



**La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence
sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches
aidants**

Avis du Conseil de l'âge adopté le 1^{er} décembre 2017

Cet avis a été adopté par l'ensemble des membres du Conseil de l'âge à l'exception de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP).

Remarques préalables

- 1) Certains membres du Conseil notent que la barrière d'âge à 60 ans ne correspond plus aujourd'hui ni à l'âge de la retraite ni à une quelconque étape en termes d'état de santé. Ils estiment donc qu'il convient de mettre en œuvre la loi de 2005 qui prévoit la suppression de la barrière d'âge qui sépare à 60 ans les régimes du handicap et de la perte d'autonomie.
- 2) Il serait opportun de systématiser les statistiques sur des tranches d'âge quinquennales pour mieux connaître la situation des personnes les plus âgées.
- 3) Cet avis, comme le rapport lui-même, est centré sur les allocataires de l'APA. Il ne traite donc pas de la prise en charge des autres personnes âgées (notamment celles du GIR 5 pour lesquelles interviennent les caisses de retraite et les collectivités locales).
- 4) Le Conseil a décidé de réfléchir début 2018 à une modification des termes actuellement utilisés pour analyser la situation des personnes en perte d'autonomie et des soutiens qui leur sont apportés, ces termes étant jugés dévalorisants.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

- 1) Dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation tendancielle des coûts, la prise en charge des aides à l'autonomie requerra une forte progression des dépenses.
- 2) La prise en charge publique doit rester au centre de nos politiques conformément aux principes de solidarité nationale. Pour certains membres du Conseil, la réintégration du risque de perte d'autonomie dans l'assurance maladie s'impose.

Le Conseil considère que l'évolution de cette prise en charge doit conduire à une forte augmentation des dépenses publiques, fût-ce de façon progressive.

3) Le Conseil a analysé diverses mesures de financement privé de la prise en charge de la perte d'autonomie. Mais il a jugé que le recours à une assurance privée – dont la montée en charge serait, au demeurant, lente – ne pouvait pas constituer le dispositif central de financement des dépenses liées à la perte d'autonomie. Le développement de produits d'assurance ne peut venir qu'en complément des aides publiques¹. Il suppose au demeurant qu'on poursuive l'amélioration de la qualité des contrats entreprise ces dernières années.

Les dispositifs de « mobilisation » du patrimoine (propriété immobilière, assurance vie...) méritent d'être développés. Mais leur apport sera limité.

¹ « La CGT retraités », l'UCR-FO, l'UNIR/CFE-CGC, les retraités CFTC, la FSU, les retraités de la fonction publique et Ensemble et solidaires considèrent que l'adhésion à ces produits d'assurance est inégalitaire et que la nécessité d'y recourir devrait rester marginale en raison du rôle central que doit jouer le financement public.

4) Le Conseil appuie l'option d'une politique de soutien à domicile qui a la préférence des Français. Encore faut-il que l'accès aux établissements, que certains ménages peuvent souhaiter ou auquel ils peuvent être conduits, ne bute pas sur une contrainte financière excessive et que l'offre soit de qualité. C'est en s'appuyant sur cette double affirmation qu'il adhère au principe de libre choix.

5) Dans la préparation de son rapport, le Conseil a constaté que, malgré un système d'information sur les personnes en perte d'autonomie régulièrement enrichi, un approfondissement de la connaissance était nécessaire. Il souhaite qu'on développe les travaux d'études et de collecte régulière des données nécessaires à une bonne appréciation de la situation des personnes en perte d'autonomie et des politiques publiques qui leur sont dédiées.

II) SUR LA PRISE EN CHARGE À DOMICILE

1) Les principes généraux de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

Ils sont jugés pertinents par la majorité du Conseil. Les options d'une prestation personnalisée dans la limite de plafonds cohérents avec les besoins et attentes des allocataires et de leurs proches, de l'élaboration du plan d'aide par une équipe médico-sociale qui s'appuie sur des référentiels de prise en charge, et de la prise en compte de l'apport et des besoins des aidants sont jugés pertinentes par la majorité du Conseil.

