



**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**

Chapitre 5 - Orientations

Rapport adopté le 1^{er} décembre 2017

SECTION 1- ELEMENTS DE CONTEXTE	7
I) L'état de l'opinion	7
A) le Baromètre d'opinion de la DREES	7
B) Le baromètre santé ODOXA (juillet 2017)	8
II) Les conséquences de l'évolution à moyen et long terme de la perte d'autonomie sur les dépenses publiques.....	9
A) Scénario central du compte établi par la DREES pour le HCFiPS.....	9
B) Selon la plupart des analystes, les coûts des prestations (hors soins) que financent les aides publiques et les ménages sont amenés à augmenter plus vite que les salaires.	10
III) le rapport est centré sur la prise en charge des dépenses liées à la perte d'autonomie.	11
 SECTION 2 - ORIENTATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES ALLOCATAIRES VIVANT A DOMICILE.....	 12
I) Un approfondissement de la connaissance s'impose	12
A) Sur les besoins et les comportements	12
1) Les besoins	12
2) Les comportements des bénéficiaires de l'APA	12
B) Sur les pratiques des départements.....	12
C) Renforcer le système d'information sur les prestations et les bénéficiaires en s'appuyant sur les bases légales prévues par la loi ASV	13
II) Propositions sur la gestion de l'APA.....	13
A) Le Conseil souligne que le rôle des équipes médico-sociales est crucial.....	13
B) La définition de référentiels	14
C) Les procédures de révision de la situation des allocataires et de leur plan doivent être plus régulières.....	14
D) Les équipes médico-sociales doivent élargir leur rôle	14
III) La situation des allocataires résultant de la réforme de l'APA et de l'extension du crédit d'impôt....	14
A) La situation actuelle	14
1) Sur cas-types pour différents niveaux de dépenses (exprimées en pourcentage des plafonds APA) et de GIR	14
2) Sur le plan global	14
B) Il faut que la gestion de l'APA par les départements soit en ligne avec le cadre juridico-financier rénové	17
C) Il faut consolider le barème des aides publiques pour éviter une dégradation de leur valeur.....	17
1) Le barème de l'APA	17
2) La dépense éligible au crédit d'impôt pour les services à la personne	18
D) Dans un contexte de fortes tensions sur les finances publiques, il faut des priorités	18

E) Même dans ce cadre prudent et conservateur, les départements devront faire face à un surcroît de dépenses	18
IV) Faut-il revoir le système des aides publiques autres que l'APA ?.....	19
A) Il faut mettre fin à l'érosion de la valeur des aides au logement	19
B) Les dépenses fiscales.....	19
V) Faut-il compléter l'APA par d'autres instruments en développant le recours à des financements privés ?	20
A) On évoque souvent l'idée de développer le système d'assurances privées	20
B) Les schémas dits de « mobilisation » du patrimoine des personnes âgées (notamment de la propriété de leur logement)	20
1) Patrimoine financier	20
2) Patrimoine immobilier (Propriété du logement)	20
VI) Faut-il adopter une autre conception de l'aide publique à domicile que celle de l'APA ?.....	21
A) L'hypothèse d'une prestation en espèces de caractère libératoire.....	21
1) Les caractéristiques de l'aide	22
2) Cette option pose trois problèmes majeurs	22
B) La gestion d'une prestation de « 5 ^{ème} risque » par une caisse publique.....	23
C) Resterait à déterminer dans ces deux systèmes le montant de la rente ou de la prestation.....	23
1) Hypothèse 1 : la prestation est égale aux plafonds de l'APA actuelle et ne varie pas avec le revenu	23
2) Hypothèse 1 bis	23
2) Hypothèse 2 : la prestation est égale au plafond pour chaque GIR et diminue avec le revenu	24
3) Hypothèse 3 : la prestation est égale à un pourcentage – élevé – du plafond et diminue avec le revenu.....	24
SECTION 3- CONDITIONS DE REUSSITE D'UNE POLITIQUE DE SOUTIEN AUX AIDANTS.....	25
I) Il faut que l'action des départements soit ambitieuse et qu'elle s'appuie sur une offre cohérente de services	25
A) L'accroissement des prestations inscrites dans le plan personnalité d'autonomie	26
B) Conséquences financières pour les départements.....	26
C) Aider les ménages à utiliser le crédit d'impôt au-delà du plan personnalisé.....	26
D) Le reste à charge des ménages reste contenu avec le développement des plans d'aide	26
1) Dans le cas où le plan est égal au plafond (y compris l'enveloppe de 500€/an)	27
2) Pour les dépenses hors plafond	27
E) Il faut que l'offre soit en ligne avec les besoins	27
II) l'amélioration des dispositifs de soutien aux aidants	27
A) l'amélioration du congé de proche aidant	27
1) Elargir le droit à congé pour prendre en compte la situation des personnes qui sont aidants familiaux à plusieurs titres.	27
2) Rendre opposable la possibilité de prendre le congé à temps partiel	28
3) Indemniser le congé	28
B) Le dédommagement de l'aidant non salarié	28

