>Les limites du système actuel de l'habilitation à l'aide sociale</i>	61
2. <i>Vers un « surloyer » solidaire : l'opportunité d'introduire une redistribution horizontale entre résidents d'Ehpad</i>	64
3. <i>Redéfinir le périmètre du tarif hébergement des établissements partiellement ou totalement habilités</i>	68
B. ASSURER LE RISQUE DÉPENDANCE : LA NÉCESSITÉ D'UNE RÉFLEXION GLOBALE.....	70
1. <i>Les limites de la couverture dépendance assurantielle actuelle</i>	70
2. <i>La nécessité d'une assurance dépendance obligatoire</i>	74
3. <i>Un financement mixte est nécessaire pour assurer une couverture intégrale du risque dépendance</i>	79
C. AU-DELÀ DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE, LA SOLLICITATION ACCRUE DES PATRIMOINES PRIVÉS	82
1. <i>Le problème du « patrimoine dormant »</i>	83
2. <i>L'insuffisante sollicitation des instruments existants de liquidation du patrimoine</i>	85
3. <i>Approfondir les mécanismes incitatifs</i>	88
EXAMEN EN COMMISSION.....	93
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LES RAPPORTEURS.....	111
DÉPLACEMENTS À BERLIN ET À LONDRES	115

LES PRINCIPALES OBSERVATIONS DES RAPPORTEURS

Réunie le 3 avril 2019 sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission des affaires sociales examine le rapport d'information, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, par M. Bernard Bonne et Mme Michelle Meunier sur la prise en charge financière de la dépendance des personnes âgées.

Ce rapport s'inscrit en complémentarité des travaux récemment lancés par le Gouvernement, qui a chargé M. Dominique Libault de conduire une vaste concertation des acteurs du monde de la dépendance, afin de fournir les pistes d'une réforme d'ensemble. La mission a délibérément choisi de retenir l'enjeu plus spécifiquement financier de ce sujet, en axant l'essentiel de ses propositions sur la diminution du reste à charge des personnes âgées dépendantes.

Elle livre trois grandes séries de conclusions. En premier lieu, elle s'attache à une définition précise de la notion de « reste à charge », dont la littérature ne donne jusqu'à présent qu'une vision parcellaire. En isolant soigneusement une composante « dépendance » et une composante « hébergement », la mission définit deux natures distinctes de prise en charge, qui appellent des pouvoirs publics des réponses différentes.

En second lieu, elle réaffirme l'impératif de solidarité nationale vis-à-vis des personnes âgées dépendantes. Leurs besoins croissants consécutifs à la perte d'autonomie doivent être prioritairement couverts par des contributions solidaires. Pour autant, elle s'inquiète de la capacité de nos finances publiques, encore très contraintes, à absorber cette dépense à venir et suggère à cet égard plusieurs pistes de rationalisation. Elle ne manque pas de rappeler qu'à cet égard le rôle fondamental de l'acteur public de proximité (le conseil départemental) doit être renforcé.

Enfin, la mission a choisi de tracer les contours d'un nouveau modèle de financement de la dépendance, plus robuste et plus apte à couvrir les besoins. À l'issue de deux déplacements à l'étranger, il lui a semblé qu'un système d'assurance obligatoire présentait les meilleures garanties de soutenabilité. Elle explore par ailleurs les diverses voies par lesquelles les particuliers pourraient valoriser davantage leur patrimoine.

La commission des affaires sociales du Sénat a autorisé la publication du rapport.

LISTE DES VINGT PROPOSITIONS

- Proposition n° 1 Prendre une mesure réglementaire qui identifie le seuil de participation du bénéficiaire du plan d'aide APA à domicile au moins au niveau de l'Aspa.
- Proposition n° 2 Revoir en profondeur le calcul du tarif dépendance en Ehpad en :
- élevant le seuil de mobilisation des ressources personnelles du résident au niveau de l'Aspa ;
- mettant un terme à la « forfaitisation » du tarif dépendance, qui désincite financièrement au maintien à domicile à partir d'un certain niveau de dépendance.
- Proposition n° 3 Supprimer à l'article L. 231-1 du CASF la possibilité qu'a le conseil départemental de demander une participation financière au bénéficiaire de l'aide sociale à domicile.
- Proposition n° 4 Diligenter une étude nationale portant exclusivement sur la répartition des coûts d'un Ehpad entre activités principales d'hébergement et activités auxiliaires.
- Proposition n° 5 Dans le déploiement de la réforme à venir de la prise en charge de la dépendance, conserver au conseil départemental les attributions que suppose sa compétence de droit commun en matière sociale.
- Proposition n° 6 - Permettre au président du conseil départemental de constater, de moduler et de notifier l'obligation alimentaire des débiteurs afin de réduire les délais de définition de l'aide sociale à l'hébergement ;
- retirer les descendants des enfants du champ de l'obligation alimentaire ;
- Relever le seuil au-delà duquel il est procédé au recouvrement sur succession de l'ASH.

- Proposition n° 7 Réformer la politique publique de la prévention de la perte d'autonomie :
- à *court terme*, ajouter une disposition législative à l'article L. 233-1 du CASF qui intègre au « programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention » les dépenses déjà engagées par les Carsat et l'Anah ;
 - à *long terme*, envisager l'attribution exclusive de la compétence financière en matière de prévention à la conférence des financeurs.
- Proposition n° 8 Expérimenter dans plusieurs territoires volontaires l'attribution exclusive de la compétence tarifaire des Ehpad et des Spasad soit à l'ARS, soit au conseil départemental.
- Proposition n° 9 Au vu des faibles économies d'échelle engendrées par l'internationalisation du soin en établissement, questionner l'opportunité d'une augmentation systématique du forfait global de soins des Ehpad.
- Proposition n° 10 Permettre l'attribution d'une partie de l'APA en espèces.
- Proposition n° 11 Réaffirmer le principe d'attribution du tarif hébergement aux seuls bénéficiaires de l'aide sociale en :
- intégrant à la rédaction de l'article L. 342-1 les établissements partiellement habilités et accueillant des bénéficiaires de l'aide sociale à titre principal ;
 - clarifiant la mention faite des établissements partiellement habilités et accueillant des bénéficiaires de l'aide sociale à titre secondaire ;
 - ajoutant l'application de tarifs inadéquats à la liste des faits punissables d'amende pour les établissements.
- Proposition n° 12 Renforcer la législation et la réglementation applicables au conventionnement à l'aide sociale.

- Proposition n° 13 S'appuyer sur l'article 147 (alinéa 1^{er} uniquement) de la loi du 29 juillet 1998 pour mettre en œuvre la modulation du tarif hébergement en fonction des ressources dans les Ehpad publics et privés à but non lucratif, en prévoyant un contrôle du tarificateur.
- Proposition n° 14 Mettre en œuvre, au sein des établissements détenant une habilitation partielle à l'aide sociale, un mécanisme de surloyer solidaire à destination des résidents disposant des ressources les plus élevées, calculé sur la base d'un budget hébergement prévisionnel établi *ex ante*.
- Proposition n° 15 Ouvrir une réflexion sur l'externalisation du financement immobilier des Ehpad totalement ou partiellement habilités à l'aide sociale au profit d'établissements publics fonciers.
- Proposition n° 16 Relancer la réflexion pour la mise en œuvre d'une assurance dépendance obligatoire qui réunirait les caractères suivants :
- un système par répartition ;
 - une régulation importante par la généralisation de la grille AGGIR auprès des assureurs et l'homogénéisation de l'évaluation des besoins et des diagnostics ;
 - l'application de règles prudentielles strictes dans la constitution des provisions techniques ;
 - une entrée relativement précoce dans le système ;
- une cotisation proportionnelle aux revenus de toute nature de l'assuré.
- Proposition n° 17 Construire un système de financement de la dépendance mixte fondé sur l'intervention principale de la ressource assurantielle et l'intervention subsidiaire de la ressource solidaire, en sachant que :
- la montée en charge du modèle supposera le maintien dans un premier temps d'un financement d'abord supporté par l'APA puis par la cotisation dépendance ;
 - la couverture de la dépendance en établissement devra passer par une fongibilité des droits individuels cotisés des résidents.

- Proposition n° 18 Élever le seuil de référence du taux de l'usure pour le seul cas du prêt viager hypothécaire afin de permettre un développement de l'offre par les établissements de crédit.
- Proposition n° 19 Dans l'hypothèse où le viager mutualisé serait retenu comme élément de couverture personnelle contre la dépendance, lui apporter les correctifs suivants :
- réviser sa table actuarielle afin d'éviter les décotes excessives liées au droit de jouissance du résident ;
 - réfléchir à un moyen juridique de provisionner d'office une partie du capital immédiat pour les dépenses relatives à la dépendance ;
 - associer des acteurs publics aux fonds dédiés afin de ne pas limiter la demande aux seuls patrimoines facilement valorisables.
- Proposition n° 20 Réfléchir à la possibilité de maintenir l'exonération de taxe d'habitation et taxe foncière sur la résidence principale d'un résident d'Ehpad en cas de location, quitte à compenser cet avantage par une éligibilité réduite à l'ASH.

Mesdames, Messieurs,

Suite aux importantes mobilisations du personnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) de janvier 2018, la commission des affaires sociales du Sénat s'est pleinement emparée de la question de la prise en charge de la dépendance et s'est positionnée comme une force de propositions incontournable pour la réforme de ce secteur.

Après un premier rapport consacré à la refonte nécessaire du modèle tarifaire et organisationnel de l'Ehpad¹, la réflexion qu'elle vous présente aujourd'hui porte plus spécifiquement sur le **reste à charge des personnes âgées dépendantes** et sur les pistes à mobiliser pour parvenir à sa diminution.

Ce travail se veut complémentaire du chantier engagé par le Gouvernement, qui a confié à M. Dominique Libault la conduite d'une vaste concertation de l'ensemble des acteurs du secteur en vue d'un prochain texte législatif. En effet, l'importance de l'enjeu financier, dans un contexte marqué par la dégradation de nos comptes publics et l'aggravation brutale de notre climat social, rendait indispensable la production d'une **contribution parlementaire indépendante** et portée par une rapporteure et un rapporteur de sensibilité politique différente.

Avant toute préconisation, il a paru nécessaire de déterminer nettement les contours et les composantes de cette notion souvent évoquée de « reste à charge ». Les charges relatives à la dépendance et à l'hébergement des personnes en établissement doivent être en effet soigneusement distinguées et les réponses que les pouvoirs publics doivent apporter ne peuvent être de même nature selon le besoin. S'il faut maintenir, dans l'esprit qui animait les fondateurs de notre système de sécurité sociale, un haut degré de couverture des besoins consécutifs à la perte d'autonomie sans distinction de revenu, certaines prestations, notamment d'hébergement, restent toutefois indissociables de la solidarité nationale et de la logique de redistribution.

¹ Ehpad : quels remèdes ?, rapport d'information n° 341 (2017-2018) de M. Bernard BONNE, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 7 mars 2018.

L'état de nos finances publiques interdit l'augmentation substantielle de la dépense publique que la situation appellerait pourtant. Outre l'impératif de rationalisation de la dépense déjà engagé par le secteur, vos rapporteurs ont estimé qu'il n'était plus possible de reporter davantage la **réforme financière de la prise en charge de la dépendance**, dont les premiers jalons avaient été posés en 2007-2008, au moment de la discussion sur l'instauration d'un éventuel « cinquième risque ». Inspirés par les expériences étrangères, ils proposeront donc d'adopter un **système d'assurance dépendance obligatoire**, dont le présent rapport détaillera les modalités.

Vos rapporteurs se montreront également particulièrement attentifs à ce que la réforme du secteur ne se fasse pas au détriment de la **proximité de la prise en charge**. Les circuits décisionnels et tarifaires doivent être indéniablement simplifiés, mais le rôle fondamental du conseil départemental, collectivité publique chef de file en matière sociale et médico-sociale, devra être renforcé.

Enfin, la croissance anticipée des besoins en matière de dépendance contraint à imaginer de nouvelles logiques contributives, moins immédiatement liées à la solidarité nationale. Sans trahir la nécessité de maintenir un haut degré de solidarité dans l'accompagnement de nos aînés dépendants, vos rapporteurs tenteront de présenter un ensemble de solutions « alternatives » supplétives, susceptibles d'utilement diminuer leur reste à charge.

I. UN PROBLÈME PRÉOCCUPANT : LE RESTE À CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES DE PERTE D'AUTONOMIE

A. UN RESTE À CHARGE MENSUEL POUVANT ALLER JUSQU'À PLUSIEURS MILLIERS D'EUROS, MAIS DONT LA MOYENNE S'ÉTABLIT À 490 EUROS PAR PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE...

1. Une dépense publique de 23 milliards d'euros

La politique publique de la dépendance fait intervenir autour de la personne âgée plusieurs intervenants publics dont les financements et les actions répondent à des logiques distinctes. Ces financeurs publics sont au nombre de quatre :

- en premier lieu, l'**assurance maladie**. Compte tenu de la prévalence renforcée de pathologies et de poly-pathologies chez les personnes âgées, la prise en charge de la dépendance se traduit d'abord, en masse financière, par une couverture des dépenses de soins. Cette dernière peut prendre alternativement la forme de remboursement d'actes établis par feuilles de soins, ou de forfaits globaux versés à des établissements ou à des services spécialisés. Pour cette seule forme, la dépense s'élève à peu près à **13 milliards d'euros**¹ en 2018 ;

- les **conseils départementaux** interviennent en seconde ligne, pour un total de **6 milliards d'euros**. Titulaire d'une compétence financière de droit commun en matière de politique sociale, le conseil départemental s'est progressivement défini comme l'interlocuteur privilégié de la personne âgée en perte d'autonomie. Le service et les prestations qu'il lui fournit ne comportent néanmoins pas de dimension médicale et se distinguent donc foncièrement de ceux apportés par l'assurance maladie. Il intervient à un **double titre** : en tant qu'acteur public chargé de l'**accompagnement des personnes en perte d'autonomie** et en tant que collectivité responsable de la **mise en œuvre des politiques de solidarité**. Il n'est en effet pas rare qu'une personne âgée, selon sa situation financière, relève simultanément de ces deux fonctions. Le conseil départemental sert concurremment :

o une prestation sociale attribuée aux personnes âgées dépendantes, l'**allocation personnalisée à l'autonomie** (APA), qui prend exclusivement la forme d'une prestation en nature (intervention d'aides humaines ou attribution d'aides techniques) ;

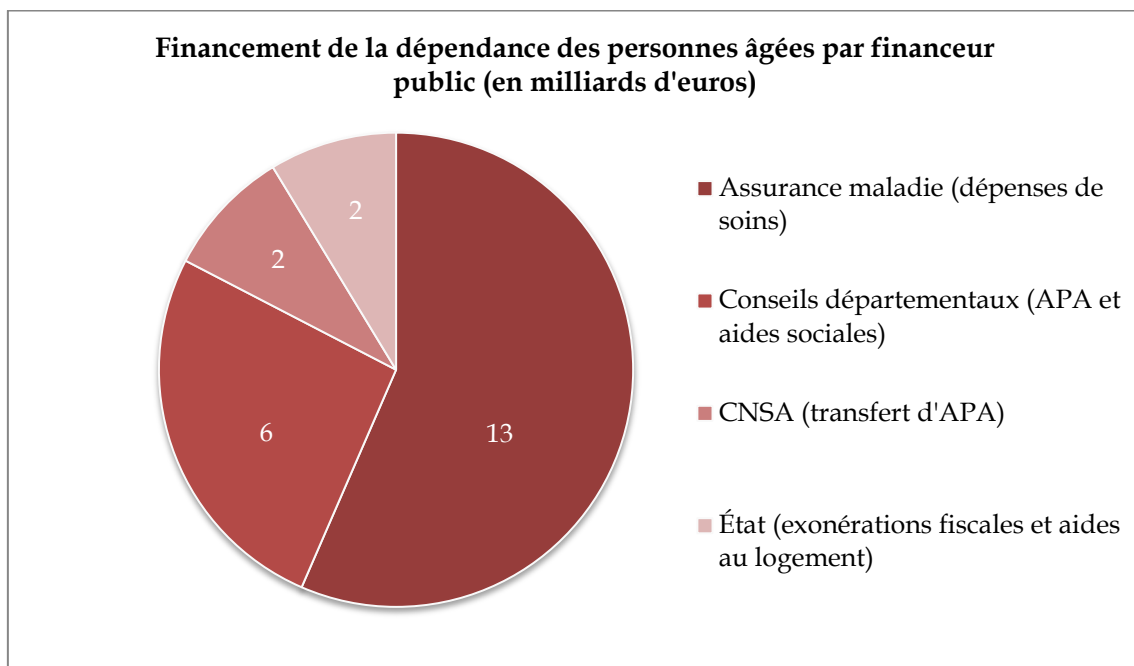
¹ Sur ces 13 milliards d'euros, 11 milliards sont effectivement financés par des cotisations d'assurance maladie et 2 milliards proviennent de la contribution de solidarité à l'autonomie (CSA) dont il sera question plus loin.

○ une **aide spécifique aux personnes âgées présentant des difficultés financières**. Cette aide peut prendre la forme d'une aide-ménagère à domicile ou d'un soutien financier à l'hébergement en établissement ;

- la **caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**, établissement public créé en 2005 et chargé du pilotage et de la gestion des politiques de l'autonomie au niveau national, assure une partie du financement de l'APA sous la forme d'un transfert aux conseils départementaux. Ce transfert représente environ **2 milliards d'euros** ;

- enfin, l'**État** participe indirectement au financement des politiques publiques de dépendance, notamment par le biais d'exonérations fiscales¹ ou d'aides au logement. Cette dépense s'élève à environ **2 milliards d'euros**.

Le total de ces dépenses porte la dépense publique relative à la dépendance à environ **23 milliards d'euros en 2018**.



Source : direction générale du Trésor

¹ Aux termes de l'article 199 quindecies du code général des impôts (CGI), les contribuables accueillis en Ehpad bénéficiaires de l'APA « bénéficient d'une réduction d'impôt égale à 25 % du montant des dépenses qu'ils supportent effectivement tant au titre de la dépendance que de l'hébergement [qui] ne peut pas excéder 10 000 euros par personne hébergée ». Par ailleurs, les articles 1391 B bis et 1414 B du CGI prévoient une exonération de taxe d'habitation et de taxe foncière sur l'ancien domicile détenu par les résidents en établissement d'accueil.

Une première remarque peut être formulée à ce stade : la dépense publique en matière de dépendance des personnes âgées est une **dépense très fortement médicalisée**. De façon générale, il s'agit d'un reproche couramment fait à la politique publique de la dépendance, que vos rapporteurs reprennent d'ailleurs à leur compte, de s'être **insuffisamment émancipée d'une épure strictement sanitaire**.

2. Un « reste à charge » global de 7 milliards d'euros

L'accompagnement de la perte d'autonomie prend deux grandes formes distinctes : l'accompagnement de la personne âgée à domicile ou l'accueil dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Au sein d'une population d'environ **1,2 million** de personnes, on estime que **l'accompagnement à domicile concerne 640 000 d'entre elles** (soit 53 %) et que **560 000** (soit 47 %) **sont résidentes d'un établissement**.

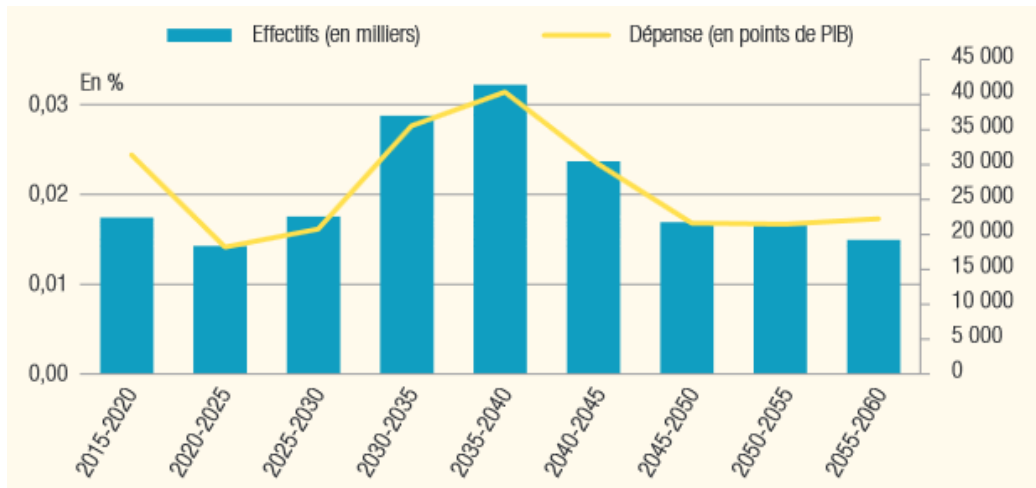
Selon une étude¹ récemment publiée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), le besoin de financement global lié à la dépendance s'élèverait à environ **30 milliards d'euros, soit 1,4 % du PIB**. Cette même étude anticipe un doublement de ce besoin d'ici 2060, qui passerait alors à 2,78 % du PIB, soit près de **50 milliards d'euros**. Ces prévisions se fondent en partie sur l'anticipation des effectifs concernés qui devraient passer d'environ **1,2 million en 2017 à 1,9 million en 2060**, voire 2,35 millions dans certains scénarios.

Ces chiffres, qui préfigurent une augmentation sensible de la dépense relative à la dépendance, doivent être nuancés. Un récent rapport² de nos collègues Julien Bargeton, Fabienne Keller et Nadia Sollogoub indiquait que les projections économiques dont on dispose montrent que l'impact du vieillissement sur les transferts intergénérationnels semble en voie d'être maîtrisé dans les décennies à venir. Ces projections conduisent à dédramatiser la question du financement de la dépendance : l'effort à réaliser est important, mais **la France ne se trouve pas devant un « mur » de dépenses qui obligerait à réviser de manière drastique les conditions de son financement**. La Drees confirme ce constat, en évaluant une baisse substantielle du rythme de croissance de la dépense publique relative à la dépendance à partir de 2040.

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

² Rapport d'information n° 38 (2018-2019) de M. Julien BARGETON, Mmes Fabienne KELLER et Nadia SOLLOGOUB, fait au nom de la Délégation sénatoriale à la prospective, déposé le 11 octobre 2018.

Croissance annuelle moyenne de la dépense publique en faveur des personnes dépendantes et des effectifs concernés



Source : Drees

Note de lecture : entre 2035 et 2040, les personnes âgées dépendantes représenteront plus de 40 millions de personnes (soit environ 8 millions de personnes par année) et environ 0,03 % de PIB en dépenses publiques

Malgré ces perspectives de long terme, il n'en demeure pas moins que la différence actuelle des besoins exprimés et des dépenses publiques engagées indique un montant annuel d'environ **7 milliards d'euros restant à la charge des personnes âgées dépendantes**. Rapporté à leur nombre approximatif (1,2 million), ce « reste à charge » **moyen** s'élève à 5 830 euros annuels, soit environ **490 euros mensuels**.

Il est important de noter que le reste à charge obtenu désigne le montant restant **après le versement de l'ensemble des allocations publiques**, comprenant les prestations de compensation **et les aides sociales**. Par ailleurs, vos rapporteurs se pencheront plus loin sur la distinction nécessaire qu'il convient de faire entre reste à charge à domicile et reste à charge en établissement.

3. Les composantes du reste à charge

L'appréhension générale du reste à charge des personnes âgées dépendantes se doit de **très soigneusement distinguer ses composantes, dont les montants relèvent de logiques très différentes**.

Il est également fortement variable selon le type d'accompagnement dont bénéficie la personne : **à domicile ou en établissement**.

• **Le reste à charge sur les dépenses de soins est *a priori* limité** : pour une personne prise en charge à domicile ou en établissement, les dépenses de soins sont d'abord couvertes par le forfait global de soins attribué au service d'accompagnement ou à l'établissement et, en cas de dépassement, peuvent faire l'objet d'une couverture par les régimes individuels d'assurance-maladie des résidents, qui peuvent assurer des couvertures-soins plus ou moins étendues. La Drees évaluait ce « reste à charge médical » en 2014 à environ 100 millions d'euros.

• **Le reste à charge relatif à la perte d'autonomie** se traduit par une **participation financière du bénéficiaire au montant d'APA** auquel son degré de dépendance lui donne droit :

- dans le cas d'un accompagnement à domicile, ce montant d'APA est appelé « plan d'aide » et la participation prend la forme d'une contribution proportionnelle ;

- dans le cas d'un accueil en établissement, le montant d'APA est collectivement attribué à l'établissement sous la forme d'un forfait global. La participation du bénéficiaire prend alors la forme de ce qu'il est courant d'appeler improprement le « ticket modérateur » de l'APA¹. Ce ticket modérateur correspond au montant d'un tarif dépendance variable selon le GIR, facturé par l'établissement et dont les modalités de calcul seront détaillées ci-après.

Le reste à charge relatif à la perte d'autonomie est évalué par la Drees à presque **3 milliards d'euros**.

• **La dernière composante du reste à charge rassemble l'ensemble des dépenses, qui ne sont ni de soins ni de dépendance, laissées à la charge de toute personne âgée dépendante dont les ressources sont supérieures au montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) :**

- pour les personnes âgées vivant à domicile, l'attribution d'une aide-ménagère sous condition de ressources peut donner lieu à une participation financière du bénéficiaire si le conseil départemental en décide ainsi ;

- mais c'est surtout pour les personnes résidentes d'Ehpad que cette dernière composante est importante : elle englobe toutes les **charges liées à leur hébergement** en établissement qui ne relèvent ni du soin ni de la perte d'autonomie (hôtellerie, restauration, blanchisserie...) et qui leur sont facturées par le gestionnaire. Ces charges peuvent être intégralement ou partiellement prises en charge par le conseil départemental *via* le versement de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), attribuée si les ressources sont inférieures à l'Aspa. Pour les autres bénéficiaires, le tarif hébergement doit être acquitté sur leurs ressources personnelles.

¹ L'expression « ticket modérateur » devant être réservée au reste à charge acquitté par l'assuré social, quelle que soit la prestation servie et indépendamment de ses conditions de ressources.

La Drees estime que la très grande majorité de ce dernier reste à charge est assumée par les résidents d'Ehpad, pour un montant d'environ **4 milliards d'euros**.

Composantes du reste à charge

	À domicile	En établissement	Total (en milliards d'euros)	Total moyen mensuel (en euros)
Reste à charge soins	Ticket modérateur sur les soins	Ticket modérateur sur les soins, lorsque ceux-ci sont prodigués à l'extérieur	0,1	7
Reste à charge dépendance	Participation financière au plan d'aide APA	Tarif dépendance	3	208
Reste à charge autre	Participation financière à l'attribution d'une aide-ménagère	Tarif hébergement après versement de l'aide sociale à l'hébergement	4	278
Reste à charge total			7	493

Source : commission des affaires sociales

B. ... QUI CACHE DES DISPARITÉS IMPORTANTES ET PEU JUSTIFIABLES ENTRE ÉTABLISSEMENT ET DOMICILE...

1. Différents modes de calcul des allocations qui incitent à l'admission en établissement

Selon que la personne âgée dépendante est accompagnée à domicile ou en établissement, des disparités importantes dans l'évaluation de son reste à charge peuvent être observées, autant dans l'attribution de l'APA que dans le versement des prestations d'aide sociale.

- **Des disparités peu justifiables entre APA à domicile et APA en établissement**

Le plan d'aide auquel le bénéficiaire de l'APA à domicile est éligible est élaboré en fonction du GIR par le conseil départemental dans les limites de tarifs nationaux définis par décret. Le bénéficiaire doit acquitter une participation financière **proportionnelle** au plan d'aide dont il bénéficie, définie en fonction de ses ressources.

Bien que vos rapporteurs n'en contestent pas le bien-fondé, il leur paraît important de signaler que le **seuil mensuel à partir duquel les ressources de la personne sont sollicitées (810,96 euros) est actuellement inférieur au niveau de l'Aspa**, qui a fait l'objet d'une revalorisation importante depuis le décret du 30 mars 2018¹ : il se situe depuis le 1^{er} janvier 2019 à 868,20 euros et doit passer au 1^{er} janvier 2020 à 903,20 euros.

Participation de la personne âgée à son plan d'aide APA à domicile

Ressources mensuelles	Montant de la participation
Inférieures ou égales à 810,96 euros	Aucun
Supérieures à 810,96 euros et inférieures ou égales à 2 986,58 euros	Il varie progressivement de 0 % à 90 % du montant du plan d'aide
Supérieures à 2 986,58 euros	Égal à 90 % du montant du plan d'aide

Il semblerait cohérent que le seuil de déclenchement de la participation financière de la personne âgée à son plan d'aide APA soit automatiquement défini au moins au niveau de l'Aspa, afin que la revalorisation isolée de cette dernière ne produise pas l'effet paradoxal d'une « récupération » par le conseil départemental d'une part de l'aide sociale versée *via* la participation financière au plan d'aide APA. Un décret pourrait être pris en ce sens.

Proposition n° 1 : prendre une mesure réglementaire qui identifie le seuil de participation du bénéficiaire du plan d'aide APA à domicile au moins au niveau de l'Aspa.

Les modalités de calcul de l'APA en établissement diffèrent profondément de celle de l'APA à domicile à deux égards :

- d'une part, l'APA en établissement ne finance pas, contrairement à l'APA à domicile, une prestation individuelle, mais une **prestation assurée au résident dans un cadre collectif**. Le professionnel n'est pas directement employé ou mandaté par le résident mais par l'établissement ;

¹ Décret n° 2018-227 du 30 mars 2018 portant revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

- d'autre part, l'APA en établissement n'est pas versée au bénéficiaire mais directement à l'établissement **sous la forme d'un forfait global**¹. La participation financière du résident se matérialise alors par l'inscription sur sa facture mensuelle d'un « tarif dépendance », dont l'évaluation figure au tableau ci-après.

Tarif dépendance de la personne âgée accueillie en établissement

Ressources mensuelles	Montant du tarif dépendance
Inférieures ou égales à 2 472,04 euros	Tarif dépendance de l'établissement applicable aux GIR 5 et 6
Supérieures à 2 472,04 euros et inférieures ou égales à 3 803,14 euros	Montant du tarif applicable aux GIR 5 et 6, auquel est ajouté un montant qui varie de 0 % à 80 % de la différence entre le tarif dépendance de l'établissement correspondant au GIR de la personne et le tarif dépendance de l'établissement applicable aux GIR 5 et 6
Supérieures à 3 803,14 euros	Montant du tarif applicable aux GIR 5 et 6, auquel est ajouté un montant fixé à 80 % de la différence entre le tarif dépendance de l'établissement correspondant au GIR de la personne et le tarif dépendance de l'établissement applicable aux GIR 5 et 6

On constate en premier lieu que le seuil de déclenchement de la participation financière du résident à son forfait dépendance est substantiellement plus élevé que dans le cas d'une APA versée à domicile. Par ailleurs, le tarif dépendance incompressible à acquitter sous ce seuil est, selon le département, d'un montant relativement modeste : généralement situé à un niveau compris entre 4 et 6 euros par jour, **le tarif dépendance applicable aux GIR 5 et 6 excède rarement 180 euros par mois**. Il n'empêche que l'acquittement de cette somme ne représente absolument pas en proportion le même effort pour l'ensemble des résidents percevant moins de 2 472,04 euros par mois.

En second lieu, le tarif dépendance pour un résident d'Ehpad prend la forme d'un **forfait individuel**, défini en fonction de ses ressources et de son degré de dépendance, alors que la participation financière au plan d'aide d'une personne âgée accueillie à domicile est, toujours selon ses ressources et son degré de dépendance, **proportionnelle** à ce plan d'aide. La différence est importante, comme l'illustre l'exemple suivant.

¹ Certains établissements d'accueil du secteur privé commercial se voient encore appliquer des forfaits individuels par résident au titre de l'APA.