Mais la variabilité des pratiques entre départements porte atteinte de façon abusive au principe d'égalité de l'article 232-1 du code de l'action sociale et des familles qui prescrit que l'allocation est « définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national ».

Cette variabilité porte notamment sur le taux d'admission à l'APA, le niveau et le contenu des plans notifiés, les processus de valorisation par les tarifs mis en œuvre par les départements. Cette variabilité résulte notamment de ce que, dans un système décentralisé, la définition des GIR laisse place à des interprétations différentes et qu'il n'existe pas de référentiels opposables pour la détermination des plans d'aide.

Il souhaite que :

- l'analyse de cette variabilité soit approfondie rapidement, en particulier par les travaux menés par les administrations centrales, la CNSA et l'ADF ;
- les administrations, la CNSA et la « société civile » progressent dans l'élaboration de référentiels de bonne pratique pour dégager progressivement des cadres plus normalisés d'action ;
- l'on étudie sur quels éléments de l'APA on pourrait adopter des référentiels opposables.

Pour certains (c'est le cas des organisations « la CGT retraités », l'UCR-FO, l'UNIR/CFE-CGC, les retraités CFTC, la FSU, les retraités de la fonction publique et Ensemble et

solidaires, l'AD-PA et FNAPAEF) cette variabilité n'est pas admissible. Comme ils doutent qu'on puisse la contenir, ils souhaitent qu'on aille vers des critères nationaux.

2) La modulation de la participation des allocataires avec leur revenu

Elle fait débat. Pour certains elle devrait être supprimée comme c'est le cas pour l'assurance maladie². Mais dans la situation actuelle où l'amélioration du barème de l'APA et l'institution du crédit d'impôt – applicable depuis cette année – améliorent très nettement la situation des allocataires, notamment des classes moyennes (en leur permettant de s'engager sur des plans d'aide plus élevés dès lors qu'ils peuvent, plus qu'avant, assumer la participation financière qui leur incombe), la modulation de l'APA avec le revenu est admise par une majorité du Conseil³.

3) Les plafonds de l'APA

a) Rehaussés par la loi ASV et complétés par le crédit d'impôt, ils permettent d'améliorer les plans de soutien aux allocataires et à leurs aidants.

Les plafonds sont en moyenne supérieurs de 74 % (365 € par mois en moyenne) aux plans notifiés en 2011. Il y a donc de la marge pour une politique ambitieuse souhaitée par l'ensemble du Conseil.

Le nombre de plans « saturés » (pour lesquels on bute sur le plafond) devrait diminuer et on peut espérer que les niveaux des plans augmenteront en ligne avec les besoins des ménages.

b) Les plafonds ne doivent pas perdre de valeur avec le temps.

Par nature ils financent pour l'essentiel des aides humaines dont le coût à moyen terme devrait augmenter plus vite que le salaire moyen si l'on veut améliorer les conditions de travail des personnels. L'indexation des plafonds sur un index salarial est donc pertinente.

4) Encore faut-il que les départements mettent en place des plans cohérents avec l'ambition de la loi ASV et les besoins des ménages

Nombre de leurs dirigeants – et l'ADF – estiment que la contrainte financière qui pèse sur eux est excessive et que les perspectives de croissance du nombre des personnes âgées en perte d'autonomie la rendra encore plus difficile à assumer.

Le Conseil de l'âge n'a ni les compétences techniques ni la légitimité politique pour juger de la soutenabilité du système actuel de financement et des règles de péréquation financière qui sont mises en œuvre.

Il lui revient par contre de souligner que d'éventuelles pratiques « régressives » qui résulteraient du système actuel de financement ne sont pas admissibles. Il se féliciterait d'un

² Ou, *de facto*, pour la PCH.

³ Le Conseil a pris note que la suppression de la modulation de l'APA avec le revenu, à plan notifié constant, augmenterait la charge des départements de 1 Md€ (le crédit d'impôt diminuant de 0,5 Md€).

accord sincère et réaliste entre l'État et les départements sur le financement de la perte d'autonomie.