C) Extension des droits de retraite.....	29
D) Le déblocage sans pénalité fiscale de l'épargne.....	29

SECTION 4 - VOIES DE REFORMES DE LA PRISE EN CHARGE DES AIDES A L'AUTONOMIE DES PERSONNES RESIDANT EN ETABLISSEMENT..... 30

I) Le recours aux financements privés	31
A) Le recours à une assurance dépendance	31
1) La situation actuelle	31
2) Quelles mesures pour promouvoir l'assurance dépendance privée ?	33
B) Faciliter la mobilisation du patrimoine.....	36
1) Patrimoine financier	36
2) Patrimoine immobilier (Propriété du logement)	36
II) Des aménagements limites des aides publiques actuelles	37
A) Améliorer l'aide au logement.....	37
1) Relever le point de sortie de l'aide	37
2) Augmentation du montant des aides au logement	37
B) Aménager les règles de l'ASH	39
1) Améliorer la situation financière du bénéficiaire	40
2) Aménager le régime de l'obligation alimentaire	40
3) Revoir le régime de récupération sur succession	40
4) L'incidence d'un tel réaménagement pour les ménages et les départements est complexe	41
III) Des réformes plus profondes des aides publiques	41
A) Deux schémas d'aide indépendante des ressources des résidents	41
1) L'institution d'un crédit d'impôt substantiel	41
2) Une prestation sociale	43
3) Comparaison des deux dispositifs	43
4) Un schéma de prestation beaucoup plus généreux	44
B) Une famille de réformes améliore sensiblement la situation des résidents mais repose sur une baisse de l'aide publique avec le revenu.....	44
1) La DREES a fait en 2012/2014 une série d'études sur un système refondant les aides publiques	44
2) Le Conseil d'analyse économique (CAE) a étudié en 2016 un schéma « d'APA étendue »	46
C) Le « déverrouillage » de l'ASH par la suppression de l'obligation alimentaire et de la récupération sur succession.....	47
D) La prise en compte des longues durées de séjour.....	48
1) Le « bouclier »	48
2) Une aide à l'hébergement à partir d'une certaine durée de séjour	48

SECTION 5 - PROBLEMES DE FINANCEMENT 49

I) les finances du département	49
---	-----------

II) Autres contributeurs publics	49
A) Dans certains schémas, la nature de la recette et l'identité du payeur sont liées à l'objet de la dépense	49
B) Dans les schémas faisant appel à un financement par le budget de l'Etat	49
C) Eléments sur les pistes de financement envisagées dans le débat public	49
1) Beaucoup d'intervenants (notamment le CESE à l'unanimité sur ce point en 2011) évoquent un financement par l'affectation d'une majoration des droits de mutation à titre gratuit (DMTG).	49
2) De la même façon que les actifs financent leur retraite, on peut envisager que les retraités financent les charges liées à la perte d'autonomie, risque qui est propre à leur âge.	50
3) La généralisation et le doublement de la contribution solidarité pour l'autonomie (« journée de solidarité ») sont souvent évoquées	51
4) Avec le recours à la CSG, la TVA ou une cotisation sociale, on aurait une assiette très large	51
5) Un membre du Conseil a proposé qu'on affecte au risque de la perte d'autonomie une partie des bénéfices des contrats d'assurance-vie	51
6) Un scénario progressif	51
 ANNEXES	 52
Annexe 1 – Rapport de la Commission de travail sur le recours aux financements privés dans la couverture de la perte d'autonomie (Rapporteurs : Carole Bonnet et Romeo Fontaine).....	53
Annexe 2 – Analyses sur cas-types de projets de réforme sur la prise en charge en établissement	54
1) Les situations conventionnelles étudiées	54
3) Le Conseil d'analyse économique (CAE) a étudié en 2016 un schéma « d'APA étendue »	57
4) Le scénario avec crédit d'impôt (et suppression de la réduction d'impôt actuelle)	60
4) Le scénario avec une prestation de 500€	62
5) Comparaison des scénarios	64
Annexe 3 – Note communiquée par Mme Françoise Forette	66
Annexe 4 – Note du CAE n°35 – « Quelles politiques publiques pour la dépendance ? »	69
Annexe 5 – Note de l'AD-PA	70