APA à domicile et APA en établissement en Loir-et-Cher

Prenons le cas d'une personne âgée dépendante résidente du département du Loir-et-Cher dont les ressources mensuelles sont de **3 900 euros**¹. D'après les modes de détermination de sa participation financière au titre de l'APA, on constate d'importantes différences illustrées par le tableau ci-après.

« Reste à charge dépendance » en Loir-et-Cher selon le type d'accompagnement

	À domicile (D)		En établissement (E)		Différence de participation (D/E)
	Montant du plan d'aide accordé par le CD 41	Participation mensuelle de la personne	Montant du tarif dépendance journalier défini par le CD 41	Montant du tarif dépendance mensuel acquitté par le résident	
GIR 1	845	760,5	17,25	441,84	318,66
GIR 2	561	504,9	17,25	441,84	63,06
GIR 3	410	369	10,95	290,64	78,36
GIR 4	210	189	10,95	290,64	- 101,64
GIR 5	0	0	4,64	139,2	- 139,2
GIR 6	0	0	4,64	139,2	- 139,2

Source : conseil départemental

Les conséquences de la forfaitisation du tarif dépendance en établissement apparaissent clairement : on constate d'après cet exemple que, **à partir d'un certain revenu, l'accompagnement à domicile engendre un reste à charge dépendance beaucoup plus important qu'en établissement** lorsque le degré de dépendance augmente ; *a contrario*, un degré de dépendance moins important abaisse le reste à charge à domicile par rapport à l'accueil en établissement.

¹ Ce chiffre a été retenu pour la commodité de la démonstration et non en vertu de sa qualité représentative. La conclusion qui suit serait sensiblement la même pour d'autres niveaux de ressources.

Vos rapporteurs tiennent à souligner deux conséquences regrettables de ces constats :

- le niveau de la participation financière d'une personne dépendante à domicile, qui connaît une augmentation substantielle à raison de son degré de dépendance, peut contraindre la personne à **renoncer à une partie de son plan d'aide (compromettant ainsi totalement la possibilité de prévenir sa perte d'autonomie)** et déterminer son montant en fonction de la participation dont elle peut s'acquitter ;

- **les conditions de calcul du reste à charge dépendance, à degré de dépendance égal, sont plus favorables à la personne dans le cas d'une admission en établissement.**

Il est à cet égard urgent de réviser les modalités de détermination du tarif dépendance en Ehpad. Une solution envisageable pourrait être de confier au gestionnaire d'établissement le soin de définir, **dans les limites du forfait global dépendance** qu'il reçoit du conseil départemental, des plans d'aide APA individuels conçus sur le modèle du plan d'aide à domicile avec des règles de participation personnelle analogues.

Proposition n° 2 : revoir en profondeur le calcul du tarif dépendance en Ehpad en :

- élevant le seuil de mobilisation des ressources personnelles du résident au niveau de l'Aspa ;

- mettant un terme à la « forfaitisation » du tarif dépendance, qui désincite financièrement au maintien à domicile à partir d'un certain niveau de dépendance.

• **Des prestations d'aide sociale différemment versées selon le maintien à domicile ou l'admission en établissement**

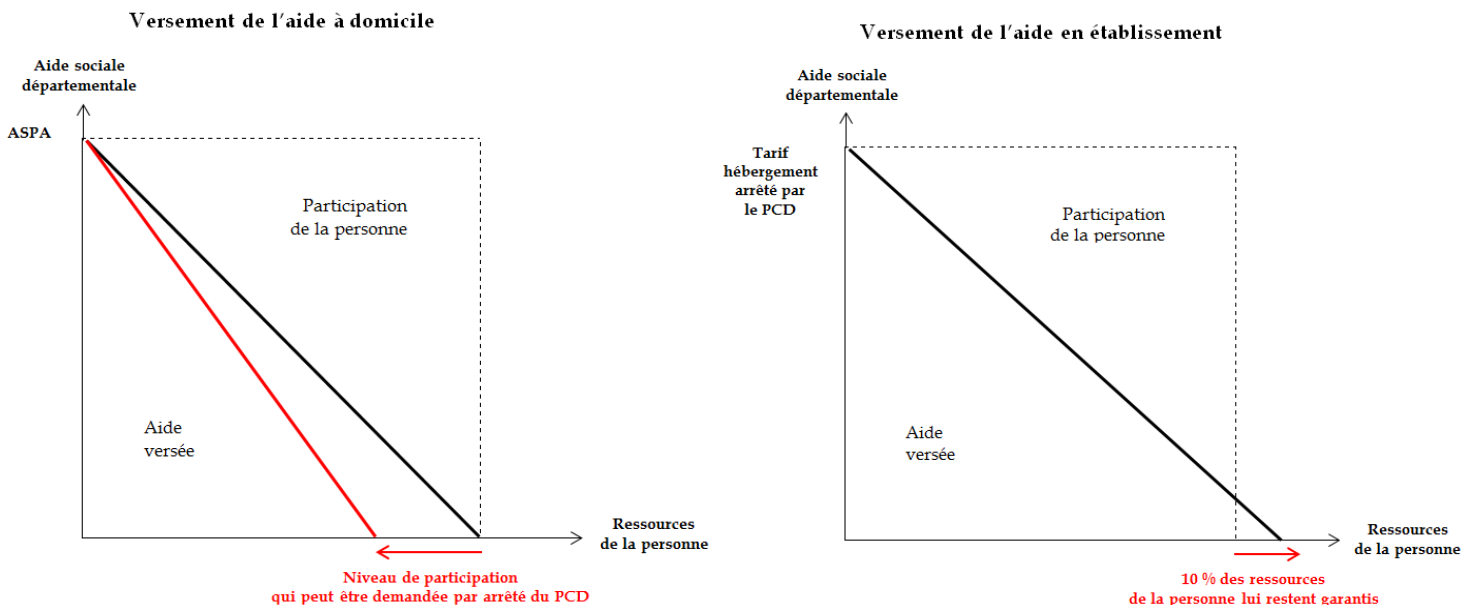
Les questions relatives aux prestations d'aide sociale versées par le conseil départemental ne se posent pas dans les mêmes termes selon le type d'accompagnement. L'aide sociale accordée à une personne demeurant à domicile prend le plus souvent la forme d'une aide-ménagère, avec la possibilité pour le conseil départemental de solliciter la participation financière de la personne. Il s'agit d'un droit purement quérable, dont la demande est laissée à la discrétion du bénéficiaire.

En revanche, le caractère obligatoire des frais d'hébergement facturés au résident d'Ehpad rend la demande d'une prestation d'aide sociale à l'hébergement (ASH) beaucoup plus fréquente, quasiment systématique.

Ces deux types de prestation relèvent de la même compétence départementale (aide sociale aux personnes âgées dépendantes) et répondent toutes deux aux mécanismes de l'allocation différentielle mais sont, à l'instar du versement de l'APA, régies par des modalités de détermination différentes selon qu'elles sont versées à domicile ou en établissement :

- lorsque la personne est à domicile, l'article L. 231-2 du CASF prévoit que l'ensemble des ressources de toute nature dont elle bénéficie, y compris les créances alimentaires auxquelles elle *peut* prétendre, ne peut dépasser un plafond fixé par décret, en l'occurrence celui de l'Aspa. L'attribution d'une aide à domicile obéit dans ce cas de figure à la **logique classique de l'allocation différentielle** ;

- lorsque la personne est en établissement, l'aide sociale ne peut être attribuée que dans le cas d'une **habilitation** de la structure et d'une **définition du prix de journée par arrêté du président du conseil départemental**. Le droit en vigueur prévoit alors le maintien du plafond de ressources de la personne, celui-ci n'étant plus fixé au montant de l'Aspa, mais déterminé par le **montant de la dépense résultant de l'admission**. Par ailleurs, il est précisé que les ressources sont prises en compte dans la limite de 90 %, afin de **laisser à la disposition de la personne accueillie le dixième de ses ressources**.



Source : commission des affaires sociales

On déduit de ces schémas que **les conditions d'attribution de l'aide sociale à domicile sont potentiellement plus restrictives qu'en établissement**, en raison de la possibilité pour le conseil départemental de solliciter une participation financière. Vos rapporteurs n'estiment pas admissible que cette participation puisse être demandée à un bénéficiaire touchant des ressources inférieures ou égales à l'Aspa. Elle témoigne selon eux d'une confusion entre le mode d'attribution de l'APA, dont il est légitime qu'elle fasse intervenir les ressources de la personne, et le mode d'attribution de l'aide sociale, qui doit demeurer strictement différentielle en fonction du minimum vieillesse.

Proposition n° 3 : supprimer à l'article L. 231-1 du CASF la possibilité qu'a le conseil départemental de demander une participation financière au bénéficiaire de l'aide sociale à domicile.

Cet examen de l'attribution de l'APA et de l'aide sociale révèle un **indéniable biais en faveur des résidents d'établissement**, dont les ressources personnelles connaissent, d'après les textes, une sollicitation plus faible.

2. Un reste à charge pourtant globalement concentré sur les résidents d'Ehpad

Le chiffre précédemment annoncé d'un reste à charge moyen de 490 euros n'a qu'un intérêt purement théorique, en ce qu'il ne distingue pas le domicile de l'établissement. Étrangement, il est assez difficile de disposer de données consolidées relatives au reste à charge moyen selon que l'accompagnement se fait au domicile ou en établissement. Les données les plus récentes de la Drees¹ fournissent le **reste à charge médian des résidents d'établissement**, évalué à **1 850 euros mensuels** mais ne mentionne aucun reste à charge moyen.

Vos rapporteurs se sont donc appuyés sur une étude de la Drees plus ancienne², évaluant le reste à charge moyen d'une **personne accompagnée à domicile à 80 euros mensuels** pour en déduire celui dont doit s'acquitter un **résident d'Ehpad**, qu'ils estiment ainsi à **environ 950 euros mensuels**.

¹ DREES, « Comment les seniors financent-ils leur maison de retraite ? », Études et Résultats, n° 1095, novembre 2018.

² DREES, « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? », Dossiers de la Drees, n° 1, mars 2016.

Reste à charge moyen selon le type de prise en charge

Personne âgée dépendante	Nombre approximatif	Proportion	Reste à charge mensuel moyen (en euros)
Accompagnée à domicile	640 000	53 %	80
Accueillie en Ehpad	560 000	47 %	952
Total	1 200 000	100 %	490

Source : commission des affaires sociales d'après Drees

Plusieurs enseignements importants doivent être tirés de ces calculs :

- le **reste à charge est essentiellement concentré sur les personnes âgées dépendantes hébergées en Ehpad**. Bien qu'il soit logique qu'un hébergement en établissement spécialisé induise un coût de prise en charge plus important qu'à domicile, vos rapporteurs ne manquent pas d'interroger l'importance de l'écart ;

- concernant les seuls résidents d'Ehpad, **le reste à charge moyen à acquitter présente un niveau élevé, quoique absorbable d'un point de vue strictement macroéconomique pour une partie d'entre eux**. En effet, bien que le niveau moyen des retraites en France fin 2016 s'élève à environ 1 500 euros par mois, la Drees rappelle que le taux de pauvreté des retraités âgés de plus de 80 ans reste de 3 points supérieur à celui des retraités de 60 à 79 ans. Ainsi, près de la moitié des résidents d'Ehpad peuvent absorber leur reste à charge sans avoir à recourir à leur patrimoine¹, mais **ne lui restera alors qu'un revenu disponible mensuel relativement limité** ;

- toujours pour les seuls résidents d'Ehpad, la comparaison du reste à charge moyen (950 euros) et du reste à charge médian (1 850 euros) indique une **représentation plus élevée des établissements pratiquant un reste à charge modéré**. Ce constat est par ailleurs cohérent avec la répartition des acteurs de la prise en charge de la dépendance, divisé entre établissements publics (53 %), établissements privés à but commercial (27 %) et établissements privés à but non lucratif (20 %).

¹ La Drees estime à 46 % la proportion de résidents d'Ehpad dont le reste à charge est intégralement couvert par des revenus personnels sans recours au patrimoine et à 11 % la proportion dont le reste à charge est partiellement couvert par des revenus personnels et par l'aide sociale.

De ces trois enseignements, vos rapporteurs déduisent trois conclusions :

- alors que les dispositions des textes organisent une attribution des allocations plus favorable aux résidents d'Ehpad, leur reste à charge plus élevé paraît pour le moins paradoxal.

Ce phénomène s'explique par le caractère *modulable* de l'aide à domicile (plan d'aide APA et aide-ménagère), que la personne âgée peut discrétionnairement piloter en fonction de ses ressources. Cette marge de manœuvre ne s'offre pas au résident d'Ehpad, contraint de s'acquitter d'un montant facturable établi par le gestionnaire d'établissement.

Vos rapporteurs en déduisent que **la différence de reste à charge entre établissement et domicile pourrait en grande partie résulter d'un renoncement des personnes âgées accompagnées à domicile à une partie du plan d'aide qui leur est proposé**, en raison d'un arbitrage essentiellement rendu sur le niveau de leurs ressources ;

- le niveau du reste à charge moyen pratiqué en établissement reste, en données consolidées, absorbable par le résident. Le besoin de financement exprimé après intervention de la puissance publique présente donc un **niveau globalement maîtrisable** ;

- **mais la dispersion des tarifs segmente fortement la demande d'hébergement** entre, d'une part, des résidents intégralement ou fortement solvabilisés par la puissance publique et, d'autre part, des résidents dont le niveau de ressources n'est pas beaucoup plus élevé mais dont le degré de solvabilisation est bien moindre (effet de seuil important).

3. Une donnée encore mal maîtrisée et problématique : la part dans le reste à charge des activités auxiliaires de l'Ehpad

Contrairement au reste à charge dépendance qui, en établissement ou à domicile, fait l'objet d'une réglementation stricte, le reste à charge hébergement pour les résidents d'Ehpad peut, en raison de la liberté tarifaire des établissements non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, connaître d'importantes variations.

Une récente étude nationale de coûts relative aux Ehpad et établie par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation¹ (Atih) a défini le découpage analytique suivant pour les **charges** d'un Ehpad :

Nature de l'activité	Activités principales						Activités auxiliaires			
Nature de la charge	Hôtellerie générale	Blanchisserie	Restauration	Organisation du lien social	Accompagnement des actes de la vie quotidienne	Soins	Gestion générale	Immobilier	Charges financières	Autres
Prestation correspondante	Prestations d'hébergement				Prestations d'accompagnement de la dépendance		Prestations de soins			

Source : Atih

Les **produits** reçus par un Ehpad, qui se composent essentiellement des produits de dotation ou de tarification attribués par les financeurs publics et des produits des tarifs d'hébergement acquittés par les résidents, font l'objet d'une **réglementation précise** qui **définit leur affectation aux différentes activités de l'Ehpad**, principales et auxiliaires.

Ainsi, les produits du forfait global aux soins et du forfait global à la dépendance financent **exclusivement** les activités principales afférentes, avec la possibilité de financer concurremment certains postes (aides-soignants). Les tarifs d'hébergement sont, pour leur part, limités à la couverture des charges d'exploitation à caractère hôtelier et d'administration générale, de blanchisserie, de nettoyage, d'organisation du lien social, mais aussi des **amortissements de biens meubles et immeubles autres que le matériel médical**, des **dotations aux provisions**, des **charges financières et exceptionnelles** (article R. 314-179 du CASF).

Ces trois dernières mentions d'affectation du tarif hébergement montrent bien que **l'ensemble du coût des activités auxiliaires est in fine supporté par le résident**.

L'estimation totale des coûts des activités auxiliaires est mal connue. Si les frais de gestion générale et certains frais immobiliers (notamment ceux relatifs aux énergies et fluides) ont fait l'objet d'une enquête de coûts diligentée par l'Atih en 2015, la plupart des frais immobiliers (charges d'assurance, d'entretien, de réparation, dotations aux amortissements et aux provisions) ainsi que les charges financières n'y ont pas été inclus.

¹ ATIH, Les coûts de prise en charge des résidents en Ehpad, 2015.

L'enquête de coûts mentionnée estime en 2015 le montant des coûts des activités auxiliaires retenues entre 13 et 17 euros par jour soit **entre 390 et 510 euros par mois**. À nouveau, vos rapporteurs soulignent que **ce montant minimal ne comprend ni les charges financières, ni l'essentiel des charges immobilières**.

Rapporté au niveau moyen du reste à charge des résidents d'Ehpad (avant l'attribution de l'ASH), **la part des activités auxiliaires de l'Ehpad peut donc osciller au minimum entre 34 % et 45 %**.

Ce chiffre est alarmant. Il indique que près de la moitié du reste à charge acquitté par un résident d'Ehpad n'est pas directement lié aux prestations d'hébergement qui lui sont fournies et dont dépend pour une grande part la qualité de son séjour. Compte tenu du caractère faiblement compressible des activités auxiliaires de l'établissement (organisation générale, charges financières, charges immobilières), vos rapporteurs formulent l'hypothèse d'un **ajustement du reste à charge essentiellement opéré sur les prestations d'hébergement principales** (hôtellerie, restauration, organisation du lien social).

Avant d'y apporter les correctifs nécessaires, cette hypothèse doit absolument être objectivée. C'est pourquoi il est indispensable qu'une étude nationale centrée sur la comparaison des activités auxiliaires et des activités principales d'hébergement d'un Ehpad soit préalablement menée.

Proposition n° 4 : diligenter une étude nationale portant exclusivement sur la répartition des coûts d'un Ehpad entre activités principales d'hébergement et activités auxiliaires.

C. ... AINSI QU'UNE HÉTÉROGÉNÉITÉ TERRITORIALE DONT LES CAUSES RÉELLES DOIVENT ÊTRE DISCUTÉES

1. Les variations départementales de l'attribution de l'APA à domicile et en établissement

• APA à domicile : la variation du montant et de l'accessibilité des plans d'aide

La définition des plans d'aide APA, dans le cadre d'une demande d'accompagnement à domicile, appartient au président du conseil départemental, à partir de l'évaluation des besoins de la personne par une équipe médico-sociale. La détermination du plan d'aide est encadrée par un plafond défini par décret, dont les montants ont été substantiellement relevés à la suite de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement¹ (ASV).

¹ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, article 41.

	Montant maximal du plan d'aide avant participation financière du bénéficiaire (en euros)	
	Mensuel	Journalier
GIR 1	1 737,14	57,90
GIR 2	1 394,86	46,50
GIR 3	1 007,83	33,60
GIR 4	672,26	22,41

Source : article R. 232-10 CASF

Malgré cette réévaluation des plafonds d'aide, considérée comme l'une des principales avancées de la loi ASV, vos rapporteurs ont été contraints de constater que la **pratique des conseils départementaux maintenait les niveaux moyens des plans d'aide à un montant bien inférieur**. Plusieurs fois dénoncé au cours de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, cet écueil est en grande partie dû à la mise sous tension des finances départementales, mais aussi aux lenteurs de mise en place des conférences départementales des financeurs, qui sont seules habilitées à attribuer le surplus d'APA prévu par la loi ASV (dit « APA 2 »).

Département	Montant mensuel moyen du plan d'aide versé par le conseil départemental après participation financière de la personne (en euros)
Territoire-de-Belfort	258,83
Bas-Rhin	309
Marne	326
Orne	336
Loir-et-Cher	337,39
Aveyron	344,62
Mayenne	350
Bouches-du-Rhône	380
Yvelines	382,88
Maine-et-Loire	384
Var	384
Loire	394
Haut-Rhin	406,70
Paris	407
Meurthe-et-Moselle	412
Ardennes	424,86
Val d'Oise	433
Meuse	452,27
Somme	466,27
Nord	476,39
Creuse	497,18
Hérault	548,46
Moyenne	395,47

Source : questionnaire des rapporteurs

Bien qu'au sein de l'échantillon ci-dessus, on constate une relative homogénéité du montant du plan d'aide APA à domicile, **ce résultat est à comparer avec la tarification des services d'aide à domicile** (Saad), qui fournissent concrètement l'aide humaine prévue par le plan d'aide. Depuis la loi ASV, cette tarification fait elle aussi l'objet d'un arrêté du président du conseil départemental, qui fixe le tarif d'une heure d'aide à domicile.

Vos rapporteurs tiennent à cet égard à formuler deux constats :

- le tarif moyen de référence d'une heure d'aide à domicile fournie par un Saad est estimé par la fédération française des services à la personne et de proximité (Fedesap) à 19,33 euros¹. Une fois rapporté au montant moyen du plan d'aide financé par le conseil départemental de 395,47 euros, ce chiffre indique qu'**en moyenne, sur le territoire national, seulement 20,46 heures par mois et par personne âgée dépendante d'aide à domicile sont financées par le conseil départemental ;**

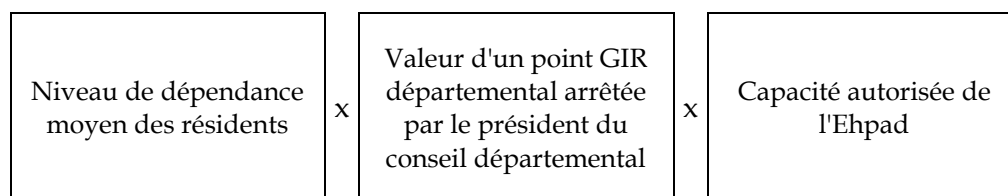
- par ailleurs, la Fedesap relève que, contrairement au montant du plan d'aide, la tarification des Saad est définie par les conseils départementaux de façon très hétérogène sur l'ensemble du territoire national. Il en résulte une **très forte inégalité financière d'accès aux Saad selon le département d'intervention.**

Ainsi, le double constat de l'insuffisance et de l'hétérogénéité de la couverture d'aide à domicile convainc vos rapporteurs de l'urgence d'une **réforme en profondeur de l'APA à domicile**, dont il sera question plus loin.

• **APA en établissement : le modèle économique de l'Ehpad questionné par le « point GIR départemental »**

Concernant l'APA en établissement, des critiques similaires se sont élevées à la suite de la publication d'un décret du 21 décembre 2016² relatif aux nouvelles modalités de calcul du forfait global dépendance versé par le conseil départemental aux Ehpad.

Formule du forfait global dépendance



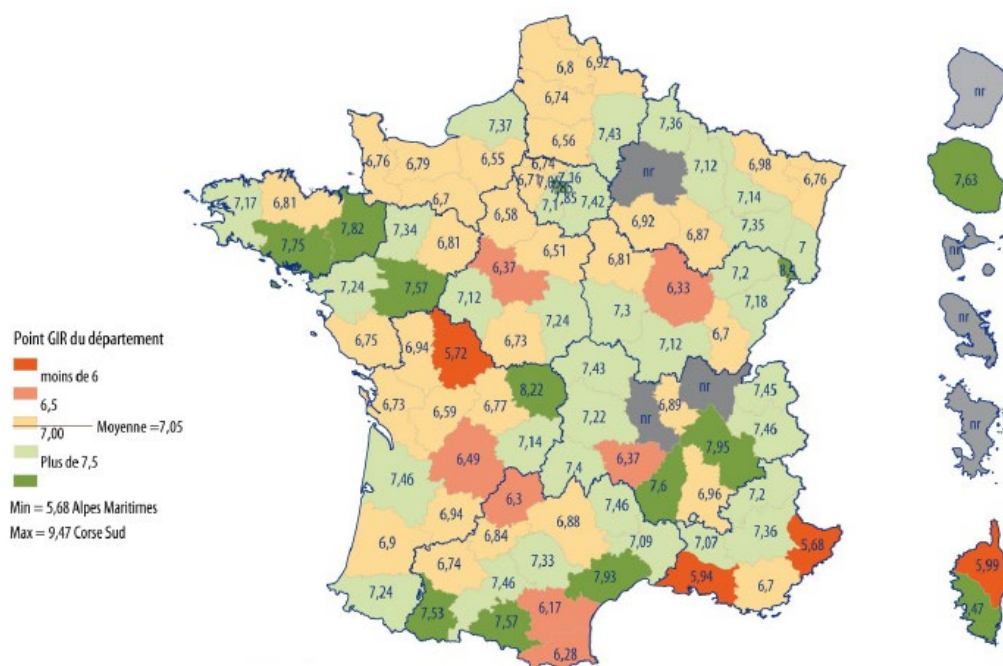
¹ Les départements pratiquant les tarifs horaires les plus bas sont les Pyrénées-Orientales (16,30 euros), la Corrèze (16 euros) et la Martinique (13 euros).

² Décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Les termes de l'équation du forfait global dépendance prennent certes en compte la réalité du niveau de dépendance des résidents, mais font intervenir un « **point GIR départemental** » arrêté par le président du conseil départemental. L'introduction de ce coefficient, susceptible de faire apparaître de grandes disparités entre départements, pour financer une perte d'autonomie dont le « Girage » est quant à lui déterminé au niveau national, présente **le risque d'une inégalité territoriale en termes de prise en charge de la dépendance**.

Par ailleurs, la définition relativement « arbitraire » par le conseil départemental de ce « point GIR » introduit, dans le mécanisme d'attribution du forfait global dépendance à l'établissement, une variable entièrement indépendante du niveau de dépendance des résidents. Elle offre au conseil départemental la possibilité de **moduler le montant de ces forfaits en fonction de critères strictement budgétaires**, sans considération des besoins exprimés par les personnes.

Les points Gir départementaux



Source : Fehap

Certains acteurs associatifs ont prévenu vos rapporteurs des écarts importants que l'on pouvait déjà constater sur le territoire dans la détermination de ce point : **onze départements l'ont fixé à moins de 6,5 euros**, la très grande majorité d'entre eux l'ont chiffré entre 6,5 et 7,5 euros et **douze l'ont porté à plus de 7,5 euros**. Bien que ces différences de pratiques puissent interroger, force est de constater qu'à quelques exceptions près, les pratiques départementales en matière de point GIR **s'éloignent rarement de la moyenne nationale, estimée à 7,05 euros**.

Le véritable problème de l'attribution du forfait global dépendance ne réside pas tant dans sa nouvelle formule de calcul, dont on rappelle qu'elle n'a **pas directement d'impact sur le reste à charge dépendance d'un résident d'Ehpad**, puisque ce dernier est défini par un tarif dépendance fixé par le conseil départemental. Le problème vient davantage de l'introduction d'une variable qui décorrèle partiellement le montant des forfaits attribués aux établissements du niveau de dépendance des résidents, ce qui peut indéniablement conduire les gestionnaires à procéder à des **ajustements par la qualité** des prestations fournies au titre de l'aide à la perte d'autonomie.

2. L'attribution des prestations d'aide sociale : une solidarité peu territorialisée

Le versement des aides sociales, également du ressort du conseil départemental, répond à une logique différente de celle qui régit l'attribution de l'APA. Le conseil départemental intervient alors au titre de la solidarité due à l'égard des personnes âgées dépendantes les moins favorisées ; l'évaluation du besoin n'est alors plus dictée par la perte d'autonomie mais par le critère plus objectivable des ressources financières du bénéficiaire. Sa compétence s'exerce par ailleurs dans un cadre législatif et réglementaire plus détaillé, limitant ainsi les risques d'hétérogénéité.

L'examen de plusieurs règlements départementaux de l'aide sociale (RDAS) montre que l'attribution de l'aide-ménagère pour les personnes à domicile ou de l'ASH pour les résidents d'Ehpad obéit à des critères globalement similaires. On peut néanmoins remarquer certaines différences ponctuelles :

- certains départements conditionnent le bénéfice de l'ASH au versement préalable par le résident d'une provision ;
- en cas d'hospitalisation du résident hors de l'Ehpad, le délai d'interruption du versement de l'ASH peut varier de plusieurs jours selon le département ;
- certains départements élèvent le montant incompressible des ressources mensuelles laissées à la disposition du résident si ce dernier est bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)...

3. La compétence départementale en question

L'attribution de la compétence tarifaire en matière d'APA et de prestations sociales au conseil départemental, collectivité territoriale chef de file en matière de politiques sociales, ne manque pas de faire débat. Si cette attribution se justifie pleinement au regard de la **proximité nécessaire** entre la personne âgée dépendante et un décideur public connaisseur des réalités de terrain, elle se trouve souvent questionnée au motif qu'elle engendrerait une **hétérogénéité territoriale difficilement compréhensible**.

Il ne s'agit pas pour vos rapporteurs de remettre en question ce postulat, en partie fondé. Cependant, l'examen successif des modalités de versement de l'APA à domicile et de l'APA en établissement a montré que ce risque d'hétérogénéité, globalement plutôt contenu, s'explique davantage par un contexte budgétaire particulièrement contraint que par une propension irréductible à la différenciation.

Ainsi, s'il est exact que les modalités de versement de l'APA à domicile et en établissement, en grande partie régies par le conseil départemental, présentent le risque d'une couverture inégalitaire de la perte d'autonomie, vos rapporteurs tiennent à souligner qu'**il serait hâtif de considérer ce risque - réel - comme la conséquence directe d'une politique indument décentralisée.**

Il demeure à leurs yeux capital que la prise en charge de la perte d'autonomie soit régie par **un acteur public de proximité**, et non par un acteur déconcentré dont l'échelon d'intervention a par ailleurs connu une dilatation notable depuis l'avènement des nouvelles régions. À ce titre, vos rapporteurs remarquent que l'exercice de cette compétence par le conseil départemental **ne s'est pas automatiquement traduit par des écarts sensibles** en matière de plan d'aide APA pour le domicile (l'échantillon présenté ci-dessus le démontre) ou de définition des points GIR départementaux (qui globalement s'éloignent fort peu de la moyenne nationale).

On serait tenté d'attribuer la remise en cause de cette compétence décentralisée à une simple erreur d'optique. **Le vrai coupable n'est pas la tendance naturelle qu'aurait chaque conseil départemental à l'adoption de pratiques différentielles, mais bien la tension budgétaire générale sous laquelle leurs arbitrages sont rendus et qui peut, incidemment, conduire à des disparités dommageables.** L'exemple le plus visible en est fourni par la définition des tarifs horaires de l'aide à domicile qui, avant d'être hétérogènes, présentent surtout l'inconvénient d'être globalement insuffisant.

Par conséquent, toute réforme qui tendrait, sous le motif discutable de remédier à l'hétérogénéité de la couverture de la dépendance, à soustraire par principe au conseil départemental la compétence d'attribution de l'APA à domicile ou en établissement commettrait une **grave erreur de diagnostic.**

<p>Proposition n° 5 : dans le déploiement de la réforme à venir de la prise en charge de la dépendance, conserver au conseil départemental les attributions que suppose sa compétence de droit commun en matière sociale.</p>
--

II. SOLVABILISER LA PERTE D'AUTONOMIE PAR LA SOLIDARITÉ NATIONALE : UN IMPÉRATIF RÉPUBLICAIN À MAINTENIR MAIS À PARFAIRE

A. LES DÉPENSES PUBLIQUES DE LA PERTE D'AUTONOMIE PROCÈDENT DE PLUSIEURS LOGIQUES, QUI INTÈGRENT TOUTES UNE DIMENSION SOLIDAIRE

Bien qu'on désigne souvent la prise en charge financière de la dépendance comme relevant de la « solidarité nationale », il convient de soigneusement distinguer les différents éléments de cette prise en charge, qui revêtent certes tous une dimension solidaire, mais à des degrés divers.

Vos rapporteurs tiennent d'emblée à souligner l'**ambiguïté de cette désignation**. Le devoir de solidarité doit certes être au cœur de l'accompagnement de la dépendance, mais ne doit pas faire oublier qu'une personne âgée en perte d'autonomie est - surtout - attributaire de prestations contributives et de prestations de compensation.

La solidarité dans les différentes logiques à l'œuvre dans le financement de la dépendance

Logique contributive	La prestation est attribuée en contrepartie d'une contribution préalable. La logique de solidarité n'est donc <i>a priori</i> pas prégnante. Elle se manifeste néanmoins de manière <i>incidente</i> lorsque la prestation reçue par un bénéficiaire est supérieure à la contribution acquittée, en raison du principe d'universalité de la couverture des risques. Il s'agit alors d'une solidarité horizontale.
Logique de compensation	La prestation est prioritairement attribuée en réponse à un besoin exprimé. Les ressources du bénéficiaire peuvent être éventuellement prises en compte, mais de façon subsidiaire. Là encore, l'attribution de la prestation répond à une logique de solidarité horizontale, potentiellement mâtinée de solidarité verticale lorsque les ressources sont prises en compte.
Logique de l'aide sociale	La prestation est exclusivement accordée en fonction des ressources du bénéficiaire. Il s'agit là d'une solidarité purement verticale.