Le constat de pratiques « régressives » diffuses et importantes amènerait le Conseil à examiner en 2020 – année de rendez-vous qu'il s'est fixé – des réformes assurant une plus grande égalité, par exemple en adoptant des référentiels opposables, voire en basculant vers une prestation opposable de montant unique par GIR.

5) Le Conseil fait donc un double pari

Le pari qu'on peut conserver les principes du système actuel (personnalisation des plans d'aide et gestion décentralisée) ; le pari que les départements développeront une politique en ligne avec l'ambition de la loi ASV.

Il se fixe pour objectif de dresser en 2020 un bilan sur ces deux paris. Il poursuivra d'ici là ses travaux :

- sur des processus de réduction de la variabilité des pratiques ;
- sur des solutions alternatives à la situation actuelle (a été ainsi mentionné un système d'attribution d'une prestation en espèces de haut niveau dont la personne âgée aurait le libre emploi⁴).

Certains membres du Conseil doutent de la réussite de ce pari du fait des contraintes financières qui pèsent sur les départements.

6) Autres problèmes

a) La cohérence de la grille AGGIR

Si la solidité de la grille est reconnue, certains membres du Conseil souhaitent qu'on vérifie sa cohérence avec les maladies neurodégénératives et qu'elle tienne davantage compte du contexte familial et des conditions de vie de l'allocataire.

b) Le renforcement des équipes médico-sociales (en effectif et en formation)

La bonne définition des plans d'aide et le suivi régulier et attentif des allocataires et de leurs proches est une des conditions majeures de la politique de maintien à leur domicile des allocataires de l'APA.

c) La prise en compte des aides techniques et ponctuelles dans les plans personnalisés

Le Conseil recommande que leur prise en compte soit étalée sur une durée suffisante pour qu'elle ne conduise pas à des dépassements des plafonds.

Il souhaite qu'on progresse dans la connaissance des aides techniques et ponctuelles retenues dans les plans personnalisés⁵ et de l'effectivité de leur mise en place.

⁴ Pour autant qu'on évite, s'agissant des aides humaines, le travail non déclaré (on peut y parvenir par l'emploi du CESU).

d) Le calendrier du crédit d'impôt

Compte tenu du montant potentiel du crédit d'impôt (de 562 à 833 € par mois aux plafonds), l'avance que fait l'allocataire peut le conduire à renoncer à un recours suffisant aux emplois à domicile. Le Conseil souhaite qu'on étudie au plus vite les moyens de revoir ce calendrier, notamment dans le cadre de l'entrée en vigueur du prélèvement à la source en 2019.

e) L'accès aux droits

- Même si nous ne disposons que de données limitées, celles-ci convergent sur l'existence d'un taux de non-recours significatif à des dispositifs qui améliorent la situation financière des allocataires. C'est vraisemblablement le cas de l'ACS ou de l'accès à la demi-part fiscale⁶. C'est peut-être le cas pour la capacité des enfants de bénéficier d'aides (notamment fiscales) lorsqu'ils aident leurs ascendants.

La bonne compréhension du crédit d'impôt⁷ est un enjeu important dans la mesure où il améliore sensiblement les aides monétaires dont bénéficient désormais les personnes en perte d'autonomie.

- L'amélioration du taux de recours aux droits passe par un accompagnement des allocataires et de leurs proches.

Le Conseil de l'âge envisage de faire étudier en 2018 ces problèmes par un groupe de travail sur l'effectivité de l'accès aux droits.

f) Des marges de financement pour les départements

Le développement souhaitable d'une politique plus ambitieuse de soutien à domicile sollicitera les budgets des départements.

Le Conseil s'est interrogé sur la possibilité de dégager des marges de financement qui permettraient aux départements d'engager cette politique.

Comme les paramètres de l'APA issus de la loi ASV ont été établis sans qu'on connaisse à l'époque la novation que devait constituer, quelques mois après, la création du crédit d'impôt, le reste à charge et le taux d'effort des allocataires se situent désormais très au-dessous de ce qui avait été arbitré dans la loi ASV. Dans ce contexte, le Secrétariat général du Conseil de l'âge a étudié deux aménagements du barème qui dégageraient des économies pour les départements.