SECTION 1- ELEMENTS DE CONTEXTE

I) L'ETAT DE L'OPINION

A) le Baromètre d'opinion de la DREES

En 2015, la majorité des Français (61%) estime que l'Etat et les pouvoirs publics sont les acteurs les plus légitimes pour prendre en charge financièrement les personnes âgées dépendantes¹. Un peu plus d'un quart estiment que cette responsabilité devrait incomber prioritairement aux enfants ou aux familles des personnes âgées dépendantes. La solution consistant en la constitution d'une épargne ou la souscription d'une assurance privée par les personnes âgées elles-mêmes n'est privilégiée que par 12% des personnes interrogées.

En outre, malgré une forte attente vis-à-vis des pouvoirs publics, six Français sur dix se disent prêts à épargner davantage en prévision d'une éventuelle situation de dépendance les concernant.

Tableau 5.1 - Les opinions vis-à-vis des modalités de la prise en charge publique de la dépendance en 2015 (répartition en %)

Qui doit principalement prendre en charge financièrement les personnes âgées dépendantes ?	
L'État et les pouvoirs publics	61
Les enfants ou les familles des personnes âgées dépendantes	27
Les personnes âgées dépendantes elles-mêmes, en épargnant ou souscrivant une assurance privée	12
Si on devait créer une cotisation spécifique pour être couvert au cas où l'on devienne dépendant, devrait-elle être...	
Obligatoire pour tous	34
Obligatoire, à partir d'un certain âge	17
Uniquement pour ceux qui le veulent	49
Une aide financière pour compenser les surcoûts liés à la dépendance des personnes âgées doit-elle être accordée...	
...à toutes les personnes se trouvant dans cette situation, quel que soit leur niveau de revenu	29
...uniquement aux personnes disposant de faibles revenus	71

Lecture > En 2015, 61 % des personnes interrogées pensent que « l'État et les pouvoirs publics » doivent en priorité prendre en charge financièrement les personnes âgées dépendantes.

Champ > Personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus. Les personnes qui ne se prononcent pas sont exclues du tableau.

Source > Baromètre d'opinion DREES 2015.

Une courte majorité des Français (51%) est favorable à la création d'une cotisation spécifique obligatoire pour couvrir les dépenses de perte d'autonomie. Certaines catégories de population penchent plutôt pour une cotisation facultative : les moins de 25 ans, les artisans et commerçants, les employés, les personnes célibataires et les personnes ayant les plus bas revenus.

¹ Cette question n'existe que depuis 2014 dans le Baromètre. Il n'est donc pas possible de savoir si les opinions sur cette question ont évolué depuis le début des années 2000.

Enfin, sept Français sur dix sont plutôt favorables à une aide ciblée sur les plus bas revenus. Cette proportion est cependant en léger retrait par rapport à ces dernières années (75 % en 2013).

Dans l'hypothèse où un de leurs proches devenait dépendant :

- 34 % des Français estiment qu'ils essaieraient prioritairement de s'en occuper à son domicile, taux le plus haut depuis 2000.
- 26 % estiment qu'ils essaieraient prioritairement d'accueillir le proche dépendant chez eux (stable par rapport à 2014)
- 22 % estiment qu'ils essaieraient prioritairement de consacrer une partie de leurs revenus à payer des aides pour que le proche puisse rester à son domicile (+3 points par rapport à 2014).
- 17 % des Français citent la solution de placer le proche en institution spécialisée (-8 points par rapport à 2014).

Plus de six Français sur dix (62 %) estiment par ailleurs qu'il est inenvisageable pour eux personnellement de vivre à l'avenir dans un établissement pour personnes âgées. L'opposition à cette idée a augmenté de plus de 10 points depuis 2001.