1. Le financement des prestations de soins : un financement solidarisé par le versement de dotations globales

La première source de dépenses liée à la perte d'autonomie concentre les **soins médicaux** apportés aux personnes âgées, le vieillissement se caractérisant notamment par une apparition plus fréquente et plus chronique de pathologies.

Ces soins médicaux sont très majoritairement financés par une fraction de l'Ondam, répartie entre les structures par les agences régionales de santé (ARS) en fonction d'un indicateur consolidé¹. À l'instar des soins délivrés dans le cadre de la médecine de ville ou de la médecine hospitalière, **les soins apportés aux personnes âgées dépendantes sont donc financés par l'assurance-maladie**. Ils obéissent donc à une logique de financement exclusivement assise sur le besoin thérapeutique du patient, et non sur des considérations de revenu ou de niveau de vie.

Cependant, malgré une source de financement identique, l'accompagnement thérapeutique des personnes âgées souffre dans l'opinion publique d'une confusion de finalité. Alors qu'il est indiscutable qu'une personne active voie sa couverture de soins partiellement ou intégralement assurée par les caisses de sécurité sociale et par ses assurances complémentaires, vos rapporteurs ont remarqué que cette même prestation de santé, lorsqu'elle est réalisée pour des personnes âgées, est perçue sous un angle sensiblement plus solidariste. On peut en déduire un trait marquant de psychologie collective, qui tend à **associer la logique contributive du financement des soins à la seule qualité d'actif, et non à celle de la personne âgée inactive**².

Ce biais est en grande partie renforcé par les modalités de financement des soins dans les établissements et les services chargés de la prise en charge, qui prend la forme de la **dotation globale**. Ce mode de financement, généralisé pour faciliter la gestion des structures, présente l'inconvénient de dissoudre le caractère quérable et individuel de la prestation de soins : cette dernière ne donne plus lieu à l'établissement d'une feuille de soins envoyée à la caisse d'affiliation de l'intéressé, mais se réalise dans les limites d'un budget global constitué *ex ante*.

La pratique de la dotation globale prête d'autant plus à confusion qu'elle est fréquemment **concurrentée par l'intervention de prestations de soins extérieurs**, essentiellement des hospitalisations d'urgence ou des interventions de prestataires externes. Ces prestations, non couvertes par la dotation globale des établissements ou des services d'accompagnement, donnent lieu à l'établissement de feuilles de soins et restent prises en charge par les caisses d'affiliation individuelles de chaque bénéficiaire. La couverture des soins des personnes âgées dépendantes se trouve donc **concurrentement assurée par des forfaits globaux versés aux structures d'accompagnement et des recours ponctuels et individuels à des soins extérieurs**.

¹ Il s'agit du GIR moyen pondéré soins (GMPS).

² Ce trait est d'autant plus incongru que les dépenses d'assurance maladie sont pour près de la moitié aujourd'hui financées par des impôts et des taxes affectés, ce qui les fait en grande partie dépendre de la solidarité nationale.

Cette cohabitation de deux modes de financement entretient un **amalgame profondément dommageable** aux yeux du public entre le soin prodigué par la structure, dont on s'imagine qu'il constitue une sorte de socle universel, et le soin externe, qui continuerait seul à relever de la logique contributive.

2. Le financement par compensation de la perte d'autonomie : renforcer la solidarité horizontale

Aux côtés des prestations de soins, la prise en charge de la dépendance comprend un ensemble de prestations humaines et techniques liées à la perte d'autonomie de la personne âgée, financées par l'APA. Ce sont ces prestations particulières dont le financement a donné lieu à des débats particulièrement vifs renvoyant à un fameux « **cinquième risque** ».

Cette appellation de « cinquième risque » entretient sur la prise en charge de la perte d'autonomie une certaine ambiguïté :

- elle suppose une proximité réelle avec les prestations de soins relevant de la logique contributive. En effet, toutes deux prévoient l'attribution de la prestation sur le seul critère de l'apparition d'un besoin, et non du niveau de vie¹. La couverture est donc **universelle**² ;

- en revanche, la couverture du besoin en perte d'autonomie ne requiert pas d'avoir préalablement contribué. La **socialisation** du financement de la perte d'autonomie n'est donc pas réalisée par un mécanisme d'assurance préalable (système par répartition) mais par une prise en compte *ex post* des ressources du bénéficiaire dans le versement de l'APA.

Ainsi, le plan d'aide élaboré par l'équipe médicale du conseil départemental dans le cadre d'une demande d'APA est **prioritairement** évalué en fonction du degré de dépendance de la personne âgée ; lui est **ensuite** soustrait un montant proportionnel aux ressources de la personne.

La prise en compte des ressources de la personne âgée présente deux caractères qui éloignent résolument l'accompagnement de la perte d'autonomie de la logique contributive :

- les ressources ne comprennent pas les seuls revenus, mais également les biens (hors résidence principale) et capitaux non productifs de revenu. Ces conditions sont celles de l'éligibilité des postulants à l'aide sociale. Autrement dit, le financement de la perte d'autonomie, **bien qu'assuré par une prestation universelle**, ne correspond pas dans les faits à la couverture d'un risque socialisé mais à une **intervention de la puissance publique sous condition de ressources** ;

¹ L'article L. 113-1-1 du CASF précise bien que « la personne âgée en perte d'autonomie a droit à des aides adaptées à ses besoins et à ses ressources [...] quels que soient la nature de sa déficience et son mode de vie ».

² Avec toutefois une condition d'âge (plus de 60 ans) pour l'attribution de l'APA.

- les revenus du conjoint sont intégrés à la base ressources (les ressources des deux membres sont additionnées puis divisées par 1,7 pour l'APA à domicile, par 2 pour l'APA en établissement). Cette condition rend la solidarité publique **subsidaire par rapport à la solidarité familiale**.

Aux yeux de vos rapporteurs, cette **contradiction intrinsèque à l'APA** – prestation universelle garantie au titre de la couverture d'un risque et attribution strictement conditionnée aux ressources du foyer – n'est politiquement et socialement plus tenable.

Les modalités d'attribution de l'APA reposent sur deux axiomes :

- l'un *principal* qu'à **même degré de dépendance**, la participation financière de la personne augmente à due concurrence des ressources de son foyer ;

- l'autre *incident* qu'à **même niveau de ressources du foyer**, la participation financière de la personne augmente à due concurrence du degré de dépendance.

Dans une société uniformément marquée par le vieillissement de sa population, il n'est par conséquent plus possible de calquer les modalités financières de l'accompagnement de la dépendance sur celles de l'aide sociale. La dépendance n'étant pas (ou peu) un phénomène socialement circonscrit, la logique de solidarité verticale ne semble pas devoir s'appliquer et **le caractère universel et individuel de l'APA doit être renforcé**.

L'issue la plus favorable à cette contradiction, par ailleurs partagée par la quasi-totalité des personnes auditionnées par vos rapporteurs, serait l'application au secteur de la perte d'autonomie de la logique contributive propre aux soins. Vos rapporteurs auront l'occasion de revenir sur cet arbitrage.

3. Le financement de l'hébergement par l'aide sociale : une solidarité verticale et subsidiaire

Le financement par l'aide sociale, contrairement au financement contributif ou au financement par compensation, adopte les ressources de la personne âgée comme premier critère. Le principe en est posé par l'article L. 113-1 du CASF, aux termes duquel « toute personne âgée de soixante-cinq ans **privée de ressources suffisantes** peut bénéficier soit d'une aide à domicile, soit d'un accueil chez des particuliers ou dans un établissement ». Il est important de noter que ce droit particulier n'est ouvert qu'à une double condition d'âge et de ressources, et non de perte d'autonomie ou de pathologie. Il participe donc bien d'une logique purement solidaire.

L'appréciation globale des ressources de la personne âgée diffère néanmoins de celle qui régit l'attribution des minima sociaux à deux égards : **l'intégration dans les ressources des créances alimentaires** et la **récupération sur succession des sommes versées au titre de l'aide sociale**.

- **L'obligation alimentaire**

L'obligation alimentaire envers les personnes âgées est régie par les articles 205 et suivants du code civil. Elle prévoit notamment que « les enfants doivent des aliments à leurs père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin », mais également que les « gendres et belles-filles doivent [...], dans les mêmes circonstances, des aliments à leur beau-père et belle-mère ». Estimés « dans la proportion du besoin de celui qui les réclame, et de la fortune de celui qui les doit », ces aliments sont pleinement intégrés dans les ressources de la personne âgée, en plus de celles de son conjoint, pour la détermination de l'aide à domicile accordée par le département ou de l'aide sociale à l'hébergement.

Aux yeux de vos rapporteurs, l'obligation alimentaire des descendants se justifie pleinement. Le caractère subsidiaire de la solidarité publique par rapport à la solidarité familiale est ici renforcé par l'intégration des descendants (incluant enfants, petits-enfants et éventuellement arrière-petits-enfants) au cadre ordinaire du foyer. Il n'en demeure pas moins qu'elle soulève plusieurs difficultés :

- elle peut conduire à intégrer aux ressources de la personne une part **non effective** (puisque sont considérées les créances alimentaires dues, mais pas nécessairement acquittées) ;

- bien que le président du conseil départemental soit compétent pour l'attribution de l'aide sociale, il ne l'est pas forcément pour notifier leur dette aux débiteurs alimentaires¹ ou pour exonérer les obligés alimentaires alléguant divers manquements, en raison d'une compétence exclusive du juge aux affaires familiales. Les délais qu'induit la récupération de l'obligation alimentaire sont donc susceptibles de rallonger les procédures d'admission à l'aide sociale et d'attribution de la prestation ;

- enfin, elle intègre un champ générationnel que vos rapporteurs estiment trop étendu. Il ne leur paraît pas normal que les descendants des enfants de la personne âgée dépendante se trouvent redevables de l'obligation alimentaire.

Aussi, bien que la matière relève historiquement de l'autorité judiciaire, rien ne s'oppose juridiquement à ce que l'obligation alimentaire, légalement constatée par le président du conseil départemental, fasse **systématiquement l'objet d'une notification de sa part à l'intéressé**, qui pourra éventuellement en contester le bien-fondé de façon gracieuse ou contentieuse.

¹ Certains départements prévoient explicitement dans leur règlement départemental d'action sociale qu'il est à la charge de la personne âgée de réclamer à ses obligés alimentaires le montant de leur participation.

- **Le recours sur succession**

L'article L. 132-8 du CASF prévoit que le bénéfice de l'aide-ménagère à domicile ou de l'ASH pour un résident d'Ehpad ouvre droit au **recouvrement sur sa succession** par le conseil départemental des sommes touchées à ce titre. L'article R. 132-12 précise que ce recouvrement sur la succession du bénéficiaire « s'exerce sur la partie de l'actif net successoral qui excède 46 000 euros ». Le recueil de nombreux témoignages rend compte de la profonde **réticence** des personnes âgées à demander le bénéfice d'un dispositif dont leurs héritiers auront à rembourser le montant. Ainsi, les résidents les plus modestes se verront contraints d'y recourir, mais on peut observer qu'à partir d'un certain niveau de ressources, très rapidement, les demandes d'ASH cessent.

Par ailleurs, on estime à entre 1 et 2 milliards d'euros les dépenses totales des conseils départementaux dues au titre de l'ASH, avec une proportion de récupération sur succession variant entre 3 et 6 %¹, soit entre **30 et 60 millions d'euros**. Élever sensiblement le seuil au-delà duquel il est procédé à la récupération sur succession de l'ASH n'aurait donc pas d'incidence financière majeure.

Proposition n° 6 :

- permettre au président du conseil départemental de constater, de moduler et de notifier l'obligation alimentaire des débiteurs afin de réduire les délais de définition de l'aide sociale à l'hébergement ;
- retirer les descendants des enfants du champ de l'obligation alimentaire ;
- relever le seuil au-delà duquel il est procédé au recouvrement sur succession de l'ASH.

B. UN FINANCEMENT DE LA DÉPENDANCE CONTRAINT PAR LES LIMITES DE LA PRESSION FISCALE

1. L'ambition première d'un financement de la dépendance fiscalement neutre : la journée de solidarité

Le projet politique d'un financement spécifique de la dépendance a fait suite au nombre important de décès (près de 15 000) de personnes âgées survenues lors de l'épisode caniculaire de l'été 2003, à l'issue duquel les pouvoirs publics ont été pressés d'apporter au problème du grand âge une **réponse distincte des politiques publiques jusqu'ici menées**.

¹ Construire le cinquième risque : le rapport d'étape, *Rapport d'information n° 447 (2007-2008)* de M. Alain VASSELE et plusieurs de ses collègues, fait au nom de la Mission commune d'information dépendance, déposé le 8 juillet 2008.

Les arbitrages politiques de l'époque ont *de facto* posé les jalons techniques de la spécificité de la politique publique de la dépense en écartant la mobilisation des contributions habituelles de la sécurité sociale et l'augmentation de la fiscalité. La décision, entérinée par la loi du 30 juin 2004¹, fut d'instituer une « journée de solidarité » en vue d'assurer le financement des actions en faveur de l'autonomie des personnes âgées ou handicapées, qui prit la forme d'une « journée supplémentaire de travail non rémunéré pour les salariés ».

L'objectif explicite de la mesure était de garantir à la dépendance une source supplémentaire de financement à **niveau de prélèvements obligatoires constant**.

La « journée de solidarité » fait passer la durée annuelle du temps de travail des salariés de 1 600 à 1 607 heures, sans modification de la rémunération versée. Pour ce faire, la loi prévoit la transformation d'un jour férié (le lundi de Pentecôte, mais le choix peut se porter sur un autre jour férié au gré des accords collectifs), d'ores et déjà intégré à la rémunération salariale, en jour effectivement travaillé.

L'intention première de la loi du 30 juin 2004 était de consacrer le produit de la valeur ajoutée créée à l'occasion de cette journée au financement de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Le dispositif a suscité de virulents débats tant au sein de la société civile qu'au sein du Parlement, en raison du caractère sensible d'un recours à l'allongement du temps de travail pour le financement de la dépendance. Au-delà de l'enjeu réel soulevé par l'augmentation de l'espérance de vie et par la nécessité d'investir massivement dans les établissements d'accueil pour personnes âgées dépendantes, la discussion parlementaire a essentiellement porté sur les incidences de la journée de solidarité sous l'angle du droit du travail. La charge symbolique d'une augmentation de la durée annuelle de temps de travail fixée par les lois Aubry n'a pas manqué de raviver les dissensions politiques que le sujet cristallise encore aujourd'hui, occultant quelque peu l'objectif de financement de la mesure.

Depuis son instauration, la journée de solidarité n'a fait l'objet que d'un faible nombre d'évaluations. Les carences importantes de son dispositif, régulièrement soulevées au cours des discussions budgétaires ainsi qu'à l'occasion de la discussion de la loi ASV, n'ont jamais donné lieu à une remise à plat de ses objectifs et de ses modalités.

¹ Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

- **Une mesure d'application délicate en raison de l'hétérogénéité des situations**

La journée de solidarité reposait sur le postulat d'une homogénéité d'application du droit social au sein des entreprises. Or de nombreuses entreprises faisaient déjà travailler leur personnel les jours fériés en échange de contreparties. Dès lors, la suppression du caractère férié du lundi de Pentecôte n'entraînait pas systématiquement pour ces sociétés de production supplémentaire. Cette difficulté atteint son paroxysme dans le cas des entreprises qui travaillent en continu : secteur de l'hôtellerie et de la restauration ou structures industrielles dont les chaînes de production fonctionnent en permanence. Non seulement l'institution d'une journée de solidarité n'a pas accru, ou seulement à la marge, la production de ces entreprises, mais elle a rendu plus difficile le maintien de leur équilibre comptable en augmentant la durée du travail de salariés qui effectuaient déjà un nombre d'heures bien supérieures à la durée légale.

Le comité de suivi et d'évaluation de la journée de solidarité, présidé par M. Jean Leonetti, notait dès 2005 que 80 % des salariés avaient effectivement contribué à la journée de solidarité. Les **20 % de salariés non contributeurs** recouvraient deux situations distinctes : la compensation par l'employeur du jour de congé non rémunéré par une contrepartie (soit financière soit par un autre jour de congé) et le défaut de l'employeur de faire travailler le salarié un jour de plus en cas de maintien de tous les jours fériés rémunérés¹.

Par ailleurs, la journée de solidarité, limitée au cadre des rapports salariaux, ne s'applique pas aux travailleurs indépendants, professions libérales, artisans, commerçants et exploitants agricoles. Ces catégories ne sont en effet assujetties à la journée de solidarité qu'au titre de leurs éventuels salariés. Ainsi, l'exclusion de tout un pan du tissu économique de son paiement ne manque pas de poser la question du respect du principe d'égalité devant les charges publiques.

- **Un impôt sur les entreprises qui se traduit par une augmentation du coût du travail**

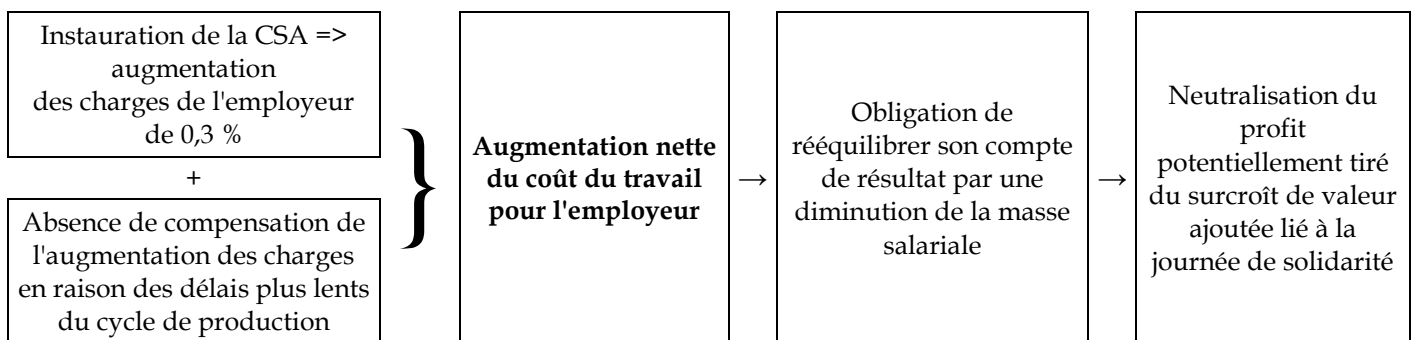
Par ailleurs, bien que les conditions de sa genèse aient eu pour vocation initiale de la distinguer résolument d'un prélèvement fiscal, force est de constater que **la journée de solidarité présente aujourd'hui tous les caractères d'un impôt.**

La captation de la part de la valeur ajoutée effectivement créée à l'occasion de la journée de solidarité nécessitait la mise en place d'un circuit de recouvrement particulier, que le législateur avait initialement voulu neutre pour l'entreprise, sans augmentation des charges pesant sur le travail.

¹ Comité de suivi et d'évaluation de la journée de solidarité, rapport remis au Premier ministre le 19 juillet 2005.

Le ministère de l'économie s'est appuyé sur l'hypothèse qu'un jour travaillé en plus se traduirait à terme par un surcroît de valeur ajoutée dans le secteur marchand de l'ordre de 0,3 %¹. En a donc été déduite une **contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)**, dont seul l'employeur est redevable, égale à 0,3 % de la masse salariale. L'opération est donc théoriquement neutre pour l'employeur.

Cette neutralité a pu néanmoins être discutée. Outre le caractère potentiellement arbitraire du chiffre retenu (0,3 %), l'employeur se trouve dans les faits frappé d'une charge nouvelle au caractère certain et immédiat, dont il espère qu'elle sera compensée par un surcroît de valeur ajoutée dont les effets, qui dépendent du cycle de production, sont par nature incertains et diffus. Alors que la loi du 30 juin 2004 conditionnait le succès de la journée de solidarité à la simultanéité (peu probable) des deux phénomènes, il était beaucoup plus plausible qu'un schéma plus préjudiciable à l'employeur se réalise.



Source : commission des affaires sociales

Par conséquent, il est beaucoup plus probable que l'introduction de la journée de solidarité se soit en fait traduite par une **augmentation nette du coût du travail**.

Le législateur a d'ailleurs implicitement reconnu cet impact lorsqu'il a intégré la CSA dans l'assiette des cotisations sociales dues par l'employeur sur les salaires inférieurs à 1,6 Smic et susceptibles de faire l'objet d'une réduction dégressive, dans le cadre du pacte de responsabilité. Si la CSA avait été effectivement neutre pour l'employeur, il n'y aurait eu aucune raison de lui appliquer cette réduction dégressive.

Des analyses plus récentes produites par la direction générale du Trésor sont néanmoins revenues sur le lien entre la journée de solidarité et l'augmentation du coût du travail.

¹ La direction générale du Trésor a ultérieurement revu ce chiffre à la hausse (cf. plus bas).

Ces analyses, menées *a posteriori*, montrent que le dispositif retenu en 2004, consistant à augmenter le temps de travail d'une journée, engendrait une baisse de coût du travail de l'ordre de **0,45 %** pour les entreprises, à productivité horaire inchangée. La contribution de 0,3 % assise sur la masse salariale acquittée par les employeurs permettrait donc la récupération par l'entreprise d'une partie du surplus de valeur ajoutée liée à la journée travaillée supplémentaire, **estimée à environ 0,15 %**. Le ministère des finances conclut donc à la neutralité économique de la mesure, voire à son léger avantage pour les entreprises.

Vos rapporteurs souhaitent toutefois rappeler que ces chiffres restent fortement sujets à caution. Dans un rapport récent¹, notre collègue Albéric de Montgolfier, s'appuyant sur des sources similaires, estimait qu'une augmentation de la durée légale de travail de deux heures par semaine (soit d'environ 90 heures par an) sans compensation salariale serait équivalente à une baisse nette du coût du travail de l'ordre de 3 %. L'application d'une simple règle de trois indique que l'augmentation du temps de travail annuel de sept heures produite par la journée de solidarité se serait en fait traduite par une baisse du coût du travail de 0,23 %. Appliqué au taux de la CSA de 0,3 %, **ce chiffre inciterait plutôt à conclure à une journée de solidarité destructrice de valeur ajoutée.**

Vos rapporteurs estiment donc qu'il est encore à ce jour difficile de mesurer l'impact économique de la journée de solidarité et que, malgré le taux faible de la contribution acquittée par les employeurs, **rien ne permet d'en affirmer catégoriquement la neutralité.**

2. La fiscalisation du financement de la dépendance : une opacité croissante et un défaut de pédagogie

Bien qu'ils aient unanimement décrit le financement de la dépendance des personnes âgées comme relevant de la solidarité nationale, les différents pouvoirs publics n'ont que très peu accompagné ce discours de son incontournable corollaire : la **nécessité d'un effort contributif politiquement assumé et assuré par les prélèvements obligatoires.**

Il était d'autant plus regrettable de formuler cet engagement politique sans l'assortir d'un gage financier identifiable au niveau national, que les dépenses d'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées étaient déjà pour une large part prises en charge par les conseils départementaux et financées par les prélèvements obligatoires spécifiques aux collectivités territoriales (fiscalité locale et fiscalité transférée).

¹ Le temps de travail : un enjeu pour la compétitivité, l'emploi et les finances publiques, rapport d'information n° 292 (2015-2016), fait au nom de la commission des finances, déposé le 13 janvier 2016.

Aux yeux de vos rapporteurs, la gageure financière actuelle dans laquelle se trouve le Gouvernement en matière de dépendance n'est pas que liée aux contraintes budgétaires conjoncturelles, mais à un **manque de transparence et de pédagogie financières au moment où l'urgence des besoins a été pour la première fois constatée.**

L'ambition initiale de la journée de solidarité d'un financement économiquement neutre s'est très vite trouvée compromise par les différences de mise en œuvre et l'insuffisance de son rendement a contraint à recourir à des mécanismes plus classiques. Dès la loi du 30 juin 2004, la nature fiscale de la journée de solidarité se trouvait confirmée par l'instauration d'un prélèvement parallèle, pour sa part explicitement fiscal : une contribution additionnelle aux prélèvements de solidarité sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, au taux de 0,3 %. Y a été ajoutée une fraction du produit de la CSG correspondant à 0,1 point.

En dehors de ces trois prélèvements, et sans compter les prélèvements fiscaux locaux abondant l'APA, la majorité des dépenses couvrant la dépendance des personnes âgées restait assurée par un transfert de cotisations sociales d'assurance maladie à la CNSA. Les nouveautés induites par la journée de solidarité et les contributions additionnelles aux prélèvements de solidarité n'ont entraîné qu'**un surcroît de financement de l'ordre de 2 milliards d'euros pour les personnes âgées uniquement**¹ et n'ont pas substantiellement modifié le schéma de financement préexistant, qui reposait sur les cotisations sociales.

L'introduction par la LFSS pour 2013 d'un nouveau prélèvement fiscal, la **contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa)**, a permis d'amplifier l'assise progressive du financement de la dépendance sur l'impôt, en échouant toutefois à corriger le défaut de pédagogie originel, voire en l'aggravant.

La Casa : un impôt utile à l'emploi erratique

L'article 17 de la LFSS pour 2013² introduit, au rang des ressources de la CNSA, une « contribution au taux de 0,3 % due sur les avantages de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de préretraite », à l'exception des avantages de vieillesse ou d'invalidité non contributifs. Ce nouvel impôt n'est en réalité que l'extension de la journée de solidarité, jusqu'alors uniquement acquittée par les employeurs, aux personnes retraitées.

¹ Le produit de la CSA et des contributions additionnelles n'est consacré aux dépenses de personnes âgées qu'à hauteur de 60 %. Les 40 % restants sont attribués aux dépenses de personnes handicapées.

² Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Son instauration a donné lieu à des échanges de vues très partagées, qui ont dessiné deux conceptions également défendables du financement de la dépendance :

- les détracteurs de la Casa lui reprochent d'isoler une assiette imposable à l'**efficacité économique faible** (les retraites étant moins élevées que les revenus d'activité). Par ailleurs, la ponction directe des retraites pour le financement de la dépendance paraît contradictoire avec son inscription au rang des politiques de solidarité nationale, puisqu'elle fait prioritairement contribuer à ces dépenses les personnes qui en bénéficient ;

- *a contrario*, les défenseurs de la Casa mettent en avant son **équité intergénérationnelle**. Cette idée - ayant récemment émergé dans la théorie des prélèvements obligatoires - repose sur l'apparition et l'affirmation d'un « nouvel âge de la vie » (le fameux « troisième âge ») dont les capacités contributives doivent être prioritairement mobilisées pour financer les besoins du quatrième âge, sans alourdir les prélèvements que subissent les âges intermédiaires.

Les prémices utiles et intéressantes qui ont vu la mise en œuvre de la Casa n'ont néanmoins donné que peu de fruits, en raison de l'**usage très controversé** qui fut fait de cette nouvelle recette, par ailleurs fortement dynamique (rendement d'environ 760 millions d'euros par an).

La LFSS pour 2013 prévoyait explicitement sa **mise en réserve** et la création d'une section spécifique du budget de la CNSA à cet effet. Bien que « destinées au financement des mesures qui seront prises pour améliorer la prise en charge des personnes âgées privées d'autonomie », les ressources de la Casa ont alimenté, entre 2013 et 2016, un niveau de fonds propres de la CNSA fortement excédentaire et fréquemment ponctionné pour financer des besoins extérieurs.

Ce n'est qu'à partir de 2018 que la répartition de ces crédits se conforme (à peu près) à l'intention première du législateur : 91,9 % sont consacrés au financement de la dépendance des personnes âgées (APA, Ehpad et actions en faveur de la prévention de la perte d'autonomie), tandis que le reliquat finance des dépenses spécifiques aux personnes handicapées.

Ainsi, la part croissante de la ressource fiscale dans le financement de la dépendance, cohérente avec le principe de solidarité nationale, continue de se heurter à deux obstacles majeurs :

- un **manque patent de cohérence d'ensemble**, comme en témoignent les assiettes superposées de la CSA, de la Casa, des prélèvements fiscaux territoriaux et des diverses taxes affectées ;

- une **pondération encore insuffisante** au regard du financement par les cotisations sociales. La direction générale du Trésor a confirmé à vos rapporteurs que, parmi les 25 milliards d'euros de dépense publique de dépendance en 2017, un peu moins de 13 milliards restaient assurés par la sécurité sociale.

3. Les limites à venir du prélèvement fiscal

- **La nature particulière des dépenses publiques de dépendance se heurte à certains principes généraux du droit budgétaire**

La recette fiscale en matière de dépendance présente deux traits caractéristiques, susceptibles de remettre son efficacité en cause : une **prépondérance de la taxe affectée** et des **assiettes variables décorellées de la dépense**.

La règle de la non-affectation des recettes publiques

La règle de non-affectation des recettes publiques, énoncée pour la première fois sous la Restauration et réaffirmée par la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001¹, interdit le fléchage spécifique d'une recette publique déterminée sur une dépense publique particulière. Corollaire historique du principe constitutionnel de l'égalité devant les charges publiques, le principe de non-affectation des recettes publiques connaît, en matière de financement de la dépendance, une **contestation croissante**, alimentée notamment par les spécificités de la fiscalité sociale.

Bien que la direction générale du Trésor ait réaffirmé à vos rapporteurs l'attachement du ministère des finances au principe de non-affectation, elle a signalé que les **prélèvements obligatoires contributifs**, perçus dans le cadre de la sécurité sociale et ouvrant davantage droit à des *revenus différés* qu'à des *prestations de solidarité nationale*, pouvaient légitimement y échapper.

Par ailleurs, le financement de la dépendance, assuré concurremment par des prélèvements contributifs et par des taxes affectées, repose en grande partie sur une dérogation au principe de non-affectation, étayant dans l'opinion publique l'idée selon laquelle les dépenses relatives à la dépendance doivent être globalement couvertes par un prélèvement spécifiquement *social*.

Compte tenu de l'importance à venir des enjeux politiques liés à la dépendance des personnes âgées, vos rapporteurs se montrent favorables au **maintien d'une exception au principe de non-affectation** pour ces dépenses, en raison de leur proche parenté avec certaines prestations contributives (maladie, retraite) dont elles sont, dans l'opinion publique, indissociables.

¹ Loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, article 6 : « l'ensemble des recettes assurant l'exécution de l'ensemble des dépenses, toutes les recettes et toutes les dépenses sont retracées sur un compte unique, intitulé budget général. » *Les seules exceptions à ce principe doivent respecter des procédures particulières décrites à l'article 17.*

Pour autant, le corollaire nécessaire de la taxe affectée doit être la **lisibilité** et la **traçabilité** des flux financiers qui lui sont associés. Deux conditions doivent être à cet égard remplies :

- la première est de simple efficacité économique : la taxe affectée doit être définie par une assiette large et un taux de prélèvement peu élevé. Cette condition est remplie pour tous les prélèvements fiscaux qui financent la dépendance (CSA, Casa et fraction de CSG) ;

- la seconde, plus délicate, est de légitimité politique. L'exception au principe de non-affectation des recettes publiques n'est admissible que si l'assiette imposée **présente un lien** avec l'objet de la politique publique qu'elle finance. Bien que la direction générale du Trésor soutienne qu'il n'y ait, économiquement parlant, aucune raison pour qu'une recette affectée présente la même dynamique que la dépense qui lui correspond, vos rapporteurs estiment que son acceptabilité politique ne peut qu'être renforcée, à l'instar des prélèvements contributifs, par une identité du payeur et du bénéficiaire.