* Le premier consiste à augmenter légèrement l'assiette de calcul de l'APA des allocataires vivant en couple.

⁵ Par exemple sur les dispositifs de protection contre l'incontinence ou les prothèses auditives.

⁶ De droit en GIR 1 et 2 ; son apport le plus important est le bénéfice d'un plafond majoré du crédit d'impôt.

⁷ Pour les allocataires et leurs descendants.

* Le second consiste à porter de 350 à 450 € la première tranche des plans (pour laquelle la loi n'a pas amélioré le barème de l'APA) mais qui est dans l'assiette du crédit d'impôt.

La majorité du Conseil⁸ est opposée à ces mesures. Certains membres pourraient les accepter si les économies des départements étaient réinvesties de façon certaine. C'est dans cette voie qu'on étudie *infra*⁹ leur affectation à des aménagements de l'aide sociale à l'hébergement.

III) LES AIDANTS

Le premier droit des aidants est que le plan d'aide de leur proche soit d'un bon niveau et qu'un service public de bonne qualité le mette en œuvre. C'est à ces conditions qu'ils ne seront pas sollicités de façon excessive.

Dès lors qu'on fait appel à eux de façon réaliste, il est normal qu'on les soutienne. Le Conseil considère que la réussite de la politique de maintien à domicile implique un renforcement du soutien aux aidants.

1) Les aidants actifs

Comme 39 % des aidants sont des actifs, il convient de leur permettre d'ajuster leurs conditions de travail.

a) Le congé de proche aidant

Le Conseil souhaite qu'on étudie la possibilité d'indemniser le congé de proche aidant, qu'on l'ouvre au titre de chaque personne aidée et que le recours au temps partiel soit de droit.

Son financement pourrait être porté par la CNSA (quitte à ce que sa gestion matérielle soit confiée à un réseau de caisses de sécurité sociale).

b) Au-delà des congés, les aidants actifs doivent obtenir des aménagements à leurs conditions de travail

L'adaptation des horaires, le télétravail, la possibilité de passer en temps partiel (soit par l'élargissement formel des congés soit par la mise en œuvre d'un « vrai » *right to request*¹⁰) ou de recourir au télétravail sont souhaitables.

Ces ajustements doivent être mis en œuvre en minimisant les sacrifices que ces aidants acceptent (en termes de revenu et en termes de droit à la protection sociale, notamment en matière de retraite).

⁸ Dont les organisations « la CGT retraités », l'UCR-FO, l'UNIR/CFE-CGC, les retraités CFTC, la FSU, les retraités de la fonction publique et Ensemble et solidaires.

⁹ Au IV, b3.

¹⁰ Il s'agirait d'instaurer le droit pour tout salarié de demander à son employeur un aménagement souple de son emploi du temps, pour raisons familiales, et pour l'employeur l'obligation de répondre de manière sérieuse à cette demande, en circonstançant les motifs du refus éventuel.

c) Il faut enfin inciter les entreprises à une politique active de soutien à leurs salariés aidants¹¹

2) Les autres aidants

Le Conseil souhaite qu'on étudie la transposition du dispositif de dédommagement forfaitaire qui existe dans le cadre de la PCH à la gestion de la perte d'autonomie.

3) C'est largement dans le cadre du plan personnalisé qu'il convient de consolider le droit au répit¹²

Comme on l'a indiqué ci-dessus, il y a de la marge dans la limite des plafonds actuels de l'APA. Il faut donc que les départements s'engagent et que l'offre suive. Le Conseil envisage de mettre le problème de l'offre des formules de répit à son programme de 2018.

IV) LES RÉSIDENTS EN ÉTABLISSEMENT

1) Le Conseil considère que la situation actuelle n'est pas digne d'un pays aussi riche que le nôtre

Dans la conception actuelle, si les soins sont pris en charge par l'assurance maladie et si les deux tiers des dépenses de prise en charge de la perte d'autonomie le sont par les départements, les frais d'hébergement incombent pour les trois quarts aux ménages (la personne âgée sur ses revenus et, s'ils sont insuffisants, en puisant sur son épargne ou en mobilisant son patrimoine ; ses obligés alimentaires et ses héritiers si elle fait appel à l'aide sociale à l'hébergement). Les aides existantes, très limitées, ne couvrent que 40 % des dépenses¹³.