Concernant les aidants :

- Une très nette majorité (76 %) jugent manquer d'aide et de considération dans leur rôle de la part des pouvoirs publics
- L'amélioration de la situation des aidants devraient prioritairement passer (selon les aidants) par :
 - o L'ouverture de centres d'accueil de jour pour recevoir les personnes dépendantes dans la semaine (37 %)
 - o Une aide financière (24 %)
 - o De la formation (17 %)
 - o Un meilleur aménagement du temps de travail (17 %)
 - o D'autres solutions (5 %)

B) Le baromètre santé ODOXA (juillet 2017)

Les principaux résultats du baromètre ODOXA sont les suivants :

- 46 % des français estiment prioritaire la question de la santé et de l'accompagnement du grand âge et de la perte d'autonomie
- 68 % que la prise en charge de cette question de la santé et de l'accompagnement du grand âge et de la perte d'autonomie en France est aujourd'hui insatisfaisante.
- 84 % ont l'impression que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes disposent de moyens insuffisants
- En cas de restrictions d'activités, 51 % pensent qu'il faudrait adapter le domicile, 15 % qu'il faudrait intégrer un établissement spécialisé et 34 % pouvoir alterner.

- 82 % ont le sentiment de ne pas bien connaître les dispositifs de prise en charge de la perte d'autonomie et ne pas savoir à qui s'adresser en cas de besoin
- 70 % des aidants se déclarent mal aidés dans leur rôle d'aidant par les pouvoirs publics

II) LES CONSEQUENCES DE L'EVOLUTION A MOYEN ET LONG TERME DE LA PERTE D'AUTONOMIE SUR LES DEPENSES PUBLIQUES

A) Scénario central du compte établi par la DREES pour le HCFiPS²

Les dépenses publiques de santé³, de dépendance et d'hébergement à destination des personnes âgées évolueraient en points de PIB comme indiqué au tableau ci-dessous (après prise en compte de l'impact anticipé de la réforme de l'APA et du passage de la réduction d'impôt au crédit d'impôt pour les individus n'exerçant pas d'activité professionnelle engageant des dépenses au titre des services à la personne).

La dépense publique en faveur des personnes âgées croîtrait significativement de 1,11% du PIB en 2014 à près de 2% en 2060 (entre 1,96% et 2,18% selon l'indexation retenue), avec une accélération entre 2030 et 2045 sous la pression démographique.

Les projections sont davantage sensibles aux hypothèses sur l'évolution de la population âgée dépendante et au mode d'indexation retenu qu'au scénario macroéconomique.

² R. Roussel (DREES), 2017, « Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 », Études et Résultats, n°1032 et Rapport sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale, Haut Conseil du financement de la protection sociale, juin 2017.

³ Il s'agit des dépenses spécifiquement liées à la situation de dépendance, au-delà des dépenses de soins d'une personne âgée autonome.

Tableau 5.2. - Dépenses publiques en faveur des personnes âgées dépendantes, en points de PIB – données 2014 et projections à horizon 2030, 2040 et 2060

	2014	2030	2040	2060
Indexation mixte (moitié salaires-moitié prix)				
Santé	0,57%	0,67%	0,81%	0,98%
Dépendance	0,39%	0,54%	0,65%	0,78%
Hébergement	0,15%	0,19%	0,24%	0,31%
Total	1,11%	1,40%	1,69%	2,07%
Indexation sur les salaires				
Santé	0,57%	0,67%	0,81%	0,98%
Dépendance	0,39%	0,56%	0,70%	0,87%
Hébergement	0,15%	0,20%	0,25%	0,34%
Total	1,11%	1,43%	1,98%	2,18%
Indexation sur les prix				
Santé	0,57%	0,67%	0,81%	0,98%
Dépendance	0,39%	0,51%	0,61%	0,68%
Hébergement	0,15%	0,19%	0,23%	0,30%
Total	1,11%	1,37%	1,64%	1,96%

Source : DREES, hypothèse centrale des projections démographiques, hypothèse intermédiaire d'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes, scénario macroéconomique B (gains de productivité réels : 1,3% ; taux de chômage : 7%)

B) Selon la plupart des analystes, les coûts des prestations (hors soins) que financent les aides publiques et les ménages sont amenés à augmenter plus vite que les salaires.

L'évolution de la situation des résidents en établissement (état de santé et restrictions d'activité) requiert une augmentation du taux d'encadrement jugé trop faible aujourd'hui (cf. chapitre 4). L'amélioration des conditions de travail et de rémunération des personnels est jugée indispensable si on veut améliorer la qualité de la prise en charge. Il en est de même du secteur des aides à domicile. Les « gains de productivité » dans ces secteurs où la masse salariale est très majoritaire ne doivent pas être surestimés.