Contrairement à la première, cette seconde condition n'est pas remplie par les deux prélèvements fiscaux précisément spécifiques à la dépendance que sont la CSA et la Casa. La première, dont la nature fiscale n'est au demeurant qu'imparfaitement assumée, est acquittée par les **employeurs** alors que la seconde est acquittée par les seuls **retraités**. Par conséquent, **l'immense majorité des bénéficiaires à venir des dépenses publiques de la dépendance ne contribuent pas, au cours de leur vie active, à leur financement**¹.

Vos rapporteurs identifient là un grave problème de légitimité fiscale. Au-delà des doutes qu'ils ont précédemment émis sur la neutralité économique de la journée de solidarité, l'absence de lien entre la base imposable et les bénéficiaires du service rendu milite résolument **contre l'instauration d'une seconde journée de solidarité**.

• **De nouvelles ressources fiscales pour la dépendance à niveau de prélèvements obligatoires constants**

Les débats précédemment évoqués sur la nature de la perte d'autonomie au regard de sa prise en charge par la puissance publique n'ont pas encore été distinctement tranchés. Bien que la dépendance soit encore fréquemment mentionnée comme un « risque », l'idée de la faire relever exclusivement supporter par un financement assurantiel semble de moins en moins d'actualité, pour deux raisons principales :

- les contraintes pesant actuellement sur le coût du travail excluent toute création d'une « cotisation dépendance » à la charge, même partielle, des employeurs ;

¹ Exception faite de la CSG, mais qui ne finance les dépenses de la dépendance que pour une fraction.

- l'inscription de l'accompagnement de la dépendance au rang des politiques sociales semble l'exclure du champ des prestations contributives et appeler un **financement universel**.

Bien qu'il soit philosophiquement incontestable que la prise en charge de la dépendance et le financement de l'APA relèvent de la solidarité nationale, et qu'à ce titre le financement devrait en être idéalement assuré par l'impôt, le contexte d'évolution des finances publiques **interdit d'envisager la création de nouveaux prélèvements**.

Les scénarios pour l'heure privilégiés se concentrent donc sur la réaffectation de ressources existantes. À l'issue de la discussion de la dernière LFSS, deux principales recettes semblaient pouvoir être mobilisées à horizon plus ou moins lointain : les **excédents à venir des comptes de la sécurité sociale** (regroupant les régimes obligatoires de base et le fonds de solidarité vieillesse) et le **produit des recettes affectées au remboursement de la dette sociale**.

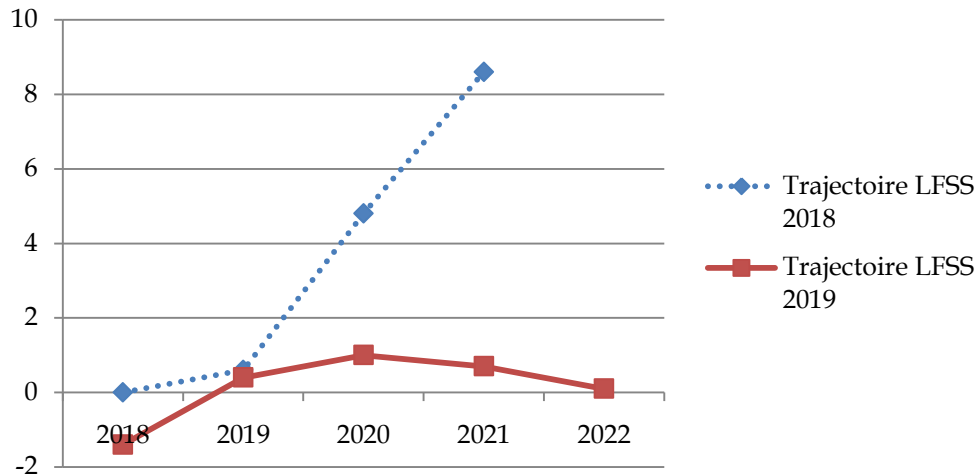
Concernant les excédents de la sécurité sociale, vos rapporteurs font part de leur scepticisme, qu'expliquent deux motifs principaux :

- l'affectation d'un prélèvement contributif au financement de la dépendance ne pose pas de problème budgétaire particulier, en raison notamment de la proximité qu'entretiennent les prestations financées par la sécurité sociale (maladie notamment) et celles relatives à la perte d'autonomie. En revanche, conformément aux préconisations formulées dans le rapport Bonne, une augmentation de la part du financement assurantiel de la perte d'autonomie **ne doit pas se traduire par une augmentation mécanique de la médicalisation de l'accompagnement**. Compte tenu des circuits de financement actuels - la contribution des régimes de sécurité sociale constitue l'Ondam médico-social, que distribuent les ARS aux établissements et aux services médicalisés dans le cadre strict de leur dotation aux soins - l'affectation des excédents de la sécurité sociale au financement de la dépendance aurait cette conséquence directe, qui irait à l'encontre des grandes inflexions que doit prendre l'accompagnement du grand âge ;

- le solde de la sécurité sociale reste par définition fortement sensible à la conjoncture économique (taux de croissance, évolution de la masse salariale, taux d'inflation, évolution de la couverture des risques) ainsi qu'aux relations financières entretenues par l'État et les régimes de sécurité sociale. Ceci est d'autant plus vrai que, d'une année sur l'autre, les projections pluriannuelles font l'objet d'un important réajustement à la baisse, dans des proportions qui peuvent parfois interroger leur fiabilité, comme le montre le graphe suivant.

Trajectoire des soldes des régimes obligatoires de base et du FSV sur la période 2018-2022 selon la LFSS 2018 et la LFSS 2019

(en milliards d'euros)



Source : LFSS 2018 et LFSS 2019

La récupération des recettes affectées au remboursement de la dette sociale pose d'autres types de problèmes. Cette hypothèse repose sur le scénario, réaffirmé par le Gouvernement au cours de la discussion de la LFSS pour 2019, d'un apurement intégral de la dette consolidée de la sécurité sociale pour 2025. Cet apurement devrait normalement permettre la libération totale des ressources actuellement affectées à la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), composées de :

- l'intégralité du produit de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), évalué pour 2019 à environ 7,6 milliards d'euros ;
- une fraction de 0,6 point de CSG sur les revenus d'activité et du patrimoine, estimée en 2019 à environ 8 milliards d'euros ;
- un versement annuel de 2,1 milliards d'euros, pour chacune des années 2011 à 2024, en provenance du fonds de réserve des retraites (FRR).

En exceptant cette dernière ressource, et sous l'hypothèse conservatrice d'un taux de croissance constant, ce sont donc plus de **15 milliards d'euros potentiellement mobilisables en 2025 pour le financement de la dépendance**. L'idée est d'autant plus heureuse qu'une mobilisation des ressources de la Cades vers le financement de la dépendance répondrait avantageusement aux critères précédemment décrits par vos rapporteurs de pertinence et de légitimité de l'impôt affecté.

La CRDS : une ressource utile pour le financement de la dépendance

L'ordonnance du 24 janvier 1996¹ institue une contribution pour le remboursement de la dette sociale assise sur une **base imposable élargie** et composée de :

- l'intégralité des revenus d'activité et de remplacement, y compris les prestations familiales. Seuls les minima sociaux sont exclus de l'assiette (à l'exception de la prime d'activité) ;
- les revenus du patrimoine ;
- les produits de placement ;
- les ventes de métaux précieux, bijoux, objets d'art, de collection et d'antiquité.

Un **taux unique de 0,5 %** est appliqué à l'ensemble des cédules mentionnées.

Bien que le législateur ait explicitement prévu l'abrogation de cet impôt à compter de l'extinction de la dette sociale, l'ensemble des acteurs interrogés par vos rapporteurs s'accordent sur l'utilité de son maintien au-delà de cette échéance. Plus de vingt ans après son instauration, la CRDS présente l'avantage d'un impôt pleinement intégré dans le paysage fiscal, dont l'assiette particulièrement large permet l'application d'un taux peu élevé.

Certaines prévisions évaluent son rendement en 2025 à environ 9 milliards d'euros. La caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) estime ainsi qu'**un point de CRDS (soit environ 18 milliards d'euros) pourrait à terme se substituer à la CSA et à la Casa**, dont vos rapporteurs ont relevé les limites politiques.

On ne peut que **souscrire à cette proposition**, qui inclurait l'ensemble des actifs dans la base imposable du financement de la dépendance, à condition d'en entamer la pédagogie auprès des contribuables dès aujourd'hui.

Deux importants tempéraments doivent cependant être apportés à ce scénario :

- **l'évolution de la dette sociale est mécaniquement liée au solde des comptes de la sécurité sociale**. L'échéance annoncée de l'apurement ne pourra être tenue qu'à la condition absolue d'un solde excédentaire durable, ce qui, au vu des ajustements récents opérés en LFSS pour 2019, paraît une hypothèse particulièrement fragile. Il est à cet égard utile de rappeler que cet apurement devait être initialement achevé en 2009 ;

- **la Cades n'est pas, à l'heure actuelle, l'attributaire exclusif de la dette sociale**. Si elle en détient la majeure partie (environ 105 milliards d'euros pour 2019), 26,5 milliards d'euros restent logés à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss).

¹ Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

La commission des affaires sociales du Sénat avait qualifié cette situation d'inacceptable « d'une part sur le plan des principes, puisque le rôle de cette agence n'est pas d'amortir la dette mais simplement de gérer la trésorerie des différentes branches de la sécurité sociale [et] d'autre part en termes de risques, puisque l'Acoss, qui ne peut s'endetter à long terme, est tout particulièrement exposée à une éventuelle remontée des taux d'intérêts »¹. La LFSS pour 2019 a prévu la reprise d'une partie de cette dette par la Cades, mais laisse à l'Acoss un reliquat d'environ 11,5 milliards d'euros, qui n'est à ce jour pas pris en compte dans le scénario d'apurement de la dette sociale d'ici 2025.

Ainsi, bien que l'intention de consacrer les ressources actuelles de la Cades à la politique publique de la dépendance et au financement de l'APA recueille l'assentiment de vos rapporteurs, **l'horizon de mise en œuvre d'une telle mesure apparaît plus qu'incertain** et pose d'autant plus urgemment la question du financement de la prise en charge de la dépendance à court et moyen terme.

Pour l'heure, aucun financement spécifique n'a été arbitrée. Le ministre des solidarités et de la santé a évoqué un besoin de financement d'environ 1 milliard d'euros supplémentaires, que pourrait couvrir une **contribution du fonds de réserve des retraites**. De façon plus générale, compte tenu de l'impossibilité d'envisager d'ici 2025 une augmentation substantielle des contributions publiques au financement de la dépendance, vos rapporteurs estiment que le principal effort à fournir est un **effort de rationalisation de la dépense**.

C. LE FINANCEMENT PUBLIC DE LA DÉPENDANCE DOIT PRIVILÉGIER LA RATIONALISATION À L'ACCROISSEMENT DES DÉPENSES

1. Un champ de l'intervention publique trop négligé : la prévention de la perte d'autonomie

La prévention de la perte d'autonomie vise à repérer les personnes âgées non ou faiblement atteintes de perte d'autonomie (GIR 5 et 6) et de leur faire bénéficier de prestations adaptées et destinées à repousser, voire empêcher leur entrée en dépendance. Moins coûteuse que l'accompagnement, la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées bénéficie, depuis la promulgation de la loi ASV, d'une exposition politique accrue, mais son **contenu**, ses **acteurs** et ses **moyens** ne sont toujours pas clairement coordonnés et compromettent son efficacité.

¹ PLFSS pour 2019, rapport n° 111 (2018-2019) fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 7 novembre 2018.

Aux termes de l'article L. 233-1 du CASF, chaque département est pourvu d'une **conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées**, qui établit un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus, recense les initiatives locales et définit un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention.

Dans l'intention, vos rapporteurs ne peuvent que souscrire à l'établissement d'une instance présentant le double avantage d'une action territorialisée et d'une composition pluraliste réunissant l'ensemble des acteurs (locaux, nationaux, associatifs) directement concernés par la prévention de la perte d'autonomie. Il est indéniable que la montée en charge des conférences des financeurs favorisera la diffusion d'une véritable politique de la prévention.

Trois principaux problèmes doivent être pourtant soulevés.

- **Une articulation inadéquate de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie**

L'**articulation** de la politique de *prévention* de la perte d'autonomie et de la politique de *l'accompagnement* de la perte d'autonomie est insuffisante et n'a pas été conçue de sorte à ce que la première puisse efficacement se substituer à la seconde.

En effet, la prévention de la perte d'autonomie n'adopte pas, à l'instar de l'accompagnement, de logique compensatrice et **ne conditionne l'attribution des aides préventives qu'à des conditions de ressources**¹. Par ailleurs, ces ressources ne sont étonnamment pas évaluées par référence aux conditions d'éligibilité des bénéficiaires de l'aide sociale (comme c'est le cas pour la participation personnelle de l'attributaire du plan d'aide APA), mais par référence au revenu brut global figurant dans le dernier avis d'imposition.

Autrement dit, non seulement la prévention de la perte d'autonomie fait du besoin exprimé (ou, plus exactement, du **besoin anticipé**) de la personne âgée un critère secondaire par rapport à ses ressources, mais ces dernières font l'objet d'une prise en compte dérogatoire du droit commun.

¹ Articles D. 233-11 et D. 233-12 du CASF.

Prise en charge financière de l'aide technique préventive

Revenu brut global mensuel		Taux de prise en charge financière de l'aide technique préventive
Pour une personne	Pour deux personnes	
Inférieures à 847,88 euros	Inférieures à 1 472,04 euros	65 %
Entre 847,88 euros et 907,16 euros	Entre 1 472,04 euros et 1 572,71 euros	59 %
Entre 907,16 euros et 1 024,61 euros	Entre 1 572,71 euros et 1 721,48 euros	55 %
Entre 1 024,61 euros et 1 106,27 euros	Entre 1 721,48 euros et 1 780,76 euros	50 %
Entre 1 106,27 euros et 1 156,60 euros	Entre 1 780,76 euros et 1 845,64 euros	43 %
Entre 1 156,60 euros et 1 276,29 euros	Entre 1 845,64 euros et 1 949,67 euros	37 %
Entre 1 276,29 euros et 1 444,07 euros	Entre 1 949,67 euros et 2 165,55 euros	30 %
Au-delà de 1 444,07 euros	Au-delà de 2 165,55 euros	0 %

Source : annexe 2.11 du CASF

Vos rapporteurs en déduisent que le public visé par le financement de l'aide préventive peut être très différent de celui visé par l'accompagnement de la dépendance, ce qui n'a pas de sens. À leurs yeux, ce mode d'attribution n'est pas satisfaisant : relevant du même principe que l'accompagnement de la perte d'autonomie, **la prévention doit également revêtir un caractère universel** et non circonscrit aux personnes financièrement défavorisées.

- **La persistance d'une pluralité de guichets**

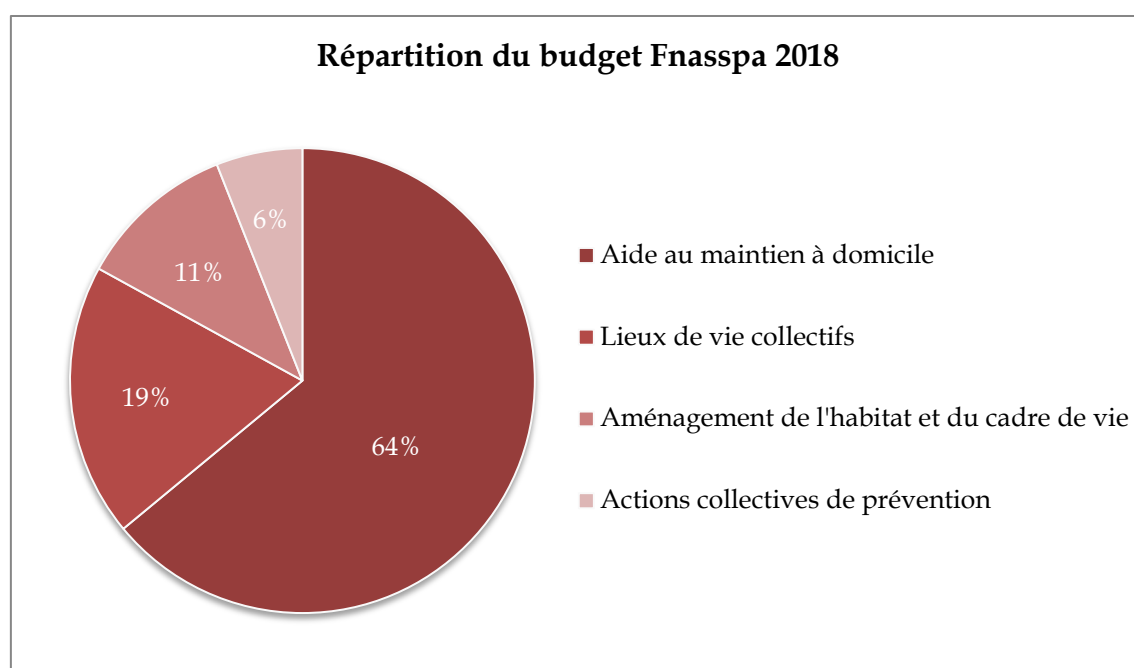
Bien que la conférence des financeurs soit de plus en plus identifiée comme l'acteur décisionnel en matière de financement de la prévention de la perte d'autonomie, **elle ne s'est pas substituée aux trois principaux guichets** vers lesquels les personnes demandeuses d'aides préventives continuent de se tourner : le conseil départemental, les caisses de sécurité sociale obligatoires et complémentaires et l'agence nationale de l'habitat (Anah)¹.

¹ Certains programmes de prévention peuvent être sporadiquement financés par les ARS.

Or le **conseil départemental**, indépendamment de la conférence des financeurs à laquelle il est partie, dispose de très peu de moyens spécifiques aux aides préventives et concentre son action sur l'accompagnement de la perte d'autonomie *via* l'attribution de l'APA.

Les **caisses de sécurité sociale obligatoires, notamment les caisses de retraite (Carsat)**, peuvent assurer la couverture de la prévention de la dépendance, bien que cette mission s'écarte *a priori* de leur cœur de métier (i.e. le versement de prestations contributives). Leurs moyens en la matière n'en demeurent pas moins **extrêmement limités**. Pour 2018, un peu plus de 364 millions d'euros sont mobilisés par les Carsat pour la prévention de la dépendance, alors que la Cnav estime le budget annuel nécessaire à une politique efficace de la prévention à environ 7 à 8 milliards d'euros. Ces moyens sont retracés dans le fonds national de l'action sanitaire et sociale des personnes âgées (Fnasspa).

	2015	2016	2017	2018 (p)
Dépenses d'intervention du Fnasspa (en euros)	346 187 260	356 876 840	362 911 239	364 138 900



Source : Cnav

Enfin, l'**Anah** participe à la prévention en intervenant dans l'adaptation des logements à la perte d'autonomie. Les aides qu'elle verse sont plafonnées à 10 000 ou 7 000 euros selon le niveau de ressources du foyer. En 2018, 13 700 logements ont fait l'objet d'une intervention pour un montant total de 44,2 millions d'euros.

La pluralité de ces guichets pose la question de l'**homogénéité de l'identification de la dépendance**. La Cnav a en effet souligné à vos rapporteurs que le conseil départemental et les Carsat n'utilisaient pas toujours la même grille d'évaluation. Seuls 25 % des conseils départementaux pratiquent actuellement une reconnaissance mutuelle de la dépendance avec la Carsat d'affiliation. Un objectif de 100 % de reconnaissance mutuelle est fixé pour 2022.

- **Des modalités de financement particulièrement complexes**

En conséquence du maintien d'une pluralité de guichets, les **modalités de financement** de la prévention de la perte d'autonomie compliquent considérablement sa mise en œuvre.

L'ensemble des financements des Carsat et de l'Anah s'élève à un montant approximatif de 410 millions d'euros, auquel il convient de rajouter les financements spécifiques aux conférences des financeurs. L'article L. 233-1 du CASF prévoit que ces derniers interviennent « **en complément** des prestations légales ou réglementaires », ce qui les rend donc **subsidiaires** par rapport aux premiers. Retraces dans la section V du budget de la CNSA, ils s'élevaient en 2017 à 111,3 millions d'euros.

Vos rapporteurs souhaitent à cet égard formuler deux remarques :

- la dépense publique spécifique à la prévention de la perte d'autonomie, qu'ils estiment *a minima* à **520 millions d'euros**, leur paraît à ce jour très nettement insuffisante au regard des enjeux à venir. Elle ne représente que **8,8 % des dépenses totales engagées au titre de l'APA** ;

- le **caractère subsidiaire du financement alloué par la conférence des financeurs n'est pas cohérent avec sa logique d'attribution par la CNSA**. En l'état actuel du droit, l'attribution du financement par la CNSA se fait sur la base d'un recensement des besoins en prévention intégré dans le schéma départemental de l'autonomie conçu par le conseil départemental. Or rien ne prévoit explicitement que ce schéma intègre les dépenses *déjà* engagées par les Carsat et par l'Anah. Il est donc tout à fait possible que la dotation attribuée par la CNSA à la conférence des financeurs d'un département soit définie en considération de besoins préalablement couverts par l'assurance vieillesse ou l'Anah. Le **risque d'engagements de dépenses doublonnées** existe donc, ce que vos rapporteurs jugent particulièrement dommageable au regard de la modestie du montant total.

Ainsi, s'il est à court terme indispensable que les besoins en prévention intègrent explicitement, au sein du schéma départemental de l'autonomie, les besoins déjà financés par les Carsat et l'Anah, il paraît à plus long terme souhaitable que **la prévention relève d'un guichet unique**, en l'occurrence la conférence des financeurs.

Proposition n° 7 : réformer la politique publique de la prévention de la perte d'autonomie :

- à *court terme*, ajouter une disposition législative à l'article L. 233-1 du CASF qui intègre au « programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention » les dépenses déjà engagées par les Carsat et l'Anah ;

- à *long terme*, envisager l'attribution exclusive de la compétence financière en matière de prévention à la conférence des financeurs.

• **Les structures intermédiaires offrent un cadre opportun au déploiement de la prévention de la dépendance**

L'examen précédemment mené des différentes composantes du reste à charge a montré que **l'accompagnement à domicile était**, tant pour les financeurs publics que pour les personnes âgées dépendantes, **moins onéreux que l'accueil en Ehpad**. Ce constat milite pour le développement, à plus long terme, de **structures intermédiaires d'hébergement** de personnes âgées dont le degré de dépendance ne leur permet plus de rester chez elles en totale autonomie mais pour lesquelles l'accueil en Ehpad ne serait pas non plus adapté.

Parmi ces structures intermédiaires d'hébergement, les **résidences autonomie** dessinent un cadre intéressant et ouvrent des perspectives très prometteuses pour l'offre d'hébergement en général :

- **ouverture sur l'extérieur** : l'article L. 313-12 du CASF prévoit que « les résidences autonomie proposent à leurs résidents des prestations minimales, individuelles ou collectives, qui concourent à la prévention de la perte d'autonomie [qui] peuvent également être **proposées à des non-résidents** » ;

- **financeur public unique** : l'exercice de leur mission de prévention donne lieu à une aide dite « **forfait autonomie** » financée par la CNSA. En outre, les personnes accueillies, lorsque leurs besoins en soins le requièrent, peuvent rendre la résidence autonomie éligible au forfait global de soins. Le conseil départemental continue d'assurer le financement de l'APA pour les personnes GIR 1 à 4, mais opère un versement individuel et non pas à l'établissement ;

- **partenariat établissement/services** : aux termes de la loi, les résidences autonomie facilitent l'accès de leurs résidents à des Saad.

De façon générale, le déploiement de ces structures intermédiaires appelle la mise en place de **partenariats stratégiques territoriaux**, afin d'assurer un maillage de structures le plus coordonné possible entre domicile, services et établissements.

Vos rapporteurs se montrent particulièrement favorables à ce qu'une structure pilote (un établissement d'accueil ou un établissement hospitalier doté d'un service de gérontologie) soit doté de pouvoirs de coordination à l'égard de l'ensemble des acteurs de la prise en charge afin d'organiser des parcours pertinents.

Cet objectif, régulièrement réaffirmé sans toutefois rencontrer de véritable effectivité, n'a pour l'heure connu qu'une seule réalisation en 2000 : l'agrément de réseaux gérontologiques expérimentaux promus par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (MSA).

Depuis, le législateur s'est contenté de mettre à la disposition des gestionnaires plusieurs outils susceptibles de favoriser leur coordination, sans assortir ces outils de véritable incitation. Il s'agit principalement des **groupements de coopération** instaurés par la loi du 26 janvier 2016¹ et des **possibilités de partenariats expérimentaux** ouvertes par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018². Intéressants dans leur principe, ces outils sont aujourd'hui insuffisamment mobilisés.

2. D'importants gisements d'économies d'échelle en Ehpad

- **L'urgence d'un tarificateur unique des établissements et services**

Un des principaux problèmes remontés à vos rapporteurs, et potentiellement générateurs de dépenses publiques non justifiées, concerne la **dualité de financement des Ehpad et de certains services d'accompagnement (notamment les Spasad)**.

Ce partage des financements est très largement artificiel : la mesure des besoins en soins des résidents d'Ehpad s'appuyant pour une large part sur le GMP, elle prouve que la médicalisation des établissements est indissociable de l'état de dépendance des personnes accueillies. Soins et dépendance sont évidemment trop liés pour justifier que deux types d'acteurs publics, au motif de la compétence historique de la sécurité sociale en matière de couverture du risque maladie, interviennent dans son financement.

Le maintien de cette ambiguïté engendre pour les gestionnaires d'établissements et de services **d'importantes complexités administratives liées à la dualité de pilotage et de financement**, amplifiées dans les cas de **faible coordination entre l'ARS et le conseil départemental**.

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

² Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Il semble que, dans le cadre de la concertation nationale en cours, l'urgence de remédier à cette dualité de financement ait été perçue. Durant le colloque annuel de la fédération nationale des directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (Fnadepa), le directeur général de la cohésion sociale, M. Jean-Philippe Viquant, a indiqué avoir proposé « la **fusion des sections soins et dépendance** dans les Ehpad [afin de] mettre fin à ce cloisonnement [...], à ce partage assez arbitraire, difficilement perceptible à la fois par les gestionnaires et surtout par les résidents et les familles, entre ce qui est payé par l'assurance maladie au titre des soins et ce qui est financé par les conseils départementaux et les personnes elles-mêmes au titre de la dépendance »¹.

Reste néanmoins entière la **question du tarificateur**. Vos rapporteurs préconisent une expérimentation fondée sur plusieurs territoires volontaires, au sein desquelles la compétence tarifaire serait exclusivement exercée par l'ARS ou par le conseil départemental.

En cohérence avec les considérations qu'ils ont précédemment émises sur la compétence départementale en matière de dépendance, vos rapporteurs précisent bien que l'**unification de la compétence tarifaire** ne se traduirait nullement par le retrait de la compétence d'attribution du droit par le conseil départemental.

Proposition n° 8 : expérimenter dans plusieurs territoires volontaires l'attribution exclusive de la compétence tarifaire des Ehpad et des Spasad soit à l'ARS, soit au conseil départemental.

• **Le double pilotage des dépenses de soins présente le risque d'une « optimisation sociale »**

Concernant le financement plus spécifique des dépenses de soin, vos rapporteurs ont précédemment évoqué la dualité entre le forfait global attribué aux établissements et services par l'ARS et le recours aux Cpm dans le cadre d'interventions extérieures, notamment en unités de soins de longue durée (USLD).

D'après la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), l'ensemble de la dépense publique consacrée au financement de ces soins s'élevait en 2014 à **12,2 milliards d'euros**². La Drees répartit la dépense de soins entre le montant versé aux établissements au titre de l'objectif global de dépenses (OGD) pour **9,4 milliards d'euros** et le montant remboursé aux résidents au titre des soins de ville et des soins de longue durée pour **2,8 milliards d'euros**.

¹ Cette proposition figurait déjà au sein du rapport de B. BONNE, Ehpad : quels remèdes ?, op. cit.

² DREES, Études et Résultats, n° 1032, octobre 2017.

Une étude précédente de la Drees portant sur l'exercice 2011 soulignait que les dépenses de soins, d'un montant total de 11 milliards d'euros, se partageaient alors entre un OGD de 8,3 milliards d'euros et des soins de ville et de longue durée de 2,7 milliards d'euros¹. Rapportés à l'évolution du nombre des résidents, ces chiffres peuvent être présentés de la façon suivante :

	2011	2014	Évolution (%)
Nombre de résidents en Ehpad	693 000 ²	720 000 ³	3,9
OGD personnes âgées (en millions d'euros)	8 300	9 400	13,3
Soins de ville (en millions d'euros)	1 700	1 800	5,9
Soins de longue durée (en millions d'euros)	1 000	1 000	0,0
Dépense par résident en équipement médicalisé de l'Ehpad (en euros)	11 977	13 056	9,0
Dépense par résident en soins de ville et de longue durée (en euros)	3 896	3 889	- 0,1

Source : Drees

Ainsi, entre 2011 et 2014, malgré un investissement de 9 % en équipement médicalisé des Ehpad par résident, on constate une quasi-stabilité des dépenses de soins de ville et de longue durée auxquels ces derniers continuent de recourir. Autrement dit, **l'effort entrepris par les pouvoirs publics d'internalisation du soin en Ehpad ne s'est nullement traduit par une rationalisation des coûts induits pour l'assurance-maladie (comprenant dotation globale de soins et remboursement des soins de ville), bien au contraire.**

L'assurance-maladie étant le premier financeur public de la prise en charge en établissement, vos rapporteurs estiment naturel que la nature et le montant de sa contribution soient interrogés, notamment au regard de potentielles **déséconomies d'échelle**.

Vos rapporteurs entendent également rappeler la **nécessaire unité de financement du soin de la personne âgée dépendante**, à des fins de lisibilité mais également de continuité thérapeutique.

Proposition n° 9 : au vu des faibles économies d'échelle engendrées par l'internationalisation du soin en établissement, questionner l'opportunité d'une augmentation systématique du forfait global de soins des Ehpad.

¹ DREES, Dossiers solidarité et santé, n° 50, février 2014.

² DREES, Études et Résultats, n° 899, décembre 2014.

³ DREES, Études et Résultats, n° 1015, juillet 2017.

3. Rendre une partie de l'APA attribuable en espèces

Sans en modifier sensiblement le montant, une amélioration substantielle pourrait être apportée à l'attribution de l'APA, qui a pour l'heure « le caractère d'une prestation en nature » (article L. 232-2 CASF), en permettant qu'elle soit, au moins partiellement, **versable en espèces**. Cette préconisation s'inspire des effets bénéfiques observés par vos rapporteurs en Allemagne.

L'exemple allemand : la prestation dépendance attribuable en espèces

La couverture allemande de la dépendance diffère fondamentalement de la couverture française en raison de son caractère assurantiel. Pour autant, la comparaison est permise concernant leurs modalités d'attribution : l'apparition d'un besoin d'accompagnement de perte d'autonomie ouvre droit au versement d'une prestation susceptible de financer l'intervention d'aides humaines ou d'aides techniques.

Le choix a été fait en Allemagne de permettre le versement de cette prestation en nature (intervention directe) *et* en espèces. Les pouvoirs publics ont néanmoins pris soin de prévoir que la part en nature soit toujours supérieure à la part en espèces, afin de ne pas créer d'effets d'aubaine. Néanmoins, la nécessité de laisser aux personnes dépendantes une certaine **marge de manœuvre** dans l'usage de leur prestation s'est imposée (avec d'autant plus de facilité que le caractère contributif de la couverture dépendance est compatible avec l'idée d'un versement d'un revenu différé).

L'usage de la part de la prestation versée en espèces fait l'objet d'un contrôle par les caisses attributaires tous les six mois.

Sans en exagérer les effets, il semblerait que le versement d'une partie de la prestation en espèces ait fortement contribué en Allemagne au très fort taux de prise en charge de la dépendance à domicile (près de 75 %).