De ce fait, le reste à charge des allocataires est très élevé (1 587 € par mois en moyenne) et dépasse les revenus courants pour un résident sur deux, dont le « reste à vivre » est alors négatif.

Il est par ailleurs probable que cette situation se dégrade, à législation constante, si, comme on le pense usuellement, les coûts du « care » augmentent plus vite que les retraites.

Le Conseil estime que la sollicitation du groupe familial (le résident et sa famille) est excessive et n'est plus en phase ni avec la richesse du pays, ni avec le niveau et la conception¹⁴ de notre protection sociale.

¹¹ Par exemple par un recours au crédit d'impôt famille dont les indications seraient étendues.

¹² Nombre de membres du Conseil estiment qu'il faut se situer dans une perspective de « devoir de répit » si l'on veut vaincre les réticences de certains aidants à prendre un peu de temps et de distance par rapport à l'assistance qu'ils portent à leur proche.

¹³ En tenant compte de l'ASH. Le taux est de 28 % sans prise en compte de l'ASH. Pour le calcul de la couverture des aides publiques, on soustrait aux frais d'hébergement les dépenses de gîte et de couvert (évalués à 720 € mensuels), dont le résident aurait également à s'acquitter s'il vivait à domicile.

¹⁴ Confer la régression de l'obligation alimentaire. Il n'y a plus guère dans notre droit que la prestation d'allocation de soutien familial qui soit réellement subsidiaire (le parent qui fait défaut est poursuivi en cas de non-paiement de la contribution à l'éducation et l'entretien de ses enfants).

2) Le rapport ne propose pas de scénario unique parce qu'il a semblé irréaliste d'en dresser un, tellement les argumentaires et les conséquences financières envisageables diffèrent

Ils diffèrent considérablement :

- par leur objet : faut-il faciliter le recours aux financements privés (conduire les ménages à s'assurer, les aider à mobiliser leur patrimoine) ? Faut-il améliorer les aides publiques ? Faut-il une combinaison des deux approches ?
- par leur générosité (et donc le niveau de sollicitation des prélèvements obligatoires). À quel niveau couvrir les dépenses qui restent à la charge des ménages (environ 10 Md€) ?
- par leur conception du droit : l'aide publique est-elle un droit individuel du résident ou faut-il tenir compte du groupe familial (faut-il faire jouer l'obligation alimentaire ?) et du patrimoine de la personne dépendante ?
- par les principes d'attribution de l'aide : son champ (dépenses d'hébergement seules ou dépenses d'hébergement et de dépendance) ; son éventuelle variation avec le revenu du résident et/ou la localisation de l'établissement ;
- par leur calendrier de mise en place : dès l'entrée en établissement ou à partir d'une durée déterminée de séjour ?
- par la recette envisagée pour les financer.

Dans ce contexte, on peut classer les scénarios autour de trois questions principales.

a) Un choix initial sur le principe de subsidiarité de l'aide publique

Dans la première option, on garde le principe de subsidiarité, quitte à l'aménager ou en réduire le champ par le renforcement des aides publiques (qui entraîne mécaniquement une régression de l'ASH dont les principes de subsidiarité subsisteraient).

Dans la seconde option, on supprime ce principe et on « déverrouille » l'ASH. La disparition de l'obligation alimentaire et de la récupération sur succession amènerait nombre de résidents en établissement à demander le bénéfice de l'aide sociale alors qu'ils ne le font pas aujourd'hui parce qu'ils ne souhaitent pas qu'on sollicite leur famille et qu'on opère de lourds prélèvements sur leur patrimoine lors de leur succession.

Cette seconde option pose deux questions principales. Une question de doctrine tout d'abord puisqu'on romprait avec l'idée que l'aide publique est subsidiaire et doit passer après la solidarité familiale. Une question financière ensuite puisque la réforme coûte près de trois milliards d'euros.

Un nombre élevé de membres du Conseil¹⁵ sont favorables à la régression, voire à la suppression des règles de subsidiarité de l'ASH.