Si l'anticipation d'une hausse des coûts est fondée, les hypothèses « hautes » de la DREES pourraient être dépassées. On peut tirer en tirer deux conclusions :

- la progression de la dépense posera, comme c'est déjà le cas, le problème de la ligne de partage du financement entre les ménages et les dépenses publiques.

- la question de l'organisation de l'offre en termes quantitatifs et qualitatifs doit être prioritaire par rapport à une forte augmentation du taux de prise en charge par les dépenses publiques

III) LE RAPPORT EST CENTRE SUR LA PRISE EN CHARGE DES DEPENSES LIEES A LA PERTE D'AUTONOMIE.

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

*
* *

Ce chapitre traite successivement

- les voies de réforme du système d'aide à domicile (section 2).
- les conditions d'une politique ambitieuse de soutien aux aidants (section 3)
- les voies de réforme du système d'aide en établissement (section 4)
- les problèmes de financement (section 5).

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

I) UN APPROFONDISSEMENT DE LA CONNAISSANCE S'IMPOSE

A) Sur les besoins et les comportements

1) Les besoins

Il faut poursuivre les travaux sur la pertinence de la grille AGGIR et sa comparaison avec les autres instruments de classement des situations de perte d'autonomie. Le Conseil a pris acte que certains de ses membres s'interrogent sur la validité de cette grille pour évaluer les besoins d'aide notamment pour prendre en compte l'environnement de la personne âgée et certaines situations de maladies neuro-dégénératives.

Il en est de même de la vérification que les plafonds actuels permettent de financer des plans cohérents avec les besoins.

On devrait mener une étude fine sur la prise en compte de l'aide informelle dans la notification des plans d'aide⁴, notamment dans le nouveau cadre de l'évaluation multidimensionnelle. L'écart des plans notifiés selon que l'allocataire vit seul ou en couple (cf. chapitre 2) est cohérent avec une logique de subsidiarité. Mais on ne dispose pas d'analyse mesurant la pertinence de cet écart. De plus, cette logique de subsidiarité appliquée aux aides en nature ne semble pas s'appliquer dans l'ensemble des départements. Dans certains, les plans d'aide sont conçus comme complémentaires aux aides familiales reçues par le bénéficiaire. A l'inverse, d'autres départements considèrent que l'aide publique peut se substituer à l'aide familiale⁵. L'enquête CARE de la DREES apportera vraisemblablement des connaissances plus précises sur la manière dont les plans d'aide notifiés et consommés dépendent des ressources, mobilisables et effectivement mobilisées, en aide informelle⁶.

2) Les comportements des bénéficiaires de l'APA

La sous-exécution des plans notifiés a fait l'objet de quelques études locales qui donnent à penser que ce phénomène est significatif⁷. On doit pouvoir les poursuivre de façon plus systématique.

Les motivations des arbitrages des allocataires (et des autres parties présentes de fait dans ces arbitrages : aidants, familles, équipes médico-sociales du département...) entre les modes de gestion (prestataire, mandataire et gré à gré) sont mal connues.

B) Sur les pratiques des départements

⁴ Hors mesures de répit pour l'aidant.

⁵ S. Billaud, C. Bourreau-Dubois, A. Gramain, H. Lim, F. Weber et J. Xing (2013), « La prise en charge de la dépendance des personnes âgées à domicile : dimensions territoriales des politiques publiques », rapport final, convention DREES-CNRS 52346.

⁶ L'enquête CARE ayant été menée en 2015, l'analyse portera sur des données avant la réforme de l'APA.

⁷ Cf. par exemple les travaux de l'équipe MODAPA : <http://www.modapa.cnrs.fr>

Malgré un système d'information sur les personnes en perte d'autonomie régulièrement enrichi, des connaissances supplémentaires et plus régulières sur les pratiques des départements sont nécessaires.

Il faut en particulier poursuivre les travaux entrepris par la CNSA et la DREES sur les facteurs de variabilité interdépartementale :

- des taux d'admission dans les différents niveaux de GIR :
- des contenus des plans d'aide notifiés (en particulier sur les aides assimilables à du répit) ;
- des tarifs des différents services inclus dans le plan d'aide (tarifs de valorisation des plans d'aide et tarifs effectivement facturés par les services)
- des restes à charge, compte tenu en particulier de l'écart entre plan effectivement consommé et plan notifié d'une part, et de l'écart entre le tarif de valorisation des plans d'aide et des tarifs effectivement facturés par les intervenants professionnels d'autre part)

Il faut associer pleinement l'ADF à ce travail.