Outre qu'il accroîtrait la liberté de la personne âgée dépendante dans l'organisation de son propre accompagnement, le principal avantage du versement de la prestation en espèces est la possibilité de **rémunérer directement un proche aidant**, dont l'action peut parfois utilement se substituer à celle d'une aide à domicile. La chose étant déjà possible dans le cadre de l'attribution de la prestation de compensation du handicap (PCH), vos rapporteurs ne voient aucun obstacle important à cette évolution.

Sous réserve de l'établissement d'un contrôle périodique de l'usage fait des fonds directement distribués aux personnes, vos rapporteurs s'y montrent tout à fait favorables.

Proposition n° 10 : permettre l'attribution d'une partie de l'APA en espèces.

III. LA NÉCESSITÉ DE FAIRE ÉMERGER D'AUTRES LOGIQUES DE CONTRIBUTION POUR LA COUVERTURE DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Compte tenu des contraintes fiscales qui s'exercent sur le financement de la dépendance, mais de la nécessité d'en renforcer la couverture, vos rapporteurs se sont interrogés sur l'opportunité de **nouvelles logiques de contribution**. Il leur a semblé que, le financement de la dépendance relevant de logiques solidaires différentes selon la dépense considérée, chaque élément du reste à charge devait à ce titre être traité à part :

- le financement du reste à charge relatif à l'**hébergement** relève de l'aide sociale départementale et de la solidarité verticale. En cohérence, les mécanismes d'allègement de ce reste à charge devraient donc plutôt faire appel à des **actions redistributives** entre résidents ;

- en revanche, le financement du reste à charge relatif à la **dépendance** se fonde d'abord sur le besoin exprimé par la personne, quelles que soient ses ressources. La réponse la plus appropriée semble donc un **système assurantiel obligatoire**, assurant le versement de prestations indifférentes aux revenus.

A. LE TARIF HÉBERGEMENT : ASSUMER UNE LOGIQUE REDISTRIBUTIVE

1. Les limites du système actuel de l'habilitation à l'aide sociale

• Deux régimes de tarif hébergement : liberté tarifaire et habilitation à l'aide sociale

En matière d'hébergement, le résident d'Ehpad ne peut se retrouver que dans deux cas de figure : soit il bénéficie de l'aide sociale départementale et ses frais d'hébergement sont couverts par l'ASH, soit il n'en bénéficie pas et ses frais d'hébergement restent intégralement à sa charge.

Du côté des gestionnaires d'établissements, qu'ils soient publics ou privés, s'applique un **principe de liberté tarifaire**. D'après l'article L. 342-2 du CASF, un ensemble de prestations minimales relatives à l'hébergement fait l'objet d'un prix global, auquel peuvent s'ajouter des prestations complémentaires. Si le montant initial de ces tarifs est laissé à la discrétion de la négociation contractuelle (sans pour autant permettre, dans le cas des Ehpad publics et privés non lucratifs, la constitution d'un bénéfice), leur variation annuelle est déterminée par un pourcentage fixé par décret.

L'habilitation à l'aide sociale est le seul cas d'extinction de la liberté tarifaire de l'Ehpad : le tarif hébergement est alors intégralement fixé par le conseil départemental.

Ces règles définissent **deux régimes tarifaires a priori distincts**, dont le législateur a prévu qu'ils pouvaient cohabiter dans le même établissement *via* le mécanisme de l'**habilitation partielle**.

Normalement, les places habilitées à l'aide sociale permettent un tarif hébergement défini par le conseil départemental à destination d'un résident dont les ressources sont en-deçà du niveau de l'Aspa ; les places non habilitées sont facturées à tout autre résident à un tarif librement négocié.

L'étanchéité de principe entre ces deux régimes est toutefois mise à mal par **plusieurs formes d'abus**.

• **La cohabitation possible des deux régimes tarifaires dans le même établissement peut engendrer des applications de tarif inadéquates**

Ces abus sont repérables dans les deux sens. Plusieurs gestionnaires d'établissements ont remonté à vos rapporteurs des phénomènes d'attribution de places habilitées à l'aide sociale à des personnes âgées dont les ressources étaient nettement supérieures au seuil de l'Aspa.

La pratique avait notamment été dénoncée par la Cour des comptes dans un référé du 11 septembre 2014¹ qui pointait notamment le cas des « établissements **partiellement habilités** mais recevant des bénéficiaires de l'aide sociale à **titre principal**, dont le tarif fixé par le présent du conseil départemental est **applicable à tous les résidents**, y compris les non-bénéficiaires de l'aide sociale ». En effet, ces établissements ne sont pas visés par l'article L. 342-1 du CASF qui énumère l'ensemble des établissements autorisés à pratiquer une liberté tarifaire. Ils sont donc juridiquement contraints d'appliquer le tarif réglementé à tous leurs résidents ; l'**effet d'aubaine** est ici manifeste.

A contrario, une ambiguïté d'écriture de l'article L. 342-1 du CASF peut être à l'origine d'une situation exactement inverse. Cet article prévoit que le principe de liberté tarifaire peut être appliqué aux établissements partiellement habilités à l'aide sociale, mais **ne recevant pas ses bénéficiaires à titre principal**, « pour la fraction de leur capacité **au titre de laquelle** ils ne sont pas habilités ».

Autrement dit, un établissement partiellement habilité, tant qu'il n'accueille pas des bénéficiaires à titre principal, est libre d'en accueillir au-delà de la capacité d'habilitation délivrée par le conseil départemental, et se trouve donc **autorisé à pratiquer une liberté tarifaire envers la fraction de résidents bénéficiaires de l'aide sociale qui excède sa capacité d'habilitation**.

¹ Cour des comptes, 11 septembre 2014, référé n° 70592.

Dans les deux cas, vos rapporteurs estiment ces abus intolérables. Bien que la possibilité d'une habilitation partielle des établissements leur paraisse souhaitable, notamment dans la promotion d'une plus grande mixité sociale des établissements, le principe d'une **stricte limitation des tarifs réglementés aux seuls bénéficiaires de l'aide sociale** doit être réaffirmé. Il paraîtrait à ce titre judicieux d'ajouter à la liste des **faits punissables de l'amende prévue pour les contraventions de la cinquième classe** énumérés à l'article R. 342-1 du CASF l'application de tarifs réglementés à des personnes non bénéficiaires ou de tarifs librement négociés à des personnes bénéficiaires.

Proposition n° 11 : réaffirmer le principe d'attribution du tarif hébergement aux seuls bénéficiaires de l'aide sociale en :

- intégrant à la rédaction de l'article L. 342-1 les établissements partiellement habilités et accueillant des bénéficiaires de l'aide sociale à titre principal ;

- clarifiant la mention faite des établissements partiellement habilités et accueillant des bénéficiaires de l'aide sociale à titre secondaire ;

- ajoutant l'application de tarifs inadéquats à la liste des faits punissables d'amende pour les établissements.

• **La pratique du « conventionnement à l'aide sociale » présente le risque d'une discrimination entre bénéficiaires de l'aide sociale**

L'article L. 342-3-1 du CASF exploite un peu plus le champ de l'habilitation partielle en prévoyant qu'un établissement habilité à l'aide sociale à **moins de 50 % de sa capacité** peut, après accord du président du conseil départemental, appliquer une **liberté tarifaire sur l'ensemble de ses places**. Dans ce cas, il doit conclure avec le président du conseil départemental une convention d'aide sociale qui précise notamment « le montant des **différents** tarifs afférents à l'hébergement pouvant être pris en charge par l'aide sociale départementale ».

Cette pratique, couramment appelée « **conventionnement à l'aide sociale** », a été récemment dénoncée à vos rapporteurs comme permettant aux établissements signataires de ces conventions de pratiquer, selon leur année d'arrivée, différents tarifs d'hébergement vis-à-vis des bénéficiaires de l'aide sociale¹. Cette opportunité leur est ouverte par la possibilité explicite de revaloriser annuellement les tarifs afférents à l'hébergement pouvant être pris en charge par l'aide sociale départementale.

¹ Cette pratique semble particulièrement répandue dans le département du Vaucluse.

Le conventionnement à l'aide sociale est également perçu comme un dessaisissement du président du conseil départemental de sa compétence de fixation du tarif hébergement pour les bénéficiaires de l'aide sociale.

Proposition n° 12 : renforcer la législation et la réglementation applicables au conventionnement à l'aide sociale.

2. Vers un « surloyer » solidaire : l'opportunité d'introduire une redistribution horizontale entre résidents d'Ehpad

Vos rapporteurs ont précédemment relevé que le problème du reste à charge en Ehpad, principalement imputable au niveau élevé du tarif hébergement, était moins un problème de niveau général qu'un **problème de dispersion** (la moyenne s'établissant à environ 950 euros par mois contre une médiane d'environ 1 850 euros par mois). En conséquence, la solution la plus adéquate à apporter au niveau élevé des tarifs hébergement paraît **davantage relever de la redistribution horizontale que de la diminution globale**.

La logique redistributive n'est pas étrangère à la prise en charge du tarif hébergement des résidents d'Ehpad les moins favorisés. On a ainsi pu voir que le versement de l'ASH par le conseil départemental pour les bénéficiaires de l'aide sociale illustre déjà la pratique d'une redistribution verticale, sans pour autant résoudre la très forte **segmentation** qu'elle induit entre un public intégralement solvabilisé par la puissance publique et un public dont le tarif hébergement reste entièrement à charge lorsque ses ressources sont supérieures à l'Aspa. En effet, la dichotomie de situations entre tarif librement négocié et tarif administré par le conseil départemental engendre pour les résidents des **effets de seuil importants** et difficilement justifiables.

La CNSA fournit annuellement le résultat d'une enquête mesurant la dispersion des tarifs hébergement en Ehpad selon le statut juridique. On peut observer de **très grandes différences de tarifs (mais également de variation)** selon que le résident est accueilli dans un Ehpad public, un Ehpad privé à but non lucratif ou un Ehpad privé commercial.

Dispersion des tarifs hébergement mensuels en fonction du statut juridique de l'Ehpad avant versement de l'ASH en 2017 (en euros)

	Premier décile	Médiane	Neuvième décile	Rapport interdécile
Ehpad public	1 449,3	1 647,3	1 789,2	1,23
Ehpad privé à but non lucratif	1 560	1 798,8	2 250	1,44
Ehpad privé commercial	2 034,3	2 525,4	3 240	1,59

Source : CNSA

La correction de cette segmentation pourrait passer par une répartition des tarifs hébergement entre résidents en fonction de leurs ressources.

• **Faisabilité juridique d'une redistribution horizontale des tarifs hébergement**

Le principal écueil que soulève cette proposition a trait à la nature juridique de l'établissement d'accueil. Pour les **établissements privés à but commercial**, la fixation des prix d'hébergement résulte *a priori* de la simple rencontre de l'offre et de la demande : y résident globalement les personnes âgées dépendantes capables de solvabiliser leur séjour par leurs ressources propres. Étant donné la nature foncièrement commerciale de l'activité de ces établissements, introduire une redistribution horizontale entre résidents pourrait aller à l'encontre du principe de non-discrimination des consommateurs par les prix.

En revanche, les **établissements publics** et les **établissements privés à but non lucratif**, qui représentent près des **trois quarts de l'offre disponible**, ne présentent pas cette difficulté. Pour ces établissements, les tarifs sont certes librement fixés lors de la signature du contrat de séjour¹, mais **dans la limite de leurs coûts globaux afin que l'établissement ne constitue pas de bénéfice**. Leur vocation n'est donc pas de nature commerciale.

En outre, l'article R. 314-182 du CASF prévoit bien une possibilité de moduler le tarif hébergement, mais **uniquement en fonction de critères relatifs à la qualité du service rendu** (nombre de lits par chambre, chambre pour couple, localisation et confort de la chambre, caractère séquentiel de l'accueil), et non du niveau de ressources des résidents.

¹ Seuls les établissements habilités recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale voient leur tarif hébergement défini par le conseil départemental.

Aux yeux de vos rapporteurs, l'introduction d'un critère de ressources dans la modulation du tarif hébergement des Ehpad publics ou privés à but non lucratif ne pose aucune difficulté juridique particulière. Elle devrait pouvoir s'articuler sur le raisonnement suivant :

- en premier lieu, il est nécessaire que **la mission exercée par l'Ehpad privé non lucratif soit explicitement qualifiée comme relevant d'un service public administratif à caractère facultatif**, exercé par délégation. Cette qualification, bien que n'ayant jamais été reconnue par le législateur ou par le juge, semble s'imposer au regard des critères définitoires du service public dégagés par une jurisprudence consacrée¹. Elle ne requiert par ailleurs aucun instrument contractuel portant mention explicite d'une délégation de service public par la collectivité publique, comme le souligne une décision du Conseil d'État du 6 avril 2007² ;

- en second lieu, la reconnaissance de cette qualité permettra l'application du premier alinéa de l'article 147 de la loi du 29 juillet 1998³ selon lequel « les tarifs des services publics administratifs à caractère facultatif **peuvent être fixés en fonction du niveau du revenu des usagers et du nombre de personnes vivant au foyer** » ;

- enfin, il reviendra au législateur de **neutraliser l'effet du deuxième alinéa du même article** aux termes duquel « les droits les plus élevés ne peuvent être supérieurs au coût par usager de la prestation concernée ». L'application d'une redistribution horizontale du reste à charge hébergement suppose en effet que les résidents les plus favorisés s'acquittent d'un montant par définition plus élevé que le coût par usager de ladite prestation.

Ainsi, la mise en œuvre de tarifs hébergement modulés dans les Ehpad publics et privés à but non lucratif **repose essentiellement sur la mise en œuvre de dispositions existantes**.

¹ Conseil d'État, 22 février 2007, APREI, n° 264541 : « une personne privée doit [...] être regardée, dans le silence de la loi, comme assurant une mission de service public lorsque, eu égard à l'intérêt général de son activité, aux conditions de sa création, de son organisation ou de son fonctionnement, aux obligations qui lui sont imposées ainsi qu'aux mesures prises pour vérifier que les objectifs qui lui sont assignés sont atteints, il apparaît que l'administration a entendu lui confier une telle mission ».

² Conseil d'État, 6 avril 2007, Commune d'Aix-en-Provence, n° 284736 : « lorsque les collectivités publiques sont responsables d'un service public, elles peuvent [...] décider de confier sa gestion à un tiers, [...] elles peuvent toutefois ne pas passer un [contrat de délégation de service public] lorsque, eu égard à la nature de l'activité en cause et aux conditions particulières dans lesquelles [le tiers] l'exerce, le tiers auquel elles s'adressent ne saurait être regardé comme un opérateur sur un marché concurrentiel ».

³ Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Proposition n° 13 : s'appuyer sur l'article 147 (alinéa 1^{er} uniquement) de la loi du 29 juillet 1998 pour mettre en œuvre la modulation du tarif hébergement en fonction des ressources dans les Ehpad publics et privés à but non lucratif, en prévoyant un contrôle du tarifificateur.

• **Les modalités de mise en œuvre du « surloyer » solidaire**

L'idée d'un « surloyer » solidaire prendrait pour cadre l'établissement d'accueil. Les résidents éligibles à l'aide sociale à l'hébergement continueraient d'être soutenus par le conseil départemental, et le reste des résidents s'acquitterait d'un tarif calculé en fonction de leurs capacités financières. Actuellement, deux grandes fédérations d'établissements privés commerciaux et privés à but non lucratif -respectivement le syndicat national des établissements et résidences pour personnes âgées (Synerpa) et la Mutualité française- soutiennent activement ce principe¹.

Deux options de mise en œuvre sont envisageables :

- le montant *prévisionnel* des recettes de l'établissement sur sa section hébergement est élaboré en amont par le gestionnaire (en fonction de sa structure de coûts pour les publics et privés non lucratifs, en fonction d'un tarif librement fixé pour les privés commerciaux). Ce montant défini *ex ante* serait ensuite réparti entre les résidents en fonction de leurs ressources, garantissant ainsi l'absence de perte pour l'établissement ;

- le tarif hébergement n'est fixé qu'en fonction du niveau de ressources du résident, sans prise en compte du compte prévisionnel de résultat de l'établissement. Ainsi, en fonction de la population accueillie, l'établissement n'ayant pas fait évoluer sa structure de coûts pourrait se trouver en situation déficitaire sur sa section hébergement. D'où la nécessité, particulièrement soutenue par la Mutualité française, d'une péréquation financière entre établissements déficitaires et établissements excédentaires.

Cette seconde option présente d'importants inconvénients. Outre sa complexité technique de mise en œuvre (quelle échelle de péréquation : région ou département ?), elle comporte le risque, pour les établissements que cette nouvelle formule rendrait déficitaires, d'un **ajustement à court terme par la baisse des coûts d'hébergement et donc de la qualité de la prestation**.

C'est pourquoi vos rapporteurs préconisent que la pratique du surloyer solidaire se déploie dans les établissements **sur la base d'un budget hébergement prévisionnel établi ex ante**. Par ailleurs, ce principe ayant vocation à remplir un objectif de solidarité horizontale entre résidents d'un même établissement, il semblerait logique d'en limiter l'application aux seuls Ehpad détenant une habilitation partielle à l'aide sociale.

¹ « Mutualité française vs. Synerpa : la convergence des luttes ? », Le Mensuel des maisons de retraite, n° 217, janvier 2019.

Proposition n° 14 : mettre en œuvre, au sein des établissements détenant une habilitation partielle à l'aide sociale, un mécanisme de surloyer solidaire à destination des résidents disposant des ressources les plus élevées, calculé sur la base d'un budget hébergement prévisionnel établi *ex ante*.

3. Redéfinir le périmètre du tarif hébergement des établissements partiellement ou totalement habilités

Au-delà du problème posé par sa dispersion, le tarif hébergement soulève une autre difficulté précédemment relevée par vos rapporteurs, relative à sa composition. L'**intégration au tarif hébergement de l'ensemble des activités auxiliaires de l'établissement**, lorsque ce dernier est partiellement ou totalement habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, paraît contestable à plusieurs égards :

- comme vos rapporteurs l'ont précédemment relevé, un résident d'un Ehpad public ou privé à but non lucratif pourrait être juridiquement qualifié d'usager d'un service public *administratif* local. En tant que tel, il n'est pas normal que le tarif qu'il doit acquitter soit calculé de telle sorte à couvrir les coûts de fonctionnement du service ;

- comme précédemment indiqué, la part des activités auxiliaires peut représenter jusqu'à 50 % du tarif hébergement ;

- selon le niveau des charges immobilières et financières, fortement variable en fonction de la zone d'implantation de l'établissement, elle réintroduit dans le niveau du tarif hébergement une **inégalité** entre personnes âgées dépendantes déconnectée du degré de dépendance ou (du moins directement) du niveau de ressources ;

- elle fait supporter au résident d'Ehpad des charges **assimilables à celles acquittables par un copropriétaire** (sans application de quote-part), alors même que le statut du résident d'Ehpad se rapprocherait davantage de celui d'un locataire.

L'acquiescement de l'ensemble des frais auxiliaires par un résident d'un Ehpad public ou privé non lucratif habilité n'est donc **pas admissible**.

L'obligation dans laquelle sont les gestionnaires d'Ehpad de faire supporter ces frais à leurs résidents s'explique par l'**insuffisante intervention des pouvoirs publics dans la politique d'investissement des Ehpad**.

Le plan d'aide à l'investissement : genèse et transformation

Depuis 2008, la CNSA s'est vue attribuer une mission pérenne d'aide à l'investissement pour la modernisation des structures existantes *accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées*, sans que celle-ci ne fasse l'objet de crédits dédiés. Initialement financé par les résultats excédentaires de la caisse, le plan d'aide à l'investissement (PAI) s'est par la suite vu affecter une fraction indéterminée de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), modifiable d'année en année.

À l'initiative des rapporteurs du Sénat de la loi ASV, le plan d'aide à l'investissement devait être originellement abondé, pour les exercices 2016 et 2017, par la moitié du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa), puis par une fraction déterminée du produit de la CSA, assurant ainsi une **pérennité de son financement**.

La version définitive du texte a finalement retenu une option de financement fondée sur une **dotation de 100 millions d'euros annuels** pour les exercices **2016, 2017 et 2018**, prélevée sur les excédents budgétaires de la caisse. Les rapporteurs médico-sociaux de la commission des affaires sociales du Sénat n'ont à cet égard eu de cesse d'alerter sur le caractère précaire de cette disposition, **limitée à trois ans** et qui a connu en 2018 son dernier exercice d'application.

Au titre du PAI pour 2018, les crédits autorisés pour le secteur des personnes âgées dépendantes s'élèvent à **71,5 millions d'euros, échelonnés sur quatre années** selon la répartition suivante : 3,575 millions d'euros en 2018, 10,725 millions d'euros pour 2019, 21,45 millions d'euros en 2020 et 35,75 millions d'euros pour 2021¹.

Ces niveaux sont unanimement dénoncés comme insuffisants.

Par ailleurs, la commission des affaires sociales du Sénat se montre depuis longtemps réticente à la couverture des dépenses immobilières dans le secteur public hospitalier et médico-social par des prélèvements obligatoires (cotisations sociales ou imposition) ou directement par l'utilisateur. Elle a, à plusieurs reprises, soutenu l'idée de faire supporter l'ensemble des charges immobilières des établissements sanitaires et médico-sociaux publics et privés non lucratifs, dont les Ehpad, par des organismes parapublics extérieurs, dont les **établissements publics fonciers (EPF)** nationaux et locaux offrent le meilleur exemple².

¹ Arrêté du 12 mars 2018 fixant pour 2018 le montant, les conditions d'utilisation et d'affectation des crédits destinés au financement d'opérations d'investissement immobilier prévus à l'article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles.

² La direction des fonds d'épargne de la caisse des dépôts et consignations (CDC) assume une mission similaire, en facilitant l'accès aux prêts à la construction aux Ehpad totalement habilités. La CDC concentre cependant son action sur le logement social.

L'avantage d'un financement externalisé des charges immobilières par les EPF repose essentiellement sur leur capacité d'emprunt, qui ne connaît pas les mêmes restrictions que celles qui s'exercent sur les Ehpad. L'idée a d'autant plus de sens que l'investissement public en Ehpad bénéficie d'un **effet de levier important** (1 euro d'investissement public engendre plus de 7 euros de travaux selon la CNSA) susceptible de convaincre les emprunteurs.

Cette solution se heurte cependant au **périmètre actuel des EPF**, que le législateur a souhaité limiter aux territoires où « les enjeux d'intérêt général en matière d'aménagement et de développement durables le justifient »¹. Le soutien à l'investissement en matière médicale ou médico-sociale ne représente pour l'heure qu'une part limitée du champ de leur action². Bien que vos rapporteurs mesurent toute l'ambition d'une telle préconisation, il leur paraît néanmoins souhaitable qu'une réflexion soit menée sur l'**externalisation du financement immobilier des Ehpad au profit d'EPF**.

Il va de soi que, compte tenu de la vocation sociale des EPF, leur intervention doit être **strictement limitée** aux établissements publics ou privés non lucratifs accueillant totalement ou partiellement à titre principal des bénéficiaires de l'aide sociale. Elle permettrait ainsi d'extraire les charges relatives aux activités auxiliaires de l'Ehpad du tarif hébergement et d'alléger substantiellement ce dernier.

Proposition n° 15 : ouvrir une réflexion sur l'externalisation du financement immobilier des Ehpad totalement ou partiellement habilités à l'aide sociale au profit d'établissements publics fonciers.

B. ASSURER LE RISQUE DÉPENDANCE : LA NÉCESSITÉ D'UNE RÉFLEXION GLOBALE

1. Les limites de la couverture dépendance assurantielle actuelle

- **Le marché de l'assurance dépendance privée est peu développé**

La couverture de la dépendance se compose aujourd'hui de deux éléments principaux :

- l'**APA** en constitue la part principale. Vos rapporteurs ont amplement détaillé ses mécanismes d'attribution : versée pour compenser les besoins de la personne âgée dépendante, elle peut engendrer un important reste à charge selon les ressources du bénéficiaire. Par ailleurs, elle n'ouvre droit qu'à des prestations en nature ;

¹ Article L. 321-1 du code de l'urbanisme.

² Les EPF limitent actuellement leur action à la constitution d'une réserve foncière en vue de l'acquisition d'un terrain ou d'un bâti.

- **l'assurance privée facultative** peut venir compléter ce premier étage de couverture assuré par la solidarité nationale. Elle est très majoritairement fournie par des organismes complémentaires (assurances complémentaires, mutuelles, institutions de prévoyance).

D'après ces organismes complémentaires auditionnés par vos rapporteurs, le nombre d'individus disposant d'une couverture privée facultative contre le risque de perte d'autonomie s'élève fin 2017 à **7,1 millions**.

Ces couvertures sont offertes par des mutuelles (4,1 millions de personnes, pour l'essentiel composés de fonctionnaires), des sociétés d'assurance (2,7 millions de personnes) et des institutions de prévoyance (0,3 million de personnes). Les cotisations¹ s'élèveraient à **783 millions d'euros en 2017**, pour 6,7 milliards d'euros de provisions techniques.

Les sociétés d'assurance représentent 38 % des personnes couvertes pour 83 % des cotisations, tandis que les mutuelles représentent 58 % des personnes couvertes et 12 % des cotisations collectées.

Le marché de l'assurance dépendance privée facultative est donc **très faiblement développé**. Le montant des cotisations versées par les particuliers (783 millions d'euros en 2017) ainsi que le montant des prestations assurées par les assurances complémentaires (225 millions d'euros en 2015) sont à rapporter aux chiffres globaux de l'APA effectivement versée (plus de 6 milliards d'euros) et montrent l'**écrasante prépondérance de la couverture publique solidaire**.

L'assurance privée facultative présente l'avantage théorique de compenser par un mécanisme de couverture complémentaire privée les reste à charge plus importants dont doivent s'acquitter les bénéficiaires de l'APA dont les ressources sont plus importantes.

Vos rapporteurs ont néanmoins remarqué qu'il n'assurait de couverture satisfaisante que pour les bénéficiaires peu favorisés (dont l'APA couvre l'intégralité des besoins) et pour les bénéficiaires très favorisés (dont les revenus d'activité leur ont permis de souscrire une assurance complémentaire), laissant entier le problème des **classes moyennes**. L'assurance privée dépendance se trouve donc particulièrement touchée par le phénomène de la **sélection adverse**.

¹ Pour la clarté des propos qui suivent, vos rapporteurs rappellent que le terme « cotisation » désigne, en langage assurantiel, le montant acquittable par l'assuré pour l'ouverture d'un droit au moment de la survenue d'un risque.

- **Les produits de l'assurance dépendance privée manquent de souplesse**

Les produits proposés par les organismes complémentaires en matière de couverture contre la perte d'autonomie se caractérisent *a priori* par leur très grande **diversité, même si un modèle majoritaire semble se dégager** :

- *nature de la souscription* : elle peut être individuelle ou collective. Elle est majoritairement **collective**, en raison de l'adossement de la couverture dépendance à une couverture collective déjà existante et généralement assurée par l'employeur (souvent la complémentaire santé). En conséquence de cette souscription collective, la couverture dépendance demeure une souscription **mutualisée** (les primes ne sont pas capitalisées au profit du souscripteur mais permettent à l'assureur de constituer des provisions pour la couverture du risque à venir) et non une souscription capitalisée (le souscripteur conserve la propriété de son capital et des produits afférents) ;

- *durée de la garantie* : la garantie peut être annuelle ou viagère. Dans le premier cas, l'assurance ne couvre que le risque de l'année en cours, l'assureur ne prend aucun engagement au-delà de l'année et l'individu n'est plus couvert si sa garantie n'est pas renouvelée au terme de la période ; dans le second cas, l'individu est assuré jusqu'à son décès. Environ 67 % des personnes couvertes bénéficient de garanties **annuelles**, qui ont l'avantage de ne pas faire face à l'incertitude de l'horizon temporel (les cotisations à acquitter sont donc plus limitées et les rentes proposées plus attractives), mais n'offrent pas de droits au-delà de l'année de souscription ;

- *niveau de la rente versée* : elle peut être forfaitaire (définie *ex ante* dans le contrat de souscription) ou indemnitaire (calculée en fonction du coût du risque survenu). Elle est dans tous les cas **forfaitaire** et ne couvre donc pas l'intégralité des coûts après survenue du risque.

Le produit assurantiel privé revêt donc, dans sa majorité, les caractères suivants : **adossé à un contrat collectif existant, il prend la forme d'une souscription mutualisée et sert une garantie annuelle et forfaitaire**. Il s'agit donc d'un produit relativement rigide et qui assure une couverture lacunaire.

- **Les tentatives récentes d'étendre l'assurance dépendance privée à des produits capitalisés et individuels n'ont pas abouti**

Compte tenu de la rigidité et de la couverture insuffisante que procuraient les produits assurantielles mutualisés et collectifs, plusieurs initiatives récentes ont tenté d'engager un **déport de l'assurance privée dépendance sur des produits capitalisés et individuels**. Le vecteur privilégié ne serait plus le contrat complémentaire, mais le contrat d'assurance-vie, dans lequel la garantie principale est une garantie-décès ou d'épargne-retraite et dans lequel la couverture du risque dépendance interviendrait à titre subsidiaire.

Cette formule, très individualisée, présente l'avantage de garantir au souscripteur des rentes viagères et indemnitaires, mais amplifiée, compte tenu de l'absence de toute mutualisation, le problème de la sélection adverse : en effet, pour que la rente individuelle soit suffisante pour financer le coût de la dépendance éventuelle, il faut que la capacité d'épargne au cours de la période de cotisation ait été élevée.

Par ailleurs, le faible développement de la demande privée de couverture contre la perte d'autonomie **n'aide pas à la régulation et à l'homogénéisation de l'offre par les assureurs**, qui présentent d'importantes différences de pratiques en termes de couverture et de cotisations. Comme le souligne l'union française des consommateurs (UFC), la plupart des assureurs ne s'appuient sur la grille AGGIR pour l'estimation de la dépendance, mais sur la grille des actes de la vie quotidienne (AVQ), ce qui peut conduire à des déconnexions entre prise en charge publique au titre de l'APA et soutien complémentaire par l'assurance privée. L'absence de table réglementaire établie sur la probabilité de devenir dépendant permet en outre aux assureurs de définir en interne leur échelonnement de cotisations.

Prenant donc acte d'une capacité d'épargne qu'il est difficile de solliciter davantage, la réflexion s'est portée sur la **mobilisation de droits constitués au titre de produits d'épargne déjà existants**. Notre collègue Jean-François Husson, rapporteur du projet de loi relatif à la croissance et la transformation des entreprises (Pacte), avait à ce titre déposé un amendement étendant la possibilité d'une liquidation anticipée des droits constitués dans le cadre d'un **plan d'épargne retraite** dans le cas où ces derniers seraient affectés à des travaux d'adaptation de la résidence principale à la perte d'autonomie. Cet amendement a été supprimé en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale¹.

L'initiative de mobiliser des droits déjà constitués, quoique bienvenue, présentait de plus l'inconvénient de n'offrir qu'**une sortie de ces droits en capital, et non en rentes**. Or la sortie en capital (« one shot ») déconnecte le versement des droits de l'aléa viager que suppose toute perte d'autonomie.

Force est donc de constater que la couverture du risque dépendance par la capitalisation personnelle ne semble pas promise à un avenir très prospère.

¹ Le texte reste actuellement en discussion.

2. La nécessité d'une assurance dépendance obligatoire

Trois raisons principales conduisent vos rapporteurs à préconiser, dans le prolongement des débats de 2007-2008 relatifs au « cinquième risque », la mise en place d'une **assurance dépendance obligatoire** :

- l'incapacité du secteur assurantiel facultatif à remplir simultanément l'objectif d'une couverture **large et efficace** (soit la couverture est mutualisée mais trop rigide, soit elle est individualisée mais trop onéreuse) ;

- le maintien des phénomènes de sélection adverse, qui écartent une grande partie des classes moyennes de la couverture dépendance ;

- le niveau structurellement insuffisant de la couverture actuellement assurée par la solidarité nationale *via* l'APA.