¹⁵ Dont les organisations « la CGT retraités », l'UCR-FO, l'UNIR/CFE-CGC, les retraités CFTC, la FSU, les retraités de la fonction publique et Ensemble et solidaires.

b) Si l'on opte pour un renforcement des aides publiques (en maintenant le principe de l'ASH), le rapport examine trois niveaux d'amélioration de la prise en charge.

b1) Un niveau élevé de la prise en charge.

L'aide publique serait d'un haut niveau (elle devrait couvrir une part très substantielle du tarif d'hébergement). Elle ne serait pas – ou serait peu – modulée avec le revenu du résident. C'est un schéma de ce type qu'on qualifie souvent de « 5^e risque ». Ses promoteurs associent souvent à cette prestation une gestion par une caisse publique et un financement de solidarité nationale garantie. C'est le cas des associations de retraités précitées.

Ainsi une aide uniforme de 1 275 € en GIR 1 et 2 et 925 € en GIR 3 et 4 viendrait en sus de l'APA actuelle. Le surcoût pour les finances publiques est de l'ordre de 6,2 Md€ (en supprimant les allocations logement et la réduction d'impôt mais hors incidence sur l'ASH).

b2) Un niveau intermédiaire de la prise en charge

L'aide serait d'un niveau moins élevé (de l'ordre de 500 à 800 € par mois soit de 28 % à 44 % du tarif d'hébergement médian¹⁶) et elle serait modulée avec le revenu. Le Conseil d'analyse économique, CAE, a proposé un scénario de ce type (le surcoût pour les finances publiques serait de 3,5 Md€). Un crédit d'impôt de 500 € par mois coûterait environ 3,0 Md€¹⁷.

b3) Un niveau plus limité de la prise en charge

On renforcerait l'aide apportée aux résidents les plus modestes sur deux axes :

- l'augmentation des aides au logement qui se sont dégradées ces dernières années (l'aide moyenne est actuellement de 146 € par mois et disparaît lorsque le revenu d'un allocataire isolé dépasse 1 121 € par mois¹⁸). On peut jouer sur le plafond de loyer et l'intensité de la baisse de la prestation avec le revenu ;

- des aménagements de l'aide sociale à l'hébergement. On en garde les principes mais on diminue la pression sur le résident et le groupe familial qu'il s'agisse de l'obligation alimentaire ou de la récupération sur succession :

* pour le résident, on peut prendre en charge la cotisation de sa protection complémentaire maladie (nette de l'ACS)¹⁹ et augmenter le minimum de ressources dont il dispose d'au moins 50 %²⁰ ;

* pour le groupe familial, on peut dispenser les petits-enfants de l'obligation alimentaire et limiter le taux d'effort des enfants et beaux-enfants d'une part, ne récupérer l'ASH sur les successions qu'au-dessus d'un plancher (on considère que même le plus modeste doit pouvoir donner un petit héritage à ses enfants).

¹⁶ D'après la CNSA (2017), pour un résident, le tarif médian d'un EHPAD en 2016 en France est d'environ 1 800 euros par mois.

¹⁷ Hors incidence sur l'ASH.

¹⁸ Point de sortie en euros pour l'ALS (1 371 € pour l'APL foyer en Zone II).

¹⁹ C'est déjà le cas dans la grande majorité des départements.

²⁰ Un membre du Conseil a proposé de le multiplier par au minimum 2,5.

c) L'institution d'un « bouclier »

Dans l'attente d'une éventuelle réforme plus ambitieuse, si l'on admet qu'il appartient au résident de prendre en charge son hébergement – avec l'obligation de mobiliser son patrimoine et solliciter ses enfants –, c'est souvent parce qu'on sait que la durée d'hébergement est courte (en moyenne 2 ans et 6 mois en 2015) et donc que la pression sur le groupe familial ne durera pas trop longtemps.

En contrepartie, pour éviter une pression financière trop forte des familles, certains évoquent l'idée d'augmenter les aides publiques à partir de la troisième ou quatrième année ce qui protège la minorité des résidents restant de longues années en établissement (un quart des résidents sortis en 2015 seront restés plus de 3 ans et 8 mois).