C) Renforcer le système d'information sur les prestations et les bénéficiaires en s'appuyant sur les bases légales prévues par la loi ASV

La loi ASV a permis de renforcer les bases légales du système d'information sur le suivi des prestations et de leurs bénéficiaires⁸. Deux décrets d'application publiés en mars et mai 2017 prévoient en particulier :

- de relancer l'enquête trimestrielle sur l'APA auprès des Conseils départementaux, afin de suivre la montée en charge de la réforme de l'allocation.
- de réaliser des opérations régulières de remontées de données individuelles sur les bénéficiaires sur le modèle APA/ASH de 2011.
- que les départements collectent le NIR des bénéficiaires de l'APA et de l'ASH, pour permettre l'appariement avec d'autres données administratives et constituer un panel.

Ces bases légales permettront de disposer à l'avenir d'un système d'information nettement amélioré.

II) PROPOSITIONS SUR LA GESTION DE L'APA

A) Le Conseil souligne que le rôle des équipes médico-sociales est crucial

Les équipes médico-sociales doivent être bien formées et disposer de temps pour instruire et suivre les dossiers. On devrait conduire une étude (sur un échantillon de départements volontaires puis pour l'ensemble des départements) pour étudier leurs moyens et leur charge de travail. Il faudrait mieux connaître les conditions dans lesquelles elles utilisent la grille AGGIR : qualité de leur formation à l'évaluation, effectivité de l'évaluation collective,

⁸ D. Roy (2017), « Les statistiques publiques sur le handicap et la dépendance : quelles avancées depuis 2011 ? », note Drees, DREES-BHD N°47/2017 N°47/2017, note préparatoire à la session du 4 octobre 2017 de la formation "services publics, services aux publics" du CNIS ».

effectifs suffisants permettant une évaluation sereine et des réévaluations régulières, indépendance des équipes etc.

B) La définition de référentiels

La DGCS et la CNSA ont entrepris cette tâche stratégique. Elle doit être systématiquement poursuivie avec le concours de l'ADF. Même si on ne peut parvenir toujours à des schémas opposables, l'existence de référentiels précis, documentés et opérationnels est de nature à réduire les différences excessives de pratiques et tirer vers le haut la qualité moyenne de la gestion de l'APA.

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

Rappelons qu'on ne dispose sur ce point que des références très lointaines.

D) Les équipes médico-sociales doivent élargir leur rôle

Il convient de renforcer leur rôle d'appui aux aidants familiaux dans le suivi des plans notifiés, par exemple par un contact plus régulier et plus dense.

La question est ouverte s'agissant de la mission de vérifier que les allocataires bénéficient des droits connexes qui leur sont ouverts (allocation de logement, CMU-C et ACS⁹, carte mobilité inclusion¹⁰, demi-part d'invalidité pour l'impôt sur le revenu, calcul du crédit d'impôt...). Plutôt que d'en charger les équipes dont le travail doit rester centré sur l'élaboration et le suivi du plan d'aide, on pourrait préférer le recours à des plateformes de service.

III) LA SITUATION DES ALLOCATAIRES RESULTANT DE LA REFORME DE L'APA ET DE L'EXTENSION DU CREDIT D'IMPOT

A) La situation actuelle

On a analysé la situation actuelle dans le *Chapitre 2*, selon deux approches.

1) Sur cas-types pour différents niveaux de dépenses (exprimées en pourcentage des plafonds APA) et de GIR

Si les conclusions de cette analyse les minimisent peut-être, les restes à charge et taux d'effort sont modérés même pour des dépenses égales voire supérieures aux nouveaux plafonds ; leur profil en fonction du GIR et du revenu s'est amélioré.