Concernant ce dernier point, vos rapporteurs ont déjà fait part de leur scepticisme quant à l'optimisme du Gouvernement sur la remobilisation de fonds publics déjà existants (excédents de la sécurité sociale et ressources affectées à la Cades) pour le financement de la dépendance. Outre le caractère fondamentalement incertain de la disponibilité à venir de ces fonds, ils rappellent que le reste à charge dépendance est au minimum estimé à **3 milliards d'euros**, alors même que les niveaux des plans d'aide APA à domicile et des forfaits globaux dépendance sont unanimement considérés comme insuffisants et qu'il est certain que des personnes âgées à domicile ne sollicitent pas l'intégralité de leur plan d'aide en raison de leurs ressources.

Vos rapporteurs ne considèrent donc pas comme raisonnable l'hypothèse selon laquelle le simple refléchage de fonds publics existants sera suffisant. Il est donc absolument nécessaire d'imaginer un **mode complémentaire** de financement de la dépendance qui ne fasse pas appel à la solidarité nationale (puisque l'on se maintient à périmètre fiscal constant) et qui ne reproduise pas les écueils de l'assurance facultative : **l'assurance dépendance obligatoire semble s'imposer**.

Cette préconisation va résolument plus loin que celle que le Sénat avait précédemment formulée dans son rapport d'étape sur la construction du cinquième risque de 2008¹. Il était alors question d'organiser le financement du risque dépendance autour d'une meilleure articulation entre la solidarité nationale et les garanties assurantielles privées, qui devaient conserver un caractère incitatif et facultatif : plus de dix ans plus tard, vos rapporteurs sont contraints de constater qu'un pareil schéma peine à émerger et que le « partenariat public-privé » qui était alors souhaité ne s'est pas réalisé.

¹ Construire le cinquième risque : le rapport d'étape, *rapport d'information de M. Alain VASSELLE, fait au nom de la mission commune d'information dépendance, n° 447, 8 juillet 2008.*

La mise en œuvre d'une assurance dépendance obligatoire pose trois questions principales. Cette assurance devrait-elle fonctionner par répartition ou par capitalisation ? Parce qu'obligatoire, devra-t-elle revêtir un caractère public ? Quelles modalités de cotisations et d'ouverture de droits ?

- **Répartition ou capitalisation ?**

Rendre obligatoire un système d'assurance par capitalisation pour la couverture de dépenses décorellées du niveau de ressources ne ferait qu'aggraver le phénomène de sélection adverse déjà observé pour l'assurance privée facultative. Un pareil système renforcerait la couverture des bénéficiaires les plus aisés (sans que leurs besoins s'en trouvent par ailleurs mieux couverts) mais n'aurait probablement qu'un effet marginal sur la couverture des bénéficiaires des classes moyennes (dont les besoins resteraient imparfaitement couverts).

Vos rapporteurs estiment donc préférable de recourir à un système d'assurance obligatoire dépendance **par répartition**, bien plus cohérent lorsque l'aléa du risque couvert ne dépend pas directement du revenu. Par ailleurs, le principal écueil des assurances privées facultatives par répartition identifié par vos rapporteurs (garanties non viagères et forfaitaires) pourra être atténué dès lors que le caractère universel de l'assurance élèvera substantiellement le montant des provisions.

Rien n'empêchera, enfin, les bénéficiaires volontaires de compléter cette couverture assurantielle par des produits facultatifs et capitalisés.

- **Publique ou privée ?**

La réunion de ces deux caractères (obligatoire et par répartition) semble rapprocher l'assurance dépendance d'une assurance publique. Ce rapprochement paraît d'autant plus fort que vos rapporteurs préconisent une **diffusion généralisée de la grille AGGIR pour l'évaluation de la dépendance des cotisants et l'abandon de tout autre outil interne**.

Plusieurs fédérations d'organismes complémentaires auditionnées ont ainsi fait part de leurs doutes quant à la plus-value du secteur privé pour la gestion d'un produit présentant des contraintes de cotisation et de versement très similaires à celles de la sécurité sociale.

Vos rapporteurs souhaitent à cet égard faire état d'une différence d'appréciation.

D'une part, *pour votre rapporteure*, les caractères de l'assurance dépendance préconisée (généralisation, obligatoire, répartition) la rendent tout à fait **compatible avec une intégration au système public de sécurité sociale**. Cette intégration lui paraît d'autant plus souhaitable qu'un marché assurantiel privé, en raison de l'asymétrie d'information qu'il suppose, risque de faire émerger des pratiques tarifaires discriminantes et d'accentuer les différences de couverture en fonction des revenus.

D'autre part, *pour votre rapporteur*, **le secteur privé doit conserver la gestion du risque dépendance**, pour trois raisons :

- la gestion du risque dépendance se distingue de celle des autres risques sociaux assurés par la sécurité sociale par une présence plus importante de l'aléa viager¹. La compétence acquise des acteurs privés en matière de projection, d'actualisation et de provisionnement reste donc indispensable ;

- par ailleurs, la répartition des recettes des régimes de sécurité sociale, définie chaque année par la LFSS, leur assure une relative fongibilité. Or votre rapporteur est convaincu de la nécessité d'un compte dépendance isolé, afin de garantir la lisibilité du produit ;

- enfin, votre rapporteur pointe un risque de substitution des prestations d'assurance maladie et d'assurance maladie plus élevé lorsque ces dernières sont gérées par un acteur unique. L'exemple allemand en fournit l'illustration.

L'exemple allemand : les difficultés de lisibilité issues de l'intégration de l'assurance dépendance dans le système de sécurité sociale

L'Allemagne a fait le choix depuis 1995 d'une assurance obligatoire dépendance **intégrée dans le système de sécurité sociale**. Ainsi, bien que l'assurance dépendance finance normalement des prestations distinctes de celles de l'assurance maladie, la gestion administrative de ces deux branches du système assurantiel allemand est commune. Ce choix d'une gestion commune n'est pas sans poser plusieurs difficultés.

En effet, l'instauration d'une cinquième branche a eu pour conséquence explicite de rendre les prestations de l'assurance dépendance et les prestations de l'assurance maladie **exclusives l'une de l'autre**, alors même qu'elles sont indissociables dans la prise en charge de la dépendance.

Le problème ne se pose pas pour la prise en charge de la dépendance dite « ambulatoire », à domicile. Le versement à la personne bénéficiaire d'une prestation en espèces au titre de la dépendance n'est pas exclusive des soins de ville ou hospitaliers qu'elle est par ailleurs susceptible de requérir.

¹ Cette dimension est certes présente dans le versement des retraites (puisque l'on ne maîtrise pas la durée de pension), mais elle peut être pilotable par la manipulation, même ex post, de données macroéconomiques (âge légal de départ, niveau moyen des pensions, durée de cotisation). La gestion du risque dépendance, qui suppose la couverture viagère d'un besoin (et non le versement viager d'une prestation en espèces), ne peut recourir à ces mêmes instruments.

En revanche, dans le cas d'un accueil de la personne en établissement (prise en charge dite « stationnaire »), le financement se fait exclusivement par le versement d'un forfait par la branche dépendance. Compte tenu de l'exclusivité des missions des branches au sein du système de sécurité sociale, il est alors très difficile pour les directeurs d'établissement de faire supporter par l'assurance maladie certaines prestations (pourtant médicales) que le forfait dépendance ne parvient pas à couvrir.

La question fait l'objet d'un débat politique encore non tranché. Les établissements d'accueil allemands doivent acquitter chaque année 3,5 milliards euros de frais qui relèvent *formellement* de l'assurance dépendance mais qui devraient relever *matériellement* de l'assurance maladie.

Ce problème est une conséquence directe de la distinction assez artificielle entre maladie et dépendance induite par la création d'un « cinquième risque ». Il ne se serait sans doute pas posé en termes aussi complexes si le risque dépendance relevait d'un acteur différent de celui du risque maladie.

À ce stade, vos rapporteurs ne formulent donc pas de préconisation quant à l'acteur qui assurera la couverture du futur risque dépendance. Au vu de leurs deux positions, il reviendra au Gouvernement de trancher entre l'attribution de **la compétence du secteur assurantiel privé** ou l'intégration d'un cinquième risque au système actuel de sécurité sociale.

- **Quelles modalités de cotisations et d'ouverture de droits ?**

Vos rapporteurs rappellent que le reste à charge dépendance (qui seul est susceptible d'être couvert par un mécanisme assurantiel) s'élève en moyenne à **208 euros par mois** par personne âgée dépendante. En raison de la part importante (et non quantifiée) des personnes dépendantes à domicile renonçant à une partie de leur plan d'aide APA pour cause de ressources insuffisantes, ce chiffre n'est qu'une estimation *a minima*.

La fédération française de l'assurances (FFA) a dessiné les contours d'un modèle assurantiel garantissant le versement d'une **rente viagère mensuelle de 500 euros** en cas de dépendance (GIR 1 à 4). Sans être tout à fait fondé sur un besoin exprimé, ce chiffre paraît beaucoup plus proche du reste à charge dépendance réel actuel.

Montant de la cotisation mensuelle en 2020
selon l'âge de souscription et la durée de versement de la prestation (en euros)

Type d'assurance universelle	Âge de souscription	
	40 ans et plus	60 ans et plus
Assurance par capitalisation	42	75
Assurance par répartition	28	58

Source : FFA

Selon la FFA, la cotisation moyenne mensuelle pour une assurance obligatoire par répartition garantissant une rente mensuelle viagère de 500 euros en cas de dépendance atteint **28 euros si la souscription est généralisée dès l'âge de 40 ans, 58 euros si elle intervient à partir de 60 ans.**

Compte tenu de ce montant moyen, il conviendrait que la fixation de la cotisation individuelle soit faite, au moins dans un premier temps, en **proportion des revenus de toute nature de l'assuré.**

Quant à l'âge d'entrée en cotisation (40 ou 60 ans), il pose une question de solidarité intergénérationnelle à laquelle il n'est pas aisé de répondre. La logique classique de l'assurance, qu'ont défendue l'ensemble des fédérations auditionnées par vos rapporteurs, fait reposer l'efficacité économique du système sur le duo **assiette large/montant de cotisation faible** et militerait davantage pour une entrée à 40 ans.

Pour autant, le risque dépendance se distinguant des autres risques sociaux par son caractère foncièrement aléatoire, il paraîtrait également légitime de **le faire reposer sur la frange de population la plus susceptible d'être concernée.** C'est notamment la position de nos collègues Julien Bargeton, Fabienne Keller et Nadia Sollogoub, exprimée dans leur rapport précité : alors que la vieillesse « se dédouble en deux âges, la vieillesse proprement dite, ce qu'on pourrait appeler la grande vieillesse, et un nouveau troisième âge qui correspond à une séniorité active [qui] correspond aussi à un âge où le niveau de revenu et de patrimoine moyen est à son maximum », ne serait-il pas **économiquement plus pertinent et socialement plus juste de faire uniquement reposer le coût assurantiel de la dépendance sur ces « séniors actifs »** et d'ainsi épargner les âges intermédiaires ?

Intellectuellement séduisante, cette dernière hypothèse paraît néanmoins plus hasardeuse. Elle conclut notamment aux capacités contributives plus élevées des séniors en mêlant leur *revenu* et leur *patrimoine*, sans rappeler que le second, par nature moins liquide, est sensiblement plus important que le premier. Or, afin de garantir la faisabilité d'un système assurantiel obligatoire, vos rapporteurs estiment préférable de s'en tenir à une **cotisation dépendance assise sur les revenus.**

Par conséquent, leur préférence va au scénario prévoyant l'entrée dans le système assurantiel **dès 40 ans ou, mieux, dès le début de la vie professionnelle.**

Proposition n° 16 : relancer la réflexion pour la mise en œuvre d'une assurance dépendance obligatoire qui réunirait les caractères suivants :

- un système par répartition ;
- une régulation importante par la généralisation de la grille AGGIR auprès des assureurs et l'homogénéisation de l'évaluation des besoins et des diagnostics ;
- l'application de règles prudentielles strictes dans la constitution des provisions techniques ;
- une entrée relativement précoce dans le système ;
- une cotisation proportionnelle aux revenus de toute nature de l'assuré.

3. Un financement mixte est nécessaire pour assurer une couverture intégrale du risque dépendance

Se pose alors la question délicate de l'**articulation** entre l'élément existant de la prise en charge de la dépendance (la solidarité nationale assurée par l'APA) et l'élément que vos rapporteurs appellent de leurs vœux (la cotisation dépendance assise sur les revenus des individus).

Actuellement, l'élément solidaire intervient à titre principal (avec prise en compte des revenus) et l'élément assurantiel (privé facultatif) à titre subsidiaire. Les développements précédents se sont attachés à démontrer le caractère insatisfaisant de l'attribution de l'APA qui, à même niveau de ressources, fait augmenter la participation du bénéficiaire en fonction de son degré de dépendance.

Compte tenu des contraintes qui pèsent sur les finances publiques, l'ambition déclarée du Gouvernement d'assurer à toutes les personnes âgées dépendantes une prestation universelle susceptible de corriger cet écueil ne pourra être atteinte qu'à la condition d'une **diversification des sources obligatoires de financement de la dépendance**.

L'exemple allemand : une source unique de financement de la dépendance contraint à une couverture partielle des besoins

Le financement de la dépendance en Allemagne est exclusivement assuré par une cotisation sociale assise sur le salaire brut de 3,05 % et acquittable pour moitié par l'employeur et pour moitié par le salarié. La cotisation dépendance s'interrompt par ailleurs pour toute la fraction du salaire brut supérieure à 4 225 euros par mois. **Les recettes de l'assurance dépendance sont donc étroitement définies.**

Les droits ouverts au titre de l'assurance dépendance sont définis par référence à 5 niveaux de besoins, qui correspondent chacun à un montant forfaitaire alloué (contrairement au plafond d'aide APA, défini en fonction de l'ensemble des besoins constatés). Le bénéficiaire touche donc une allocation, dont une partie lui est versée en espèces, qui n'est pas calculée en fonction de sa situation personnelle. En conséquence, les prestations servies par l'assurance dépendance **n'assurent qu'une couverture partielle des besoins et ne revêt absolument pas le caractère d'une prestation universelle.**

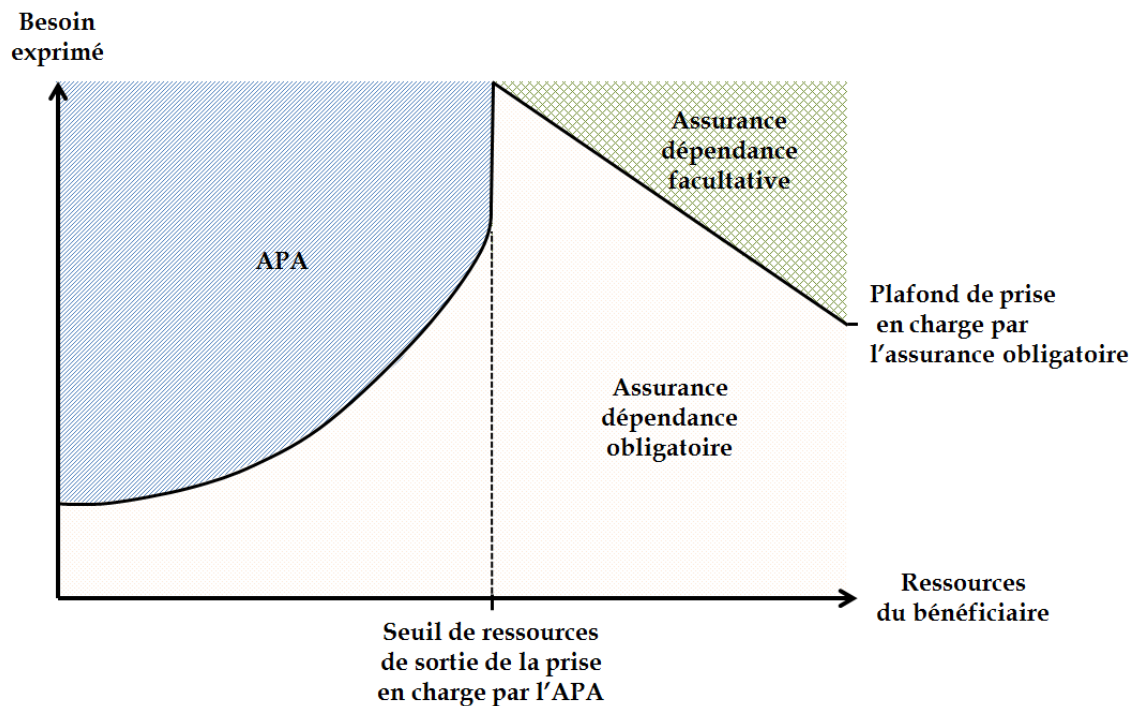
Grâce au versement de l'allocation en espèces ainsi qu'à l'absence de définition d'un plan d'aide, le reste à charge à domicile n'existe par définition pas (il n'est en effet pas possible d'appliquer à l'Allemagne l'écueil particulier à la France d'un *renoncement* à la part du plan d'aide APA que le bénéficiaire ne pourrait acquitter sur ses ressources). En revanche, le calcul du reste à charge en établissement montre qu'après versement de l'allocation par l'assurance dépendance, l'ensemble des frais acquittables par le résident (dépendance et hébergement) s'élève en moyenne à 1 800 euros (avant intervention de l'aide sociale), soit substantiellement plus qu'en France (1 190 euros).

Ainsi, la prise en compte de plusieurs sources obligatoires de financement suppose de définir leur ordre d'intervention. Or le modèle social français a toujours considéré l'intervention de la solidarité nationale comme subsidiaire par rapport à toutes les autres formes de contribution obligatoire (assurantielle ou issue du foyer). Ceci conduit vos rapporteurs à préconiser une **inversion de l'ordre actuel d'intervention des financeurs** : la couverture devra être principalement assurée par les recettes issues de la contribution dépendance, et subsidiairement par la solidarité nationale.

La **montée en charge** du modèle préconisé par vos rapporteurs, conçu essentiellement pour limiter un reste à charge *résultant* des modalités d'attribution de l'APA, contraindra cependant **dans un premier temps** à maintenir l'APA comme premier recours financier en cas de dépendance et à faire intervenir la rente mensuelle assurantielle de façon complémentaire. Les assureurs y seront par ailleurs contraints en raison du délai nécessaire à la constitution de provisions techniques suffisantes pour assurer la couverture du risque.

À moyen terme, il conviendra néanmoins que le schéma de financement prenne la forme suivante.

Schéma de financement de la dépendance préconisé par vos rapporteurs



Source : commission des affaires sociales

Note de lecture : la part du financement de l'APA, de l'assurance dépendance obligatoire et de l'assurance dépendance facultative y figurent **en proportion des ressources**. Ainsi, si l'on se place en-deçà du seuil de sortie de la prise en charge par l'APA, on voit son besoin couvert concurremment par l'assurance dépendance obligatoire et l'APA, avec une proportion de la première croissante en fonction du revenu. Au-delà de ce seuil, le besoin est concurremment couvert par l'assurance dépendance obligatoire et l'assurance dépendance facultative, avec une proportion de la première décroissante en fonction du revenu.

Ce schéma repose sur les hypothèses suivantes :

- jusqu'à un certain seuil de ressources, la prise en charge de la dépendance est couverte par une sollicitation mixte des ressources assurantielles et solidaires, dont la répartition évolue en fonction du niveau des ressources, avec un **montant garanti de couverture assurantielle** ;

- à partir de ce seuil, l'intervention du financement solidaire s'interrompt et la participation des couvertures individuelles facultatives voit sa proportion augmenter.

La préconisation de vos rapporteurs permettrait de sortir de l'écueil actuel de l'APA, qui fait davantage participer les bénéficiaires plus dépendants, à même niveau de ressources.

Ils tiennent également à préciser que **la cotisation dépendance, proportionnelle au revenu, ne porterait que sur une fraction plafonnée de ce dernier**, afin de ne pas pénaliser les classes moyennes. À titre d'exemple, l'Allemagne interrompt la cotisation dépendance au-delà de 4 225 euros brut par mois. Il conviendrait également que soit défini, pour toute personne âgée dépendante, indépendamment de ses revenus, **un montant de couverture garanti**. Ces deux mesures, appliquées conjointement, renforceraient le caractère solidaire du dispositif.

Cette réforme du financement de la dépendance devra être déployée **d'une façon similaire en établissement et à domicile**. Les forfaits globaux dépendance versés aux Ehpad au titre de l'APA en établissement devront ainsi être calculés en considération de la couverture dépendance obligatoire individuelle des résidents. Afin d'assurer l'égalité de traitement des résidents d'Ehpad en matière de dépendance, **il faudra donc prévoir une fongibilité des droits individuels cotisés au moment de l'entrée en Ehpad**.

Proposition n° 17 : construire un système de financement de la dépendance mixte fondé sur l'intervention principale de la ressource assurantielle et l'intervention subsidiaire de la ressource solidaire, en sachant que :

- la montée en charge du modèle supposera le maintien dans un premier temps d'un financement d'abord supporté par l'APA puis par la cotisation dépendance ;
- la couverture de la dépendance devra définir un montant garanti pour tous les assurés quel que soit leur revenu ;
- la couverture de la dépendance en établissement devra passer par une fongibilité des droits individuels cotisés des résidents.

C. AU-DELÀ DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE, LA SOLLICITATION ACCRUE DES PATRIMOINES PRIVÉS

Par leur nature particulière, les dépenses induites par la perte d'autonomie, dont on a vu qu'elles étaient amenées à croître dans l'avenir, doivent demeurer couvertes par la solidarité nationale et par des mécanismes contributifs obligatoires. Toutefois, l'importante concentration du patrimoine par les personnes âgées de 60 ans et plus n'a pas laissé d'interroger vos rapporteurs sur l'opportunité de solliciter cette source financière pour les besoins spécifiques à cette population.

Cette idée poursuit deux objectifs : l'un explicite de **ne pas faire uniquement reposer le financement de la dépendance sur les revenus, mais sur la richesse globale** ; l'autre sous-jacent de **favoriser la liquidité et la redistribution d'un patrimoine excessivement concentré**.

Ces questions délicates, dont les enjeux touchent le champ de la transmission patrimoniale, devront être posées à plus long terme ; vos rapporteurs s'en tiendront pour l'heure à la recommandation de mécanismes incitatifs.

1. Le problème du « patrimoine dormant »

La France détient aujourd'hui 6 à 8 fois plus de patrimoine qu'elle ne produit de revenu national. La distribution de ce patrimoine présente plusieurs caractères :

- il présente **une composante immobilière et une composante financière** : les personnes les plus favorisées possèdent un patrimoine majoritairement financier, alors que les personnes plus modestes répartissent leur patrimoine entre 60 % d'immobilier et 40 % de financier ;

- il est **très concentré en fonction de l'âge du détenteur** : les personnes âgées de plus de 60 ans possèdent 60 % du patrimoine immobilier et 60 % du patrimoine financier. Le patrimoine financier comprend essentiellement des produits d'assurance-vie, faiblement risqués et au rendement peu élevé.

Ce constat ne pose pas qu'un problème d'équité intergénérationnelle, mais également de légitimité de la dépense publique. L'absence de prise en compte du patrimoine dans l'attribution de l'APA ou de l'ASH, dont la condition de ressources n'intègre que les revenus des bénéficiaires, associée à plusieurs incitations fiscales à sa conservation par le résident aboutit à la **coexistence de moins en moins tenable** chez les résidents d'une **demande croissante d'aide publique** et d'une **accumulation croissante de « capital dormant » faiblement liquide**.

Cette situation a donc conduit certains spécialistes à prescrire un financement **portant essentiellement sur ce stock de capital détenu**, insuffisamment mobilisé et exclusivement destiné à la transmission aux héritiers.

Les propositions de M. André Masson, économiste¹

Bien que préconisant un modèle assurantiel obligatoire, M. André Masson n'adopte pas les mêmes hypothèses que celles retenues par vos rapporteurs. Son postulat initial repose sur une contestation du modèle assurantiel classique, selon lequel la constitution de provisions suffisamment développées pour couvrir le risque s'appuie sur une assiette de cotisation large et un taux de prélèvement faible. En raison des difficultés d'accès à l'emploi, au logement et au crédit subies par les jeunes générations, la généralisation d'un modèle d'assurance dépendance obligatoire à l'ensemble de la population cotisante ne manquera pas de poser un problème de soutenabilité économique (baisse du pouvoir d'achat) et d'acceptabilité politique.

En conséquence, M. Masson préconise que l'assiette de la cotisation dépendance soit uniquement constituée par le stock de capital financier détenu par les personnes âgées de plus de 60 ans². Vos rapporteurs n'ont pas manqué de faire remarquer que cette mesure, dont les effets sur les particuliers seraient similaires à une hausse de la fiscalité sur le capital, ne manquerait pas d'entraîner une fuite des capitaux tant horizontale (placements à l'étranger) que verticale (donations à titre gratuit). Le schéma proposé par M. Masson n'intègre pas pour autant de fiscalité anti-donation supplémentaire, compte tenu des effets bénéfiques attendus d'une redistribution verticale du patrimoine financier. Il prévoit en revanche un alourdissement substantiel de la fiscalité successorale *post mortem* afin de désinciter à la conservation du patrimoine pour seul motif de transmission.

Par ailleurs, cette augmentation des prélèvements sur le capital se verrait compensé par un allègement de la fiscalité des revenus des personnes de plus de 60 ans ainsi que par un retour de l'indexation des pensions sur les salaires. Ce transfert implicite de la fiscalité du grand âge des revenus vers le capital serait ainsi de nature à limiter les fuites.

Bien que mesurant l'intérêt théorique d'un tel modèle, vos rapporteurs l'estiment pour l'heure irréalisable en raison de puissants facteurs économiques et culturels :

- l'abaissement de la fiscalité des revenus et la hausse de la fiscalité du capital pour les seniors risqueraient de créer une **fracture fiscale importante** entre générations : nous nous retrouverions avec d'un côté une génération d'individus fiscalisés sur des revenus d'activité et de l'autre une génération faiblement imposés sur des revenus de remplacement. De plus, la fiscalité touchant les revenus d'activité des jeunes générations serait légitimement vécue comme redondante avec la fiscalité touchant le capital financier des seniors, ce dernier étant principalement constitué par une fraction desdits revenus d'activité ;

- par ailleurs, **l'attachement bien senti des Français à la transmission de leur patrimoine** ne s'accommoderait pas d'un schéma aussi défavorable aux héritiers.

¹ Auteur d'un article « L'épargnant propriétaire face à ses vieux jours », Revue française d'économie, t. XXX, 2015/2, p. 129-177.

² Le stock de capital immobilier ne serait pas mobilisé pour le financement de l'assurance obligatoire pour des raisons de liquidité.

2. L'insuffisante sollicitation des instruments existants de liquidation du patrimoine

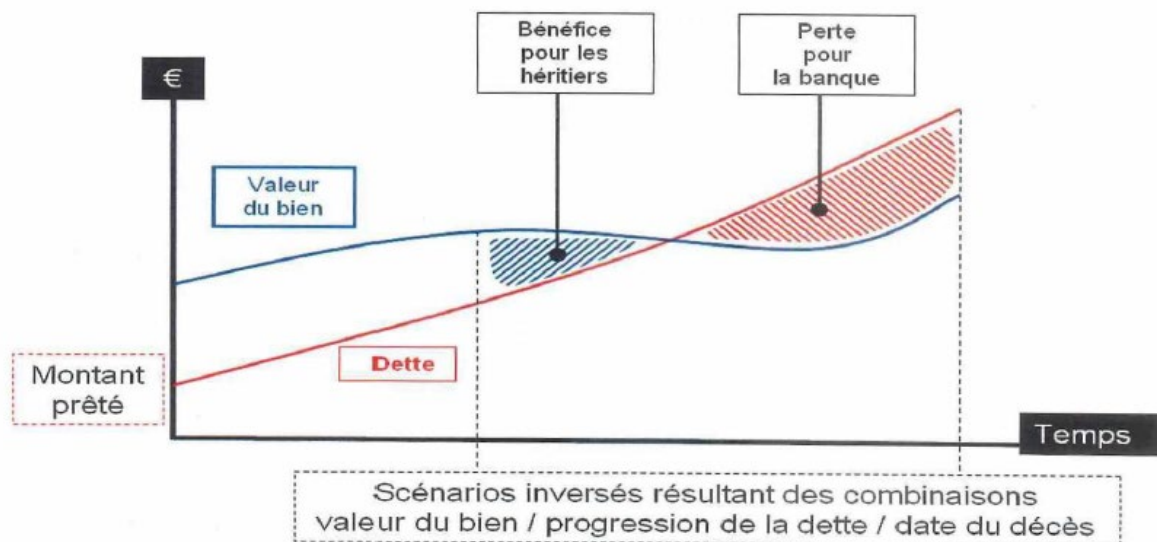
Concurremment aux logiques de couverture collective par des instruments de mutualisation du risque et de couverture individuelle par des produits d'épargne, une autre forme de couverture individuelle tente de se développer, qui privilégie la liquidation du patrimoine immobilier détenu par les ménages. Historiquement peu sollicitée en raison d'une certaine aversion pour l'aliénabilité des patrimoines, cette couverture présente néanmoins quelques intérêts, malgré de profonds déséquilibres de marché.

• Le prêt viager hypothécaire : une faible incitation de l'offre

Le prêt viager hypothécaire est un instrument de crédit spécifique mis à disposition des personnes âgées de plus de 60 ans propriétaires de leur bien immobilier et à ce jour exclusivement distribué par le Crédit foncier.

Il s'agit d'un prêt gagé sur le logement. Il permet à la personne d'obtenir un prêt sans aucun remboursement mensuel. Au décès, le prix du logement hypothéqué en garantie du prêt devra couvrir le remboursement du capital emprunté et des intérêts. Si le prix du bien se révèle supérieur à la créance de la banque, le surplus sera transmis aux héritiers ; si le prix du bien est inférieur à la créance de la banque, cette dernière sera seule à l'assumer.

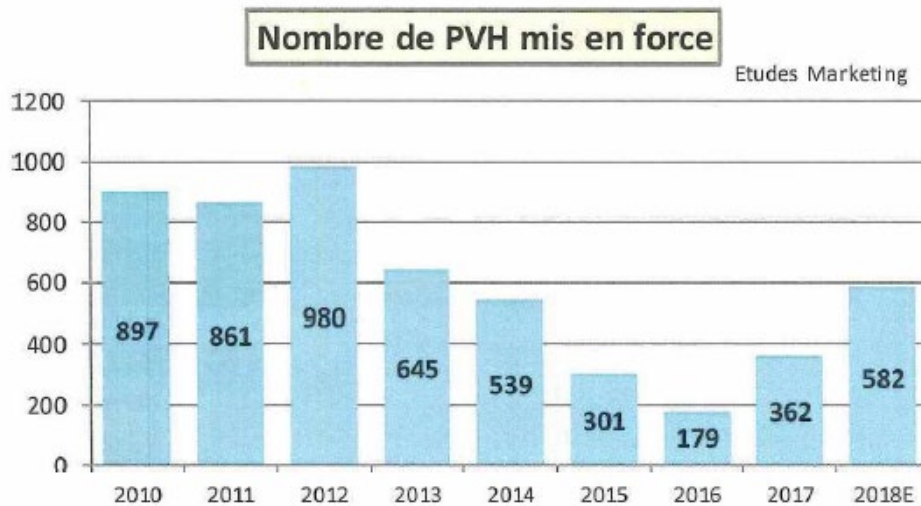
Schéma du prêt viager hypothécaire



Source : Crédit foncier

Ces conditions, *a priori* favorables aux emprunteurs ainsi qu'à leurs héritiers, expliquent le taux d'intérêt relativement élevé du prêt : 4,6 %. Si l'on y ajoute les frais de dossier, les coûts d'assurance et les frais annexes, il est fréquent que le **taux annuel effectif global (TAEG) dépasse le seuil de l'usure** (fixé depuis 2017 à 6,40 %) **pour atteindre les 8 %**.