V) LE FINANCEMENT

1) Les finances des départements

Elles seront sollicitées notamment par l'augmentation souhaitable de la valeur des plans notifiés.

Par ailleurs, si une réforme radicale de l'ASH devait être adoptée (3 Md€), il conviendrait de couvrir par une recette adaptée son financement.

Le reclassement des charges entre les sections dépendance et soins irait dans ce sens (au prix d'une augmentation des dépenses de l'assurance maladie).

2) La plupart des schémas analysés dans le rapport (s'agissant notamment de réformes de la prise en charge en établissement) requerrait des financements nouveaux.

Le Conseil a brièvement analysé les caractéristiques de certaines recettes fréquemment évoquées.

a) Une recette spécifique²¹

Le CESE avait en 2011 proposé à l'unanimité qu'on augmente les droits de mutation à titre gratuit (DMTG). L'augmentation devrait être substantielle si l'on veut la limiter aux successions et donations en ligne directe²². L'assiette taxable est alors ramenée à 6,9 Md€. Financer une réforme ambitieuse de la perte d'autonomie supposerait alors qu'on augmente fortement les droits de succession en ligne directe (près de 14,5 % par tranche d'un milliard d'euros).

²¹ Une autre recette spécifique proposée par un membre du Conseil serait l'affectation au risque de perte d'autonomie de la part (85 %) des bénéfices des contrats d'assurance vie prévue par l'article A 331-4 du code des assurances, disposition qui n'est pas mise en œuvre. Le Secrétariat du Conseil n'a pas procédé à l'instruction technique et juridique de cette proposition évaluée par ses auteurs à 2,5 Md€ par an.

²² En considérant qu'on ne peut revenir sur l'exonération de droits dont bénéficient les conjoints et qu'on ne peut augmenter les droits pour les collatéraux et les tiers déjà lourdement taxés.

b) Le recours à l'augmentation de prélèvements spécifiques

- De la même façon que les actifs financent leur retraite, certains ont avancé le principe que les retraités financent les charges liées à la perte d'autonomie, risque qui est propre à leur âge. On pourrait alors financer en partie la réforme par une recette du type CASA (contribution de solidarité pour l'autonomie)²³.

Cette réforme est catégoriquement rejetée par le Conseil parce qu'elle contrevient aux principes de solidarité et de large mutualisation de notre protection sociale. Certains membres souhaiteraient même la suppression de la CASA actuelle.

- La généralisation et le doublement de la contribution solidarité pour l'autonomie²⁴ (« journée de solidarité ») sont souvent évoqués. La CSA pèse sur l'ensemble des employeurs (publics et privés) redevables d'une cotisation patronale d'assurance maladie.

Comme l'assiette de la CSA est large, le rendement d'un doublement de cette contribution serait élevé (2,518 Md€ attendus en 2016). On objecte à cette option qu'il ne convient pas d'augmenter les charges des entreprises.

c) Un scénario progressif

On pourrait :

- adopter dans un premier temps des mesures limitées, par exemple tout ou partie des mesures étudiées ci-dessus (amélioration des aides au logement²⁵ ; aménagements de l'ASH²⁶) ;

- instituer un bouclier.

À terme on pourrait réformer en profondeur le régime des aides en établissement en utilisant à partir de 2024 une partie de la CRDS qui devrait être supprimée avec la fin de l'amortissement de la dette de la CADES.

²³ Elle est actuellement prélevée au taux de 0,3 % sur les retraites, pensions d'invalidité et allocations de préretraite (hors avantages de vieillesse ou d'invalidité non contributifs et majoration pour tierce personne). Les retraités dont le revenu fiscal de référence est inférieur à 14 375 € pour une part et 22 015 € pour deux parts en sont exonérés. Comme l'assiette est limitée et le taux faible, les recettes attendues en 2016 s'élèvent à 726 M€.

²⁴ La CSA est calculée sur le salaire déplafonné au taux de 0,3 %.

²⁵ À la charge de l'État.

²⁶ À la charge des départements.