2) Sur le plan global

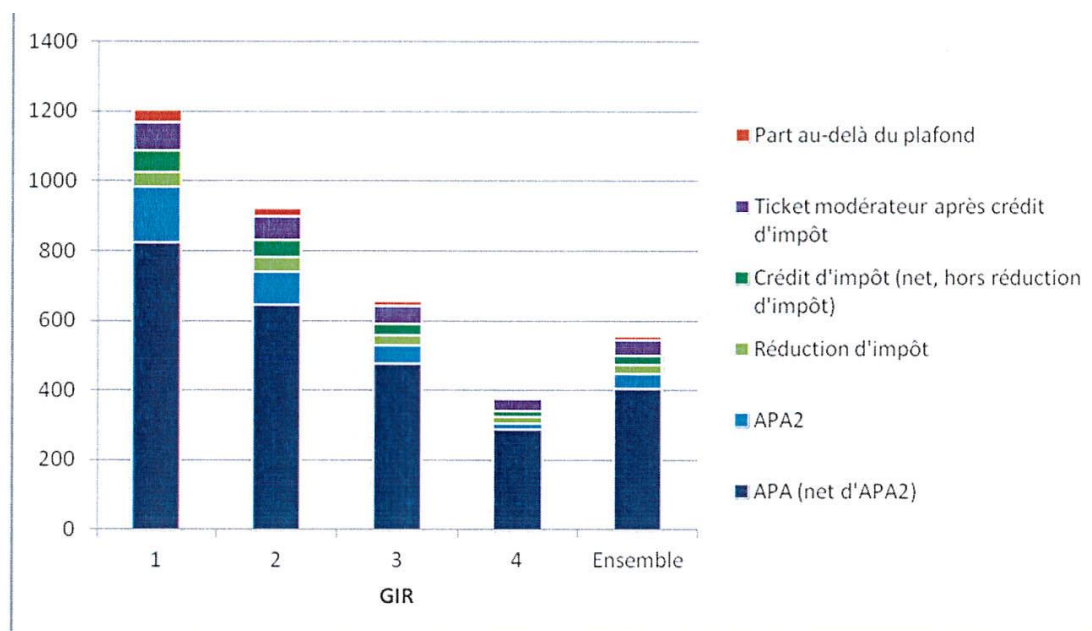
⁹ Couverture maladie universelle complémentaire, Aide au paiement d'une complémentaire santé.

¹⁰ Depuis 2017 (ancienne carte d'invalidité).

Le reste à charge diminue de près de la moitié et ne représenterait plus qu'une faible fraction (de l'ordre de 10 %) des dépenses effectives telles qu'on les a évaluées en 2011 (graphiques 5.1 et 5.2)¹¹.

Ce constat amènerait à penser qu'on est arrivé à un niveau raisonnable de solvabilisation des ménages.

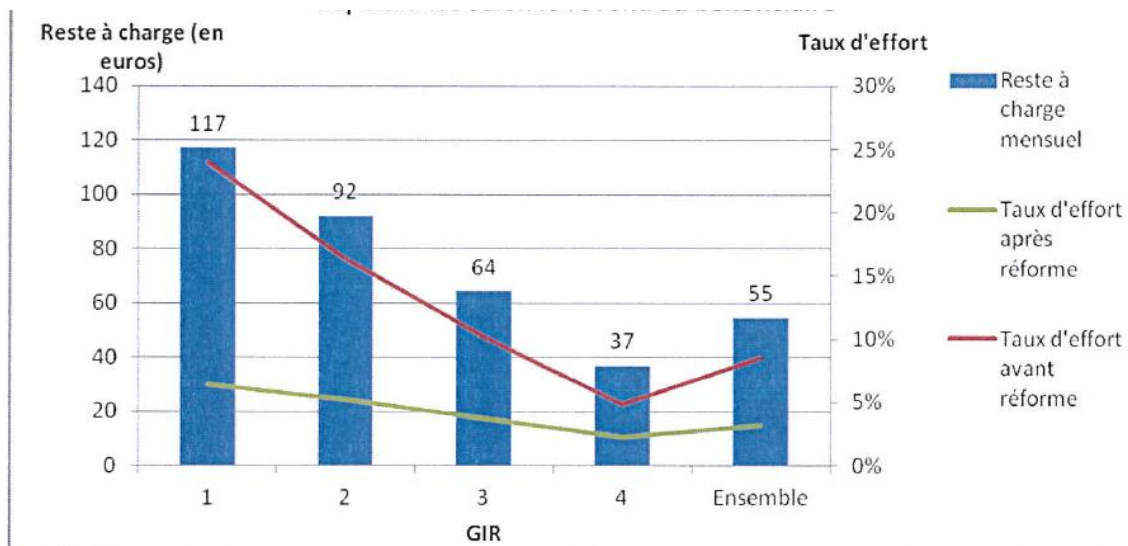
Graphique 5.1. Répartition par source de financement de la prise en charge de la dépendance à domicile, selon le GIR du bénéficiaire (participation moyenne par mois en euros)



Champ : France métropolitaine - Bénéficiaires de l'APA à domicile fin 2011 – ressources redressées pour tenir compte de l'évolution entre 2011 et 2016.
Source : DREES, modèle Autonomix.