Le risque supporté par le prêteur explique que le montant du prêt consenti ne porte jamais que sur une part limitée du logement : pour les emprunteurs les plus jeunes, le Crédit foncier propose de financer jusqu'à 20 % de la valeur du bien, cette part pouvant aller jusqu'à 60 % pour les personnes les plus âgées. En raison de ces restrictions afférentes au produit, le prêt viager hypothécaire demeure un **instrument peu distribué**.



Source : Crédit foncier

Il est actuellement difficile de préciser si la faible diffusion de ces prêts provient d'une sollicitation limitée de la demande (les personnes âgées y auraient peu recours en raison de la lésion de leurs héritiers) ou d'une frilosité de l'offre (sensible au risque de perte au moment de la liquidation du bien).

Compte tenu de son caractère exclusivement volontaire et de son objet relativement circonscrit, vos rapporteurs estiment intéressant de développer les conditions d'accès au prêt viager hypothécaire en lui aménageant un **régime spécifique de taux**.

Le prêt viager hypothécaire n'étant pas une opération de crédit destiné à financer l'acquisition d'un immeuble, la définition de son TAEG suit les mêmes règles que les opérations de crédit à la consommation. Or le taux régissant ces dernières est étroitement encadré par l'article L. 314-6 du code de la consommation, aux termes duquel un prêt conventionnel ne peut être consenti à un taux supérieur d'un tiers au taux de l'usure. **Le plafond du TAEG prêt viager hypothécaire s'établit donc à environ 8,5 %**. Or ce taux ne permet pas, selon le Crédit foncier, d'assurer une couverture du risque suffisante pour inciter les établissements de crédit à développer l'offre du produit.

La nature spécifique du prêt viager hypothécaire, difficilement assimilable à un crédit à la consommation, commanderait que des conditions particulières de taux lui soient appliquées. Son objet et ses modalités particulières (prêt gagé sur le logement, *absence de remboursement d'intérêts* par le propriétaire) restant strictement encadrées, une augmentation du TAEG pour ce produit spécifique n'exposerait pas les personnes âgées intéressées à la contraction d'un prêt purement usuraire.

Proposition n° 18 : élever le seuil de référence du taux de l'usure pour le seul cas du prêt viager hypothécaire afin de permettre un développement de l'offre par les établissements de crédit.

- **Le viager de gré à gré : une demande plutôt réticente**

Le viager consiste en « la vente du logement contre un bouquet (capital) et des rentes viagères indexées sur l'inflation, versées jusqu'à la mort du vendeur »¹. Contrairement au prêt viager hypothécaire, le transfert de propriété ne se fait pas lors du décès, mais intervient partiellement au moment de la conclusion du contrat (le vendeur conserve l'usufruit du bien, l'acheteur acquiert la nue-propriété).

Le viager de gré à gré prévoit plusieurs conditions relativement favorable au développement de l'offre : au moment de la conclusion du contrat, le vendeur ne subit pas la taxation des éventuelles plus-values dégagées sur la résidence principale et bénéficie d'une fiscalité assez favorable sur les rentes que le débirentier lui verse (décote en fonction de l'avancée en âge). Le marché pâtit davantage d'une **faiblesse de la demande, globalement assez réticente à s'engager dans un contrat dont le terme reste incertain**. On dénombre aujourd'hui environ 10 vendeurs en viager pour 1 acheteur.

Cette aversion au risque exprimée par la demande privée a encouragé certains acteurs publics à intervenir sur ce marché. La caisse des dépôts et consignations (CDC) a constitué un **fonds dédié (Certivia) doté de 150 millions d'euros** à cet effet. Son action est pour l'heure limitée à certaines zones urbaines (banlieue parisienne, agglomération marseillaise) et à des biens immobiliers dont les bouquets sont de montant limité. Les viagers financés par le fonds Certivia prennent la forme de sociétés coopératives qui, une fois la pleine propriété du bien réunie, organise la revente des logements vers de jeunes ménages sous conditions de ressources.

Ce modèle, particulièrement intéressant, permet la solvabilisation de personnes âgées détentrices d'un patrimoine de valeur faible ou moyenne ainsi que la réinjection de ce dernier au profit de ménages socialement défavorisés, mais ne se montre efficace que dans des zones d'habitation présentant une relative densité.

¹ A. MASSON, « L'épargnant propriétaire face à ses vieux jours », op. cit.

3. Approfondir les mécanismes incitatifs

- **Le viager mutualisé ou viage : une solution d'avenir mais limitée**

Face aux limites rencontrées par les marchés de viagers de gré à gré, **plusieurs solutions de viagers mutualisés** commencent à émerger.

Le viager mutualisé : une tentative de pallier les défauts du viager traditionnel

Le faible développement du viager traditionnel est en grande partie dû à la frilosité de la demande des particuliers, conséquente du caractère incertain et relativement morbide de la transaction. C'est pourquoi le viager mutualisé suggère d'y substituer une demande d'investisseurs institutionnels et de remplacer l'acheteur privé par des fonds dédiés, dont la capacité d'achat serait plus élevée et qui présenteraient l'avantage de mutualiser les risques d'acquisition sur plusieurs types de biens immobiliers.

L'intervention d'investisseurs institutionnels rend difficile le maintien du modèle classique du viager reposant sur le versement au vendeur d'un bouquet et d'une rente viagère. Il s'agirait alors pour ces fonds dédiés d'une activité en tous points assimilable à celle d'une compagnie d'assurance, ce qui les contraindrait à la **constitution de provisions techniques importantes** (surtout durant la phase de montée en charge), dont les niveaux ont été substantiellement augmentés par la directive européenne « Solvabilité II »¹. Or ces investisseurs n'ont pas nécessairement la capacité de fonds propres nécessaire à de telles exigences.

C'est pourquoi le viager mutualisé suggère de remplacer le duo bouquet/rente viagère par le versement « one shot » d'un « **capital immédiat** ». Il ne s'agirait donc plus d'un démembrement ponctuel de la pleine propriété, mais d'un transfert plein et entier de la propriété avec maintien d'un droit d'occupation pour le résident. L'estimation de ce capital immédiat se ferait à partir de la valeur du bien immobilier, à laquelle seront appliquées deux décotes :

- l'une liée à la durée d'occupation estimée de la personne âgée ; cette décote est calculée à partir de la table de mortalité des rentiers viagers ;
- l'autre liée au droit de jouissance conservé au résident.

Dans l'hypothèse où le résident entame un séjour en Ehpad avant le terme de la durée d'occupation estimée, il perd définitivement son droit d'occupation et le fonds dédié lui rétrocède un capital complémentaire équivalent au droit d'occupation non exercé par rapport à l'échéance initialement fixée.

¹ Directive 2009/138/CE du Parlement européen et du Conseil du 25 novembre 2009.

Vos rapporteurs reconnaissent tout l'intérêt de ces nouveaux modèles, mais tiennent à souligner trois écueils :

- le calcul de la première décote liée à la durée d'occupation se fait sur le fondement de la **table actuarielle des rentiers viagers** (fondée sur un échantillon de personnes en bonne santé et détentrices de moyens financiers conséquents). L'espérance de vie des personnes retenues par cette table étant importante, la décote liée au droit de jouissance appliquée à la valeur du bien sera en conséquence d'un niveau important, et le **montant du capital immédiat versé d'autant diminué**. Or les personnes âgées susceptibles de contracter un viager mutualisé ne correspondent pas toutes au profil retenu par la table actuarielle ; l'application d'un outil actuariel aussi peu adapté présente le risque d'une paupérisation des signataires de viagers mutualisés et compromet l'intérêt social d'un instrument de liquidation du patrimoine ;

- le versement d'un capital immédiat reproduit les risques préalablement identifiés d'une **sortie uniquement en capital** et non en rentes. Afin de contrer ces effets, il a été suggéré d'appliquer un provisionnement d'office d'une part de ce montant afin de financer les dépenses liées à la dépendance de la personne concernée. Cette idée contrevient cependant au principe d'interdiction de toute forme de « **vente liée** », qui empêche la contrainte exercée sur un vendeur dans l'usage qu'il fait du fruit de sa vente ;

- enfin, ce type de contrat ne sera recherché par les fonds dédiés que pour les biens immobiliers présentant une certaine valeur ou un positionnement avantageux. Là encore, l'intervention d'acteurs publics au sein des investisseurs institutionnels pourra jouer en faveur d'un rééquilibrage de la demande.

Ainsi, en l'état actuel de ses modalités, le viager mutualisé se présente moins comme un outil de couverture personnelle contre la perte d'autonomie que comme un moyen offert aux ménages les plus aisés de liquider plus facilement leur patrimoine.

Proposition n° 19 : dans l'hypothèse où le viager mutualisé serait retenu comme élément de couverture personnelle contre la dépendance, lui apporter les correctifs suivants :

- réviser sa table actuarielle afin d'éviter les décotes excessives liées au droit de jouissance du résident ;

- réfléchir à un moyen juridique de provisionner d'office une partie du capital immédiat pour les dépenses relatives à la dépendance ;

- associer des acteurs publics aux fonds dédiés afin de ne pas limiter la demande aux seuls patrimoines facilement valorisables.

- **La fiscalité de la résidence principale pour les résidents d'Ehpad**

Compte tenu du contexte encore dégradé des finances publiques, il semble à terme difficilement tenable de continuer à concilier, au titre de la solidarité nationale, la solvabilisation de la personne âgée dépendante résidant en Ehpad (via l'APA et l'ASH) et le maintien d'une fiscalité avantageuse sur la résidence principale qu'elle peut détenir par ailleurs.

Le régime fiscal des résidents en Ehpad

- **L'exonération de la taxe d'habitation sur l'ancien domicile** : l'article 1414 B du CGI dispose que « les personnes qui conservent la jouissance exclusive de l'habitation qui constituait leur résidence principale » avant d'être hébergées en Ehpad « bénéficient d'une exonération ou d'un abattement de la taxe d'habitation afférente à cette habitation », pour le cas unique des **logements libres de toute occupation**.

- **L'exonération de la taxe foncière sur l'ancien domicile** : l'article 1391 B *bis* du CGI prévoit une disposition analogue pour la taxe foncière sur les propriétés bâties.

- **L'exonération de la taxe d'habitation indirectement payée sur le logement en Ehpad** : le sujet de l'assujettissement du résident en Ehpad à la taxe d'habitation à raison du logement qu'il occupe en établissement a fait l'objet d'une exposition médiatique particulière lors du vote de la loi de finances pour 2018¹. De façon générale, le contribuable n'est redevable de la taxe d'habitation que pour le logement dont il a la jouissance privative et exclusive, ce qui, en raison des clauses de vie collective au contrat de séjour consenties lors de l'admission, n'est pas le cas du résident en Ehpad. En revanche, l'établissement d'accueil, dans le cas unique d'un statut de **droit privé à but non lucratif**², reste assujéti à la taxe d'habitation et peut répercuter le niveau de cette dernière sur le prix de journée dont le résident doit s'acquitter.

La loi de finances pour 2018 prévoyant la mise en place d'un important dégrèvement de taxe d'habitation censé venir en compensation d'une hausse de la contribution sociale généralisée (CSG), un amendement parlementaire a tenté de corriger le potentiel effet de bord induit par une baisse de la taxe acquittable par l'Ehpad sans répercussion sur le prix de journée. Ainsi, l'article 6 de la loi de finances a créé un **article 1414 D au CGI** disposant que le dégrèvement de taxe d'habitation dont peuvent bénéficier les Ehpad privés non lucratifs était « égal à la somme des montants d'exonération et de dégrèvement dont auraient bénéficié leurs résidents [...] s'ils avaient été redevables de cette taxe au titre du logement qu'ils occupent dans l'établissement ». Par ailleurs l'article ajoute que « la fraction du dégrèvement [...] calculée en fonction de la situation de chaque résident [...] est **déduite du tarif journalier** ».

Cette disposition confirme le résident d'Ehpad comme redevable indirect de la taxe d'habitation acquittée par l'établissement privé non lucratif. Elle laisse en revanche entier le problème de la compensation de la hausse de la CSG pour les pensionnaires des Ehpad publics et privés commerciaux, qui ne bénéficieront pas de ce dégrèvement.

¹ Loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018.

² Les Ehpad publics sont exonérés de taxe d'habitation et les Ehpad de droit privé à but commercial acquittent la contribution foncière des entreprises (CFE).

Comme le note le conseil d'analyse économique¹, la double action de la solidarité nationale (attribution d'aides publiques et avantages fiscaux) présente d'importants effets de substitution qui viennent réduire le recours au patrimoine privé. **L'immobilisation de ce dernier est même curieusement encouragée par les modalités d'application des exonérations de taxe d'habitation et de taxe foncière sur l'ancien domicile du résident, qui ne peut en bénéficier qu'à la condition de sa vacance.**

La direction de la législation fiscale, auditionnée par vos rapporteurs, a fait valoir les inconvénients importants qu'une modification du régime fiscal de la résidence principale inoccupée des résidents d'Ehpad entraînerait : dans le cas où le résident voudrait louer sa résidence principale durant son séjour en Ehpad, il serait politiquement délicat de l'y inciter en maintenant son exonération. Vos rapporteurs souhaiteraient tout de même qu'une réflexion soit conduite en la matière.

Proposition n° 20 : réfléchir à la possibilité de maintenir l'exonération de taxe d'habitation et taxe foncière sur la résidence principale d'un résident d'Ehpad en cas de location, quitte à compenser cet avantage par une éligibilité réduite à l'ASH.

¹ Conseil d'analyse économique, « Quelles politiques publiques de la dépendance ? », Les notes du CAE, n° 35, octobre 2016.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 3 avril 2019 sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission examine le rapport d'information, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, de M. Bernard Bonne et Mme Michelle Meunier sur la prise en charge financière de la dépendance des personnes âgées.

M. Alain Milon, président. – Mes chers collègues, nous passons à l'examen du rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss), dont je salue le président Jean-Noël Cardoux, par M. Bernard Bonne et Mme Michelle Meunier sur le financement de la dépendance.

Dès l'examen du rapport de notre collègue Bernard Bonne sur les Ehpad, en mars 2018, le président de la MECSS avait souhaité que des travaux soient conduits sur le financement des Ehpad et plus largement de la dépendance.

Comme notre collègue Jean-Noël Cardoux, je pense que les questions de financement, même si elles ne sont pas seules en cause, sont déterminantes alors que le projet de création d'un cinquième risque de la sécurité sociale a été mis à mal par la crise de 2008.

Ce point a donc été inscrit au programme de travail de la MECSS en même temps que le Gouvernement lançait une consultation sur le grand âge et l'autonomie pilotée par M. Dominique Libault qui a rendu ses conclusions la semaine dernière et que nous entendrons demain.

Nous verrons si la crise des gilets jaunes a laissé une place au financement de la dépendance.

Je laisse donc la parole à nos rapporteurs.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Monsieur le président, mes chers collègues, je suis très heureux de vous présenter, aux côtés de ma collègue Michelle Meunier, le fruit d'un travail passionnant et stimulant que nous avons mené ensemble sur le financement de la dépendance des personnes âgées.

Jeudi dernier, M. Dominique Libault, coordonnateur de la concertation sur le grand âge et l'autonomie a rendu ses conclusions à la ministre des solidarités et de la santé. Notre commission aura à cet égard l'occasion d'entendre M. Libault demain après-midi sur l'ensemble de ses préconisations.

Nous nous sommes entretenus à plusieurs reprises avec lui et il nous paraît important de préciser d'emblée que le rapport que nous vous présentons n'est pas concurrent, mais complémentaire de celui de M. Libault, qui propose une redéfinition systémique de l'accompagnement des personnes âgées. Il définit plusieurs objectifs que notre commission ne peut qu'approuver, pour les avoir déjà formulés et défendus dans un rapport de l'an dernier sur la crise des Ehpad :

- mettre l'autonomie de la personne âgée au cœur de la stratégie à venir ;
- améliorer les conditions de vie de la personne âgée par la revalorisation des métiers de l'accompagnement ;
- aider les proches aidants et lutter contre l'isolement de la personne âgée ;
- assurer une continuité de la prise en charge.

Notre approche a volontairement privilégié les aspects financiers de l'accompagnement de la dépendance. Ce choix s'explique pour deux raisons :

- d'une part, le mandat que nous avons reçu de la mission d'évaluation des comptes de la sécurité sociale de notre commission nous a naturellement aiguillés en priorité vers l'examen des dépenses couvertes par l'assurance maladie, qui demeure le premier financeur public de la dépendance ;

- d'autre part, les orientations de la mission Libault sur la question particulièrement délicate du financement de la dépendance dans les années à venir ne nous semblaient pas toujours prendre les directions les plus adéquates. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

Mme Michelle Meunier, rapporteure. – La concentration de notre travail sous l'angle financier nous a menés à privilégier la rencontre des principaux acteurs de la couverture du risque dépendance, parmi lesquels les fédérations d'assurances, de mutuelles et d'instituts de prévoyance, mais également d'économistes et d'acteurs indépendants du monde assurantiel qui nous ont aidés à faire mûrir notre réflexion sur ce sujet, dont les aspects stratégiques ne sont pas toujours pris en compte.

Dans le cadre de nos travaux, nous nous sommes également rendus en Allemagne et au Royaume-Uni, dont les modèles financiers de la prise en charge de la dépendance présentent de grandes différences par rapport au nôtre. Parmi les enseignements tirés de ces déplacements, nous voudrions vous en livrer principalement deux :

- premièrement – et c'est un trait qui semble caractériser la plupart des grandes économies du monde occidental – la mise en place d'un accompagnement financier de la dépendance se trouve être la grande oubliée des réformes sociales qui ont animé les législateurs d'après-guerre. Ce n'est qu'une fois le vieillissement de la population bien installé, et bien identifié comme problème structurant des décennies à venir, que les pouvoirs publics se sont, souvent dans l'urgence, attelés au sujet pourtant déterminant de son financement.

Conçus dans des périodes de restriction budgétaire, contraints par des budgets publics déjà largement engagés, ces schémas financiers, qui tiennent parfois plus du bricolage d'expédients que de la réforme systémique, se montrent rarement à la hauteur des enjeux en présence ;

- deuxièmement, bien que de nombreux acteurs se montrent légitimement prompts à dénoncer les carences de la France en matière d'accompagnement de la dépendance, l'examen des modèles allemand et britannique nous a utilement rappelé que nous n'avions nullement à rougir d'un modèle qui, actuellement, assure à nos personnes âgées l'une des couvertures dépendance les plus favorables d'Europe.

Nous ne nierons bien évidemment pas les grandes difficultés auxquelles sont confrontées les personnes âgées elles-mêmes, leurs familles et les personnels chargés de les accompagner. Pour autant, n'oublions pas que, même à leur égard, la qualité du modèle social français trouve à s'appliquer.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Ces postulats étant posés, nous vous présenterons à présent les principaux constats auxquels nous sommes parvenus. Tout part d'un vocable, désormais fort répandu, mais qui nécessite une définition très soignée : le reste à charge des personnes âgées dépendantes. À ce stade, deux points de méthode doivent être précisés :

- le reste à charge désigne logiquement la différence entre les dépenses effectivement mises à la charge des personnes âgées pour les frais résultant de leur dépendance et les dépenses couvertes par les pouvoirs publics, qui sont en la matière nombreux à intervenir. D'un point de vue strictement global, les statistiques montrent que pour un besoin général en frais de dépendance évalué à 30 milliards d'euros par an, les pouvoirs publics en couvrent environ 23 milliards. Le reste à charge global est donc estimé à environ 7 milliards d'euros par an, pour une population d'à peu près 1,2 million de personnes âgées dépendantes ;

- la politique publique de la dépendance ne présentant pas, à l'instar de la politique publique de la santé, de caractère intégré ou unifié, le reste à charge des personnes âgées dépendantes n'est qu'une donnée brute dont il convient de bien distinguer les composantes.

Il recouvre d'abord les dépenses non couvertes au titre des soins reçus par les personnes et très majoritairement financés par l'assurance maladie au titre des crédits de l'ONDAM médico-social que nous votons chaque année en loi de financement de la sécurité sociale. Ce « reste à charge soins » est relativement peu élevé.

Il recouvre ensuite les dépenses non couvertes au titre des aides à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne, qui constituent le cœur véritable - bien que non majoritaire en termes de masse financière - de la prise en charge de la dépendance. Ces dépenses sont en très grande partie assurées par les conseils départementaux via le versement de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA). Cette composante du reste à charge s'élève pour sa part à environ 3 milliards d'euros.

Il recouvre enfin les dépenses non couvertes au titre de l'hébergement des personnes âgées dont les ressources ne leur permettent pas d'assurer l'intégralité de leur accueil en Ehpad. Cette dimension-là du reste à charge, également financée par le conseil départemental mais selon une logique distincte de celle de l'APA, est celle qui pèse le plus lourd pour les ménages : 4 milliards d'euros.

Le reste à charge ne doit donc pas être abordé comme une donnée « en bloc ». Bien que le conseil départemental soit le principal financeur de l'ensemble des dépenses publiques donnant lieu à des besoins non couverts, son intervention auprès de la personne âgée revêt deux logiques fortement distinctes :

- au titre de la dépendance stricto sensu, il agit d'abord comme un acteur de la compensation du besoin. Son action ne dépend pas directement du niveau de ressources de la personne aidée, mais du degré d'autonomie ou de dépendance de cette dernière ;

- en revanche, lorsqu'il finance une aide à l'hébergement, il redevient acteur de solidarité et n'accorde d'aide que sous condition de ressources.

Cette distinction est fondamentale. Elle illustre la nature profondément composite de la politique publique de la dépendance. Elle guidera les propositions que nous vous soumettrons, qui s'efforceront d'apporter à chaque intervention de la puissance publique la réponse que commande sa logique intrinsèque.

Mme Michelle Meunier, rapporteure. – *Deux grandes séries de remarques s'imposent néanmoins avant d'en venir à nos préconisations.*

Un reste à charge global de 7 milliards d'euros pour une population de 1,2 million de personnes donne un résultat moyen mensuel de 490 euros. Ce chiffre cache néanmoins de très importantes disparités entre les personnes suivies à leur domicile et les personnes accueillies en établissement : 80 euros par mois en moyenne pour les premières et près de 950 euros pour les secondes. Permettez-moi d'insister un moment sur ce dernier chiffre, dont on trouve quantité d'estimations différentes, souvent maximalistes : il s'agit du reste à charge mensuel moyen global d'un résident d'Ehpad après intervention de l'ensemble des financeurs publics. Bien que d'autres estimations plus élevées, privilégiant le reste à charge médian ou le reste à charge avant versement de l'aide à l'hébergement, soient abondamment diffusées au sein du grand public, nous préférons nous fonder sur ce chiffre qui nous paraît plus à même d'illustrer la réalité financière de la dépendance d'une personne âgée.

Cette profonde disparité entre le domicile et l'établissement n'est pas due, à notre sens, qu'aux frais mécaniquement plus élevés qu'engendre un accueil hôtelier en Ehpad. Elle trouve également sa source dans deux anomalies particulières, que nous préconisons de corriger au plus vite :

- les modalités différentes de calcul par le conseil départemental d'une APA à domicile et d'une APA en établissement. Dans le premier cas, les besoins particuliers de la personne sont précisément pris en compte, mais le taux de sa participation financière atteint rapidement des niveaux dissuasifs. Dans le second cas, le versement à l'Ehpad par le conseil départemental d'un forfait global à l'autonomie atténué certes la participation financière des personnes mais ne tient qu'imparfaitement compte des besoins exprimés par chacun ;

- en découle un phénomène que nos pouvoirs publics n'ont que peu identifié jusqu'à présent : le renoncement de la personne âgée suivie à domicile à une partie du plan APA auquel elle a pourtant droit sur la seule base de ses ressources financières. Ce phénomène n'est pas aisément quantifiable, mais il serait très intéressant de savoir la part effectivement consommée par les ménages des plans d'aide APA construits par les équipes médico-sociales des départements. Nous sommes persuadés que les résultats de cette enquête révéleraient d'importants taux de non-recours à l'APA à domicile pour motifs financiers.

L'autre grande remarque que nous voulions formuler a trait à la compétence du conseil départemental pour la politique publique de la dépendance, qui serait, selon certaines voix, à l'origine d'une hétérogénéité territoriale particulièrement dommageable. Souvenez-vous à cet égard des débats particulièrement houleux qui avaient émaillé le début d'année 2018, avec la parution d'un décret autorisant les présidents de conseils départementaux de verser les forfaits globaux dépendance aux Ehpad en fonction d'un « point GIR départemental ».

Force est néanmoins de constater que l'exercice par le département de la compétence dépendance ne s'est en réalité nullement traduit par un approfondissement des inégalités entre territoires. Nous avons diligenté une enquête fouillée auprès de l'ADF, qui nous a fait parvenir des résultats particulièrement représentatifs : la part des plans d'aide APA pris en charge par le département tourne autour d'une moyenne de 400 euros mensuels, dont très peu de départements s'éloignent significativement. La même conclusion s'impose pour la pratique des fameux « points GIR départementaux », tous concentrés autour d'une moyenne de 7 euros.

À nos yeux, le risque d'une couverture inégalitaire de la perte d'autonomie doit d'abord être imputé aux contraintes budgétaires qui s'exercent sur l'ensemble des départements et non sur une tendance naturelle qu'auraient ces derniers à s'écarter d'une épure globale. Nous sommes très conscients de la séduction qu'opèrent les solutions faciles qui envisagent la reprise de la compétence dépendance par l'échelon national : le totem récurrent de l'uniformité – parente nécessaire de l'efficacité – n'a jamais été autant brandi comme le remède miracle aux niveaux préoccupants de reste à charge.

Nous souhaitons inciter à la plus grande prudence en ce domaine. Outre qu'il traduirait, sur la base de postulats théoriques contestables, une grave erreur de diagnostic, le retrait au conseil départemental de la compétence en matière d'autonomie priverait les personnes âgées d'un acteur public de proximité, plus que jamais nécessaire.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Venons-en maintenant au financement proprement dit. Deux questions primordiales se poseront à nous dans les années à venir :

- les financements tels qu'actuellement définis sont-ils suffisants ?
- les modalités de versement des aides à la dépendance, principalement l'APA, sont-elles satisfaisantes ?

Si nous sommes parfaitement tombés d'accord pour répondre à ces deux questions par la négative, nous vous exposerons dans quelques instants la divergence de vues qui sépare nos préconisations quant au modèle futur à dessiner. Il ne faut rien y voir de plus que la marque distinctive du Sénat de poser des diagnostics sur des bases indiscutables, pour laisser ensuite s'exprimer l'ensemble des sensibilités.

La première question tout d'abord. Nous serons à cet égard à l'unisson : la trajectoire financière tracée par le rapport Libault ne nous paraît pas réaliste. Ce dernier affiche en effet la conviction que les financements publics dégagés par l'extinction de la dette sociale suffiront, dès 2024, à combler l'ensemble des besoins aujourd'hui exprimés par les personnes âgées dépendantes.

Notre désaccord avec cette hypothèse a deux raisons principales :

- s'il est tout à fait exact que le rendement annuel de la contribution à la réduction de la dette sociale (CRDS), soit environ 8 milliards d'euros, une fois libéré de sa destination actuelle, suffirait mathématiquement à couvrir le reste à charge global de 7 milliards que nous avons initialement identifié, il n'est absolument pas assuré que, d'une part l'intégralité de la dette sociale sera effectivement apurée en 2024, et d'autre part que son produit, fortement convoité, ira totalement au financement de la dépendance. C'est faire un pari dangereusement optimiste que de gager le financement d'une dépense aussi stratégique et pérenne que la dépendance sur une source financière dont la fin programmée a connu depuis sa création plus d'un prolongement ;

- par ailleurs, fonder la couverture du reste à charge sur le chiffre de 7 milliards d'euros nous ferait passer à côté de toute la partie non consommée des plans d'aide APA et ne ferait que maintenir entier le problème du renoncement à certaines aides des personnes âgées dépendantes suivies à domicile. Disons-le tout net : la solution préconisée par le rapport Libault, conçue dans les limites de finances publiques largement amputées, n'impacterait en réalité que les résidents d'Ehpad, qui seuls alimentent les statistiques du reste à charge effectif.

Si nous nous contentons de raisonner à partir du reste à charge observé, nous occultons le véritable problème, autour duquel l'accord est pourtant unanime : une vraie politique de la dépendance ne doit pas se limiter à la baisse des tarifs de l'hébergement en établissement, au prétexte qu'elle diminuerait heureusement le reste à charge, mais doit favoriser la prévention et le maintien à domicile.

Soyons donc très attentifs à ne pas résumer la question du financement de la dépendance à la seule résorption du reste à charge observé : celui-ci n'épuise pas l'ensemble des problèmes rencontrés, notamment celui de la dissuasion à consommer l'intégralité du plan d'aide APA.

Nous vous faisons donc part d'une conviction forte : le modèle financier dans lequel le Gouvernement semble résolument engagé en matière de dépendance, qui se cantonne au fléchage de ressources existantes, nous semble mener directement à l'impasse.

Il nous faut donc imaginer un mode de financement alternatif et ressusciter les débats qui, il y a maintenant plus de dix ans, avaient véritablement identifié l'urgence d'une réforme systémique.

Mme Michelle Meunier, rapporteure. – *Nous l'avons vu, toute la complexité du financement de la dépendance vient de ce que plusieurs logiques de solidarité y sont à l'œuvre.*

Le plan d'aide élaboré par l'équipe médicale du conseil départemental dans le cadre d'une demande d'APA est prioritairement évalué en fonction du degré de dépendance de la personne âgée ; lui est ensuite soustrait un montant proportionnel aux ressources de la personne. Prestation universelle en principe, dans le sens où le droit naît du seul besoin, l'APA fait intervenir en second plan un critère de ressources qui module dans les faits son attribution aux personnes en fonction d'une participation financière qui leur est demandée.

Deux axiomes régissent ainsi l'attribution de l'APA : l'un, parfaitement admissible à nos yeux, veut qu'à même degré de dépendance, la participation financière de la personne augmente à due concurrence des ressources de son foyer ; selon l'autre, moins facilement défendable, à même niveau de ressources du foyer, la participation financière de la personne augmente à due concurrence du degré de dépendance.

Cet écueil vient d'une contradiction intrinsèque à l'APA : elle est un droit mobilisable au titre de la solidarité nationale, fondé sur un besoin indépendant du niveau de richesse, et assure donc une couverture proportionnelle à la dépendance du bénéficiaire. Mais cette couverture se révélant nécessairement plus coûteuse à raison que le besoin augmente, le biais financier ne manque pas d'intervenir là où on avait précisément voulu le tenir à l'écart.

C'est pourquoi nous avons ensemble convenu qu'avant l'intervention de la solidarité nationale, la couverture financière de la dépendance devait prioritairement faire appel à un mécanisme assurantiel, dont la dimension solidaire ne serait pas seulement assurée par l'universalité du droit, mais aussi par la mutualisation préalable du risque.

Outre le niveau structurellement insuffisant de la couverture actuellement assurée par l'APA, deux raisons principales nous conduisent à préconiser, dans le prolongement des débats de 2007-2008 relatifs au « cinquième risque », la mise en place d'une assurance dépendance obligatoire :

- l'incapacité du secteur assurantiel facultatif à remplir simultanément l'objectif d'une couverture large et efficace. En effet, soit la couverture est mutualisée mais trop rigide, soit elle est individualisée mais trop onéreuse ;

- le maintien des phénomènes de sélection adverse, qui écartent une grande partie des classes moyennes de la couverture dépendance.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – *Quels caractères cette assurance devra-t-elle revêtir ?*

Ce devra être un système d'assurance obligatoire dépendance par répartition, bien plus cohérent lorsque l'aléa du risque couvert ne dépend pas directement du revenu. Un système par capitalisation renforcerait en effet la couverture des bénéficiaires les plus aisés - sans que leurs besoins s'en trouvent par ailleurs mieux couverts -, mais n'aurait probablement qu'un effet marginal sur la couverture des bénéficiaires des classes moyennes - dont les besoins resteraient imparfaitement couverts.

Ce devra être un système favorisant l'entrée en cotisation le plus tôt possible dans la vie active. Les estimations les plus récentes de la Fédération française des assurances nous ont appris qu'une cotisation moyenne mensuelle de 28 euros dès l'âge de 40 ans permettrait le versement d'une rente viagère mensuelle d'environ 500 euros pour toute personne dépendante dès le GIR 4. Si la cotisation intervenait dès le début de la vie active, elle serait de 12 euros moyens mensuels. Nous rappelons que ce chiffre couvrirait à minima le reste à charge moyen de 490 euros actuellement observé. Je précise également qu'il ne s'agit pas d'un montant forfaitaire par individu, mais bien d'un montant moyen : la cotisation serait bien entendu assise sur le revenu de la personne.

Mme Michelle Meunier, rapporteure. - *C'est sur la nature de l'acteur à qui incombera la gestion de cette couverture dépendance que vos rapporteurs doivent maintenant faire état d'une légère divergence. À mes yeux, les caractères d'une assurance dépendance préconisée la rendent tout à fait compatible avec une intégration au système public de sécurité sociale. En effet, la construction d'un « cinquième risque » qui serait en fait une « cinquième branche » pleinement intégrée me paraît plus souhaitable en raison des pratiques tarifaires discriminantes qu'un marché assurantiel privé risque de faire émerger. Nous connaissons tous les dérives auxquelles sont exposés nos concitoyens contraints de recourir à des produits très techniques, et dont les éléments de prix ne sont pas toujours exposés de façon claire ou transparente.*

M. Bernard Bonne, rapporteur. - *Selon moi, la gestion du risque dépendance doit revenir au secteur privé, non seulement pour des raisons d'efficacité, mais aussi parce que je souhaite éviter les risques d'exclusion mutuelle des prestations maladie et des prestations dépendance que ne manquerait pas d'engendrer leur intégration dans le même système public. Je m'explique : l'avancée en âge faisant autant appel à des interventions de soins qu'à des prestations d'aide à l'autonomie, si nous faisons relever les deux risques d'un même décideur public, par ailleurs contraint dans ses financements, il y a de fortes chances pour que l'un des deux risques se substitue entièrement à l'autre, au détriment de l'accompagnement d'ensemble. C'est par exemple le cas en Allemagne, où la consécration d'une cinquième branche dépendance a eu comme conséquence regrettable la difficulté que rencontrent les personnes âgées accueillies en établissement de voir leurs frais médicaux couverts au titre de l'assurance maladie !*

Je rejoins néanmoins ma collègue sur le danger de pratiques divergentes qu'elle a pointé. On doit, à mon sens, pouvoir y parer en imposant à tous les assureurs privés chargés de la couverture dépendance le recours à un seul et même outil d'évaluation pour la définition du besoin : la grille AGGIR offre à ce jour dans ce domaine le plus fiable instrument.

Vos deux rapporteurs s'accordent néanmoins pour préconiser l'avènement d'un modèle fondé prioritairement sur les recettes issues de la contribution dépendance, et subsidiairement par la solidarité nationale.

Un premier étage assuré par la mutualisation des risques, un second étage pris en charge par la solidarité nationale dont l'intervention diminuerait en fonction des revenus. Voici qui réconcilierait les deux grands impératifs qui structurent depuis plus de soixante ans notre système de protection sociale : efficacité de la couverture et justice sociale.

Mme Michelle Meunier, rapporteure. – *La proposition que nous faisons d'un système assurantiel obligatoire ne nous fait tout de même pas oublier qu'au sein de la dépendance subsistent des dépenses qui doivent continuer de relever d'une logique purement solidaire, et non de la seule couverture d'un risque auquel tout le monde est exposé indépendamment de ses revenus.*

C'est pourquoi nous faisons nôtre une des propositions émises par la Fédération nationale des mutuelles de France de l'établissement d'un « surloyer solidaire » entre résidents d'un même Ehpad, pour la seule couverture des dépenses liées aux prestations hôtelières délivrées par l'établissement.

De même, sans préconiser qu'elles se substituent dès à présent à la solidarité nationale, nous évoquons également quelques pistes visant à favoriser la liquidité des patrimoines privés afin de financer la dépendance de leur propriétaire. Ces pistes proposent une réactualisation intéressante de produits existants, comme les viagers ou les prêts viagers hypothécaires, mais qui restent peu mobilisés. Le développement de ces instruments de liquidation ne relève pas que d'un enjeu strictement financier : il interroge l'attachement profond que les Français maintiennent à la transmission de leur patrimoine. Bien que la sollicitation accrue des avoirs mobiliers et immobiliers, particulièrement concentrés sur les tranches d'âge les plus concernées par la perte d'autonomie, recueille l'adhésion de nombreux économistes et de plusieurs acteurs publics, elle nous semble pour l'heure difficilement compatible avec la volonté toujours profondément ancrée de léguer un héritage intact aux descendants.

Elle doit pourtant être mise sur l'ouvrage des propositions qu'il nous faudra tôt ou tard examiner. Au-delà de la question qui nous occupe aujourd'hui du financement de la dépendance, c'est de la redistribution générale du patrimoine, dont nous savons qu'il est actuellement très inégalement détenu, qu'il s'agit...

Voici, Monsieur le président, mes chers collègues, le fruit d'une réflexion partenariale dont nous espérons, mon collègue corapporteur et moi-même, qu'elle se joindra utilement aux travaux adressés au Gouvernement pour l'accomplissement de cet important mais passionnant chantier.

Nous vous remercions.

M. Alain Milon, président. – Je voudrais vous rappeler les événements de Toulouse.

Selon ses déclarations, l'un des directeurs de l'établissement concerné était obligé d'assurer chaque année un bénéfice de 600 000 euros, ce qui est considérable pour un Ehpad. De plus, les dépenses qu'il a été autorisé à engager concernant la nourriture étaient de 4 euros par jour et par personne âgée. C'est dire s'il y a beaucoup de travail à faire sur ces différents sujets !

La parole est au président de la Mecss.

M. Jean-Noël Cardoux, président de la Mecss. – Je remercie les deux rapporteurs, même si certains de leurs principes sont divergents. C'est un travail intéressant qui arrive à point nommé. Ceci démontre, s'il en était besoin, l'utilité de la Mecss et des travaux qu'elle entreprend.

Mes questions seront techniques. Je suis tout à fait partisan de financer une partie de la dépendance par une assurance. En 2011, Mme Marie-Anne Montchamp, alors secrétaire d'État auprès de la ministre des Solidarités, avait réalisé un tour de France pour interroger les uns et les autres sur le cinquième risque et ses modes de financement. J'étais à l'époque chargé des affaires sociales dans le département du Loiret. J'avais alors participé à ce débat, que l'on ouvre à nouveau aujourd'hui. Il n'étonnera personne que ma préférence aille vers une démarche assurantielle privée.

Vous avez évoqué une cotisation de 12 euros, ce qui correspond à ce que l'ancien président de la Fédération française de l'assurance (FFA), M. Spitz, avait expliqué il y a quelques années. Vous pourriez indiquer dans le rapport que cette cotisation serait bien entendu déductible du revenu net imposable. Il me paraît important de l'affirmer.

En second lieu, vous avez indiqué les problèmes liés à l'augmentation des prix de journée en Ehpad. À une certaine époque, un des gros problèmes était le glissement progressif, à la charge du département, du volet sanitaire dans le prix de journée.

On a toujours eu un volet hébergement et un volet sanitaire. Beaucoup de directeurs d'Ehpad faisaient progressivement glisser le volet sanitaire vers le volet hébergement, au détriment des départements. On a ensuite introduit le volet dépendance qui a lui aussi glissé dans le prix de journée, ce qui permettait de « jongler ».

Comment pourrait-on déterminer la juste part de l'hébergement et de la dépendance dans le prix de journée par rapport au sanitaire, qui relève de l'assurance maladie ?

M. René-Paul Savary. – Merci de ce rapport de fins connaisseurs.

Une remarque par rapport au reste à charge de l'APA à domicile. N'est-il pas dû notamment au tarif horaire des aides à domicile, inférieur à la réalité des coûts ? C'est ce qui explique qu'une partie seulement en soit consommée. L'enveloppe accordée par les départements, même si elle a changé avec la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV), était forfaitaire. Avec l'augmentation du coût de l'heure, les demandeurs limitaient les heures pour ne pas engendrer de dépenses supplémentaires. Il y a peut-être là quelque chose à régler.

Par ailleurs, le système d'assurance obligatoire par répartition fait penser au système de retraite. Ce sont deux chantiers importants de systèmes universels par répartition qui partent sur les mêmes bases mais que n'ont pas choisis les autres pays européens, qui ne mettent pas « tous leurs œufs dans le même panier ».

En effet, en Suède notamment, il existe des complémentaires obligatoires en plus du système de base par capitalisation. Je ne dis pas que ce système est le bon, mais ne faut-il pas envisager également un système par capitalisation collective ? C'est un mécanisme intermédiaire qui permet, me semble-t-il, de placer de l'argent dans l'économie sans remettre en cause le système de solidarité par répartition. C'est peut-être une piste qui mérite d'être explorée...

Il en va de même du viager mutualisé. En France, le viager individuel comporte un risque et ne fonctionne pas. Il faut inventer un système de viager collectif. Des travaux prospectifs ont été menés dans ce domaine autour de la notion de patrimoine.

Les divergences entre mutuelles et assurance maladie rejoignent nos réflexions à propos des mutuelles...

M. Alain Milon, président. – Absolument !

M. René-Paul Savary. – Un système plus collectif de répartition des bénéfices-risques entre l'assurance maladie et les mutuelles – qui, rappelons-le, ne couvrent que 36 milliards d'euros contre 150 milliards d'euros pour l'assurance maladie, sur des risques moins avérés, l'assurance maladie couvrant l'ALD – pourrait être intéressant dans le cadre d'un rapprochement avec le privé.

Enfin, un regret : il est dommage de ne pas avoir consacré un chapitre aux débouchés en matière de troubles neurodégénératifs. Le jour où l'on aura réussi à prévenir ces pathologies, la charge sociale sera nettement moindre et on améliorera le confort des personnes âgées. Il faut consacrer davantage de crédits à l'innovation, notamment en matière de recherche européenne. Ce sera l'un des thèmes de la prochaine campagne pour les élections européennes.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Tout d'abord, le gain en espérance de vie est un véritable progrès pour toute la société, mais je pense que nous n'avons pas su anticiper les choses.

De grandes promesses avaient été faites en matière d'autonomie, englobant le handicap, la dépendance et l'invalidité. Elles se sont malheureusement réduites comme peau de chagrin, et la loi ASV n'a permis de dégager que 650 millions d'euros. C'est bien peu par rapport à ce que nécessite la dépendance.

Nous pensons que la création d'un cinquième risque n'est pas une bonne solution. Nous réclamons l'intégration de la dépendance dans le régime général de la sécurité sociale et l'arrêt des exonérations patronales, dont les sommes pourraient financer la dépendance.

En plus des cotisations sociales, nous proposons depuis de nombreuses années que l'État finance l'APA et la prestation de compensation du handicap (PCH) au moyen d'une dotation compensatoire pour les départements.

Nous proposons également, au niveau départemental, un pôle public de l'autonomie regroupant les services publics, afin de favoriser la promotion des activités sociales en faveur des personnes âgées et en situation de handicap.

M. Alain Milon, président. – La parole est aux rapporteurs.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – S'agissant de Toulouse, il ne faut pas simplement parler d'établissement privé, mais d'établissement privé à but lucratif. Beaucoup d'établissements privés associatifs remplissent en effet parfaitement leurs missions et n'ont pas pour but de faire gagner de l'argent à des actionnaires. Cela étant, certains établissements privés lucratifs remplissent aussi leur rôle.

Je suis d'accord avec M. Cardoux concernant la déduction du revenu imposable. La cotisation moyenne pourrait être de 28 euros à partir de 40 ans. Elle serait de 10 à 12 euros si elle prenait effet au début de l'activité. C'est un chiffre moyen : la cotisation individuelle serait fonction des revenus. Elle serait donc bien inférieure pour les petits salaires.

Pour ce qui est du prix de journée dans les Ehpad, nous proposons un seul tarifificateur, tout comme le rapport Libault. Aujourd'hui, l'ARS prend en charge la médicalisation, et le département s'occupe de la dépendance, ainsi que de fixer le prix de la journée d'hébergement. Nous proposons de réunir le forfait dépendance et la médicalisation, et que le tarif hôtelier soit fixé par le département. Le rapport Libault propose quant à lui que ce soit l'État qui traite du sujet.

Nous voudrions que, dans une ou deux régions, la moitié des départements arrête le tarif, qui serait dans l'autre moitié fixé par l'ARS, les sommes allouées auparavant aux uns et aux autres étant bien entendu transférées. Cela permettrait de voir qu'il n'existe pas beaucoup de différences entre les départements en matière de point GIR départemental, qui est en moyenne à environ 7 euros - même si des différences subsisteraient concernant le prix de la journée hôtelière.

Les différences, comme en Corse ou ailleurs, sont en train de se réduire. Les départements se sont engagés à uniformiser les points GIR afin qu'il n'y ait pas de différence entre les territoires en matière de prise en charge de la dépendance. Il en existera cependant toujours sur le plan immobilier. On ne peut l'empêcher.

Mme Michelle Meunier, rapporteure. – Concernant l'APA, nous préconisons un versement assez inédit, tout ou partie en espèces, inspiré du modèle allemand. Les retours sont intéressants. Cela correspond à la volonté et aux besoins des personnes.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Il pourrait s'agir d'un système de chèque-service.

Par ailleurs, nous proposons également de faire coexister un système obligatoire par répartition et un système optionnel par capitalisation. Cela permettrait à ceux qui le souhaitent d'avoir un peu plus que 500 euros mensuels.

Enfin, nous avons proposé le système de cinquième risque sous forme assurantielle ou par branche.

Mme Monique Lubin. – Vous avez évoqué de manière assez pudique le lien des Français avec la transmission de leurs biens, qu'ils ne souhaitent pas utiliser pour financer une partie de la dépendance.

Je trouve curieux que l'on récupère l'aide sociale à l'hébergement sur le montant de la succession et non sur l'APA, alors que cette dernière coûte parfois bien plus cher. Je pense que le débat doit être posé. Il n'est pas compréhensible, lorsqu'on dispose d'un patrimoine important, que les ayants droit en récupèrent l'intégralité et que la solidarité nationale paye le reste à charge en matière de dépendance !

Par ailleurs, nous allons ouvrir dans les Landes, au mois d'octobre, le premier village Alzheimer de France. J'invite la commission des affaires sociales à venir le visiter en début d'année prochaine. Ce village, Laurence Rossignol l'avait porté sur les fonds baptismaux avec Henri Emmanuelli, il y a trois ans de cela. Ce site sera entièrement consacré à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Deux professeurs, l'un bordelais, l'autre toulousain, y mèneront une recherche sur les maladies neurodégénératives, ce qui n'existe nulle part ailleurs.

La semaine dernière, nous avons également lancé une opération appelée « vieillir à domicile » par le biais d'Internet. Marie-Anne Montchamp a eu la gentillesse de nous dire que notre département mériterait de jouer le rôle de laboratoire dans le cadre du travail sur la dépendance que va engager le Gouvernement. Elle a aussi vanté notre système d'Ehpad entièrement public dont les tarifs ne dépassent pas 65 euros par jour.

Mme Frédérique Puissat. – Je rappelle aux rapporteurs qu'à l'heure où l'on recherche 7 milliards d'euros pour la dépendance, on vient de faire le choix de dépenser 24 milliards d'euros avec la suppression de la taxe d'habitation.

M. Daniel Chasseing. – On peut penser que la sécurité sociale sera à l'équilibre en 2024 et que la somme correspondant à la CRDS pourrait en partie être attribuée à la dépendance.

Je suis d'accord avec Bernard Bonne et Michelle Meunier au sujet de la question de l'assurance. Il est important qu'il n'y ait qu'un seul financeur pour les soins et la dépendance. Le ticket modérateur GIR 5 et 6 en Ehpad serait-il inclus dans la dépendance ? Ceci économiserait 6 euros environ par jour.

Par ailleurs, le département s'occuperait-il toujours de l'hébergement ?

Enfin, pouvez-vous donner quelques explications complémentaires concernant le surloyer solidaire ?

M. Yves Daudigny. – Le sujet d'aujourd'hui, c'est le financement de la dépendance. Nous sommes bien loin des ambitions d'il y a plus d'une dizaine d'années, lorsque la question portait sur la perte d'autonomie, quelle qu'en soit la cause et quel que soit l'âge de la personne. En clair, on tenait à la fois compte des personnes âgées et de celles en situation de handicap. Ces grands projets ont été abandonnés au moment de la crise et n'ont pas été repris par les différents gouvernements, de droite ou de gauche, qui se sont succédé depuis.

L'enjeu financier, on l'a dit, est de 7 milliards d'euros. Rappelons qu'ici même, peu avant Noël, nous avons dégagé 10 milliards d'euros à la quasi-unanimité ! L'objectif n'est donc pas hors de portée. Il reste à la mesure des capacités financières de notre pays.

Par ailleurs, qu'en est-il de l'appétence des assurances privées pour la dépendance ? J'ai souvenir que les assurances avaient autrefois des produits prêts à être mis en circulation. Un grand groupe d'assurance français avait invité le président de l'Association des départements de France (ADF), ainsi que le vice-président chargé des affaires sociales, pour faire la promotion de ce produit, qui n'a finalement pas été mis en circulation...

Quant à la question du patrimoine, elle reste sous-jacente. On en connaît les différentes données...

Enfin, je voudrais insister sur ce qu'a dit Monique Lubin à propos de l'intérêt que pourrait représenter ce que fait le département des Landes, qui recourt à des outils novateurs dont nous pourrions tirer des bénéfices.

M. Alain Milon, président. – *Je soumettrai l'invitation de Mme Lubin au bureau de la commission.*

Mme Michelle Meunier, rapporteure. – *S'agissant de la remarque pertinente de Monique Lubin à propos de la récupération sur succession, j'ai bien dit, à la fin de ma présentation qu'il s'agit de revoir toute la redistribution générale du patrimoine.*

S'agissant du surloyer solidaire, l'idée est de s'inspirer des crèches, où tous les parents, en fonction de leurs ressources, ne paient pas le même tarif journalier pour un même service.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – *Je n'ai pas répondu à René-Paul Savary au sujet des actions de prévention. On a bien dit qu'il convenait de prendre les personnes en charge avant qu'elles ne soient dépendantes. C'est tout l'intérêt des plans d'aide à domicile, qui devraient permettre de développer la prévention.*

S'agissant de la CRDS, on ne sait pas quand la dette sociale sera apurée ni comment son produit va être utilisé. Il vaut donc mieux tenir que courir, plutôt que d'en utiliser tout ou partie.

Concernant les GIR 5 et 6, on propose en effet de fondre le ticket modérateur dans la tarification globale.

M. Alain Milon, président. – *Le PLFSS 2019 a été voté à l'équilibre mais, à la suite des manifestations des gilets jaunes, le déficit s'élève à 2,8 milliards d'euros.*

Mme Laurence Rossignol. – *On cherche à résoudre depuis plusieurs années une équation impossible ! Je crois me souvenir que l'annonce d'une grande loi sur le vieillissement remonte à trois quinquennats !*

Les résultats législatifs n'ont pas été à la hauteur des engagements, et on court deux lièvres à la fois, d'une part la baisse globale des prélèvements et des cotisations sociales, de l'autre la prise en charge socialisée de la dépendance.

On ne sait pas non plus vraiment faire d'économies, la limite de l'exercice consistant à dire qu'il faut prendre l'argent là où il est – mais ce n'est pas si facile... Il faut assumer l'idée que la prise en charge de la dépendance va provoquer un prélèvement supplémentaire. Il s'agit d'un risque assurantiel de plus.

Le bilan est mitigé concernant le privé lucratif et la dépendance, jusqu'en matière d'assurance. À chaque fois que l'on essaie de faire appel aux assurances en matière de dépendance, on s'aperçoit que les grilles sont différentes de la grille AGGIR.

En toute logique, on pourrait penser que lorsque quelqu'un est éligible à l'APA, cela fonctionne aussi pour l'assurance. Pas du tout, car l'assurance dispose de ses propres critères ! La perception qu'en ont les assurés n'est donc pas bonne.

Quant aux Ehpad privés lucratifs – et sans pointer du doigt qui que ce soit –, il est très choquant de constater qu'ils constituent un des placements financiers les plus rentables !

Cela pose la question de la place du privé lucratif. J'ai connu les repas à moins de 2 euros dans certains établissements ! J'avais pour habitude de considérer qu'un Ehpad était un établissement de qualité quand on y cuisinait sur place. Or la majorité externalise les chaînes de froid, etc. : on mouline tout, on le donne aux résidents, et les gens ne savent même plus ce qu'ils mangent !

Concernant la question des successions, les héritiers cherchent un Ehpad dont les tarifs n'entament pas l'héritage, ce qui pose un véritable problème. Quand on fait des économies pour ses vieux jours, il faut savoir y recourir le moment venu ! Je crains que les reprises sur succession n'aggravent encore la situation, d'autant que nombre d'enfants mettent leurs parents sous tutelle. C'est alors eux qui décident...

Certes, le domicile reste formidable tant que les gens sont en bonne santé. J'ai cependant vu trop de personnes âgées en mauvais état maintenues à domicile pour des raisons économiques. C'est là aussi de la maltraitance, mais on n'en parle jamais. Il faut avoir un discours équilibré en matière de durée et de parcours concernant la prise en charge du vieillissement. Le placement en établissement est parfois inéluctable.

Enfin, je rappelle que fort heureusement seul un tiers des personnes de plus de 85 ans sont dépendantes. On pense toujours au grand âge comme s'il entraînait à coup sûr la dépendance, mais ce sont moins de 20 % des personnes âgées qui perçoivent l'APA. Cela permet de décrier la discussion !

M. Gérard Dériot, président. – *Merci de ce rappel toujours utile.*

Nous savons tous, en tant qu'élus, que le maintien à domicile est momentanément la meilleure des solutions, mais la pire quand la dépendance arrive. Il est très compliqué de maintenir quelqu'un chez lui si l'on veut qu'il soit pris en charge correctement.

Quant au problème de restauration dans les maisons de retraite privées, il est tout à fait anormal de connaître les problèmes auxquels on a assisté. Ce sont les gouvernements successifs qui y ont poussé pour des raisons d'économie. On n'est pas sûr que ce soit moins cher, mais on est certain que les repas sont de bien moins bonne qualité.

M. Daniel Chasseing. – Je n'ai pas rencontré beaucoup de refus concernant l'APA à domicile pour cause de revenus...

S'agissant des Ehpad, il faut distinguer les établissements privés à but lucratif des Ehpad à but non lucratif gérés par des associations.

Par ailleurs, le maintien à domicile présente ses limites. C'est la solution que choisissent certaines familles du fait du coût trop élevé du prix de journée. C'est parfois à la limite de la maltraitance, je le reconnais...

Enfin, quand on veut actionner les assurances, les critères ne sont jamais les bons. Il faudra donc faire très attention à la rédaction des textes.

Mme Élisabeth Doineau. – Ce sujet vient à point et les perspectives sont fort intéressantes.

J'aurais cependant aimé que l'on puisse avoir une réflexion sur la prise en charge de la dépendance dans les collectivités d'outre-mer, où le décalage est prégnant en matière de politiques publiques.

Même si je ne vis pas dans ces territoires, la dépendance y est souvent traitée d'une autre façon sur le plan familial et intergénérationnel. Je pense qu'il conviendrait qu'un de nos collègues étudie la façon dont peut y prospérer le sujet que vous avez abordé.

Mme Michelle Meunier, rapporteure. – Madame Rossignol, certaines personnes âgées ne connaîtront en effet jamais la dépendance. A contrario, la perte d'autonomie peut survenir très rapidement.

Nous ne parlons pas de refus de prise en charge à domicile, monsieur Chasseing, mais de renoncement. Ce sont les personnes âgées elles-mêmes – ou leur entourage proche – qui ne recourent pas à la totalité de l'APA à domicile.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – J'ai vu pour ma part des personnes renoncer à un plan d'aide lorsqu'on leur annonçait le montant de leur participation. C'est un refus de leur part et non du département.

Quant au système assurantiel, on ne l'a pas défini. S'il était privé, il faudrait bien entendu un cahier des charges très précis, avec une application très contrôlée de la grille AGGIR, qui devrait être commune à tout le monde. Il n'est pas question de refuser des prestations dans la mesure où la personne doit pouvoir en bénéficier. Il ne s'agira donc pas d'une assurance privée optionnelle, mais une assurance privée obligatoire et contrôlée. C'est indispensable.

Quant aux successions, il n'y a pas de raisons que les personnes qui ont accumulé un certain patrimoine ne participent pas aux dépenses. Je parle ici des dépenses d'hébergement davantage que de celles liées à l'APA.

On a beaucoup parlé du privé lucratif. Il ne faut pas jeter la pierre à tout le secteur, mais il faut que les établissements acceptent les contrôles inopinés. C'est ce que font beaucoup de départements. Cela permet d'éviter bien des écueils.

Mme Nassimah Dindar. – *Les orientations qu'ont données les rapporteurs sur la compensation et la solidarité sont pour moi les critères qui peuvent définir les orientations en matière de vieillissement et de perte d'autonomie.*

Je pense par ailleurs que le rapport devrait également traiter des innovations en matière assurantielle, mais aussi des modes d'accueil qui peuvent exister dans les territoires d'outre-mer, où les gens n'ont pas la capacité d'être hébergés dans un établissement sans l'aide du département.

Je suis plutôt favorable à la préconisation de M. Libault, qui estime que l'État doit être acteur de la construction des établissements médico-sociaux, les départements n'ayant plus la capacité financière d'investir pour construire des Ehpad sans aides publiques.

La Réunion, par exemple, intègre l'investissement réalisé par l'associatif dans le prix de la journée, ce qui revient plus cher dans beaucoup de cas. Outre-mer, l'APA à domicile est utilisée entre 70 % à 80 %. 20 % de ceux qui touchent l'APA sont en établissement, mais avec un prix de journée très important pour le département, 90 % des personnes accueillies n'ayant pas la possibilité de payer un reste à charge. C'est l'aide sociale qui assume la totalité des personnes qui sont accueillies dans les Ehpad. C'est quasiment le cas de tous les territoires ultramarins. Mayotte va connaître le problème de la prise en charge des personnes âgées et de la perte d'autonomie dans les années qui viennent.

L'accueil intermédiaire semi-collectif est donc intéressant. Nous l'avons fait pour des maisons d'assistantes maternelles qui connaissent un gros succès chez nous, les mairies n'ayant pas la possibilité de construire des crèches ou de faire face à leur fonctionnement. Les maisons d'accueil familial sont pour nous une possibilité intermédiaire entre le maintien à domicile et l'accueil en établissement.

Le code de l'action sociale et des familles définissant l'accueillant familial, je souhaiterais que notre commission puisse en faire évoluer les critères.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – *La prise en charge des personnes âgées est en effet très différente dans les territoires d'outre-mer. L'accueil familial est bien plus important que dans l'hexagone.*

Quant à l'investissement immobilier, la plupart des départements n'y participent plus. Il ne représente pourtant qu'environ 20 % au maximum du prix de journée. Les établissements eux-mêmes participent à leur propre rénovation. Il faut que le département puisse tarifer, continuer à suivre les établissements et à traiter de la dépendance des personnes dont il a la charge.

M. Gérard Dériot, président. – *Je mets aux voix la publication de ce rapport d'information.*

La commission autorise la publication du rapport d'information.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LES RAPPORTEURS

Alain Milon, sénateur du Vaucluse, président de la commission des affaires sociales

Philippe Bas, ancien ministre, sénateur de la Manche, président de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale

Fabienne Keller, sénatrice du Bas-Rhin, coauteure d'un rapport sur le pacte intergénérationnel dans le cadre de la délégation sénatoriale à la prospective

Jean Léonetti, ancien ministre, ancien député

André Masson, directeur de recherche émérite (CNRS)

Fédération française de l'assurance (FFA)

Arnaud Chneiweiss, délégué général

Véronique Cazals, directrice santé,

Mathilde Viennot, Conseillère Macroéconomie et Prospective

Jean-Paul Laborde, directeur des affaires parlementaires

Ludivine Azria, conseillère parlementaire

Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav)

Gérard Rivière, président

Renaud Villard, directeur général

Laurent Tarrieu, responsable du département de l'action sociale

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

Patrick Aubert, sous-directeur de l'observation de la solidarité

Malika Zakri, adjointe à la cheffe du bureau « Handicap-dépendance »

Ministère de l'économie et des finances
Direction de la législation fiscale

Alexandre Lapierre, chef du bureau C1

Union fédérale des consommateurs - Que choisir

Mathieu Escot, responsable des études

Direction générale du Trésor

Michel Houdebine, chef économiste

Thierry Grignon, chef du Bureau Santé et comptes sociaux

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Anne Burstin, directrice générale

Stéphane Corbin, directeur de la compensation

Simon Kieffer, directeur des établissements et services

Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

Albert Lautman, directeur général

Alexandre Tortel, directeur adjoint des affaires publiques, responsable du pôle influence nationale

Maurice Ronat, membre du bureau

Organisme commun des institutions de rente et de prévoyance (Ocirp)

Pierre Mayeur, directeur général

Jordan Paolini, chargé de mission

Virage Viager

Éric Guillaume, président

Cécile Bouzoulouk, directeur des opérations et du développement

Caisse des dépôts et consignations (CDC)

Laure de La Bretèche, directrice déléguée des retraites et de la solidarité

Philippe Blanchot, directeur des relations institutionnelles

Aurélia Brunon, chargée de relations institutionnelles

CNP Assurances

Antoine Lissowski, directeur général

Xavier Larnaudie-Eiffel, directeur général adjoint

Thomas Béhar, directeur financier groupe

Laure Châtel, directrice économie sociale

Crédit foncier

Nicole Chavrier, directrice des relations institutionnelles

Direction de la sécurité sociale

Mathilde Lignot-Leloup, directrice

Marianne Kermoal-Berthomé, cheffe de service

Chambre des notaires de Paris

Julien Trokiner, notaire associé

Assemblée des départements de France (ADF)

Jean-Michel Rapinat, directeur des politiques sociales

Marylène Jouvien, chargée des relations avec le Parlement

Baudouin Dirou, collaborateur

DÉPLACEMENTS À BERLIN ET À LONDRES

Berlin

6 et 7 mars 2019

Ambassade de France en République fédérale d'Allemagne

Maud Venturini, adjointe de la conseillère pour les affaires sociales

Fédération des caisses d'assurance maladie (GKV)

Gernot Keifer, membre du comité exécutif

Michael Weller, directeur du département politique

Organisation caritative Diakonie

Dr. Bartmann, chef du centre de santé, de réadaptation et de soins infirmiers de la direction « politiques sociales »

Mme Stempfle, experte pour les soins ambulatoires

Ministère fédéral de la santé (BMG)

Martin Schölkopf, sous-directeur en charge de l'assurance dépendance

Dr. Albert Kern, directeur du bureau en charge des questions de dépendance

Fédération des caisses d'assurance privées (PKV)

Dr. Florian Reuther, directeur

Dr. Marc-Pierre MÖLL, directeur « Relations publiques »

Londres

13 et 14 mars 2019

Independent Age (*think tank*)

Catherine Seymour, directrice des politiques

Ressources documentaires de la Chambre des communes (section des politiques sociales)

Tim Jarrett, directeur

Institute for Fiscal Studies

David Phillips, membre du directoire

Polly Simpson, économiste

King's Fund

Simon Bottery, économiste

Social Care Institute for Excellence (SCIE)

Paul Burstow, président, ancien ministre

LGA's Community Wellbeing Board

Ian Hudspeth, chairman

All Party Parliamentary Group for Ageing People

Rachael Maskell, MP, président