Figure 5.2. Reste à charge mensuel et taux d'effort de la prise en charge de la dépendance selon le niveau de GIR

¹¹ Ces chiffrages ont été réalisés par la Drees dans un temps contraint et avec de nombreuses hypothèses simplificatrices. Ils sont donc donnés à titre illustratif et devront être affinés par la suite.



Note : le reste à charge est défini ici comme la somme du ticket modérateur après crédit d'impôt et de la part du plan APA au-delà des plafonds réglementaires. Le taux d'effort est calculé comme le reste à charge rapporté aux ressources de l'individu. Ces dernières correspondent aux ressources « au sens de l'APA », telles que prises en compte par les conseils départementaux, mais redressées de manière à ne pouvoir être inférieures au niveau du minimum vieillesse (801 € par mois pour une personne seule et 1 243 € par mois pour un couple).

Champ : France métropolitaine - Bénéficiaires de l'APA à domicile fin 2011 – ressources redressées pour tenir compte de l'évolution entre 2011 et 2016.

Source : DREES, modèle Autonomix.

Encadré 5.1. Plans notifiés, dépenses effectives et besoins

On évalue les plans notifiés en 2011 à 4,4Md€. Les ménages en assument 22% avant réduction d'impôt, 16 % après réduction d'impôt (Fizzala, 2016)¹².

Les dépenses effectives des ménages en diffèrent sur deux points : ces plans ne sont pas systématiquement exécutés d'une part ; les ménages supportent directement des dépenses en sus du plan (écart entre les tarifs de référence pour la valorisation du plan d'aides et les tarifs effectivement facturés par les services ; dépenses engagées au-dessus des plafonds) qui ne sont prises en charge qu'à hauteur de la moitié par le crédit d'impôt d'autre part.

Les besoins ne font pas l'objet d'une évaluation précise qui de toute façon reste conventionnelle. Le calage sur les estimations en « équivalents heures » de la grille Colvez montre que les plafonds résultant de la récente réforme ne sont pas irréalistes. Mais on peut considérer qu'ils sont un peu « justes » et que la situation des allocataires et de leurs proches serait mieux prise en compte par des plafonds plus élevés et un crédit au titre du « répit » plus généreux.

¹² Fizzala A, (2016), « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », Les Dossiers de la DREES, n°1

B) Il faut que la gestion de l'APA par les départements soit en ligne avec le cadre juridico-financier rénové

La marge disponible (définie conventionnellement comme l'écart entre les plans notifiés et les plafonds) mesurée dans le chapitre 2 est importante. On peut donc mettre en place des plans d'aide ambitieux.

Or, on l'a vu, la contrainte financière a semble-t-il amené des départements à limiter les plans notifiés, à fixer des tarifs de valorisation inférieurs aux tarifs effectifs, à ne pas procéder à une actualisation suffisante de la situation des allocataires.

Pour contenir ces risques à la suite de la refonte de l'APA en 2016, les départements ont reçu une dotation budgétaire affectée permettant d'assumer l'amélioration des plans d'aide saturés.

Il s'agit d'un signal fort mais limité. L'enjeu réel est d'établir les plans notifiés à un meilleur niveau en prenant notamment en compte les besoins de répit des aidants (voir le chapitre 3).

C) Il faut consolider le barème des aides publiques pour éviter une dégradation de leur valeur

On doit à cette fin clarifier le problème de l'indexation des paramètres de l'APA et du crédit d'impôt.

1) Le barème de l'APA

Les bornes inférieure et supérieure de ressources servant à calculer la participation financière des bénéficiaires d'une part, les plafonds des plans d'aide notifiés d'autre part, correspondent à des multiple du montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne (articles R232-10 et R232-11 du code de l'Action sociale et des familles), qui est indexé sur les prix chaque année au 1^{er} avril (voir *Chapitre 2*).

a) Les bornes inférieure et supérieure de ressources pour le calcul du ticket modérateur

Deux conceptions sont possibles concernant l'indexation des bornes inférieure et supérieure du barème qui encadrent la baisse de l'APA avec le revenu.

Dans la première (qui prévaut actuellement), elles sont indexées sur les prix. Il en résulte qu'une augmentation des ressources des allocataires plus rapide que l'inflation se traduit par une baisse du taux de prise en charge des plans notifiés et donc de la part de l'APA qui est à la charge du département.

Dans la seconde, les bornes sont revalorisées comme les ressources des allocataires (essentiellement les retraites). Le taux de leur participation ne se dégrade pas.

Dans le contexte actuel, il est réaliste de s'en tenir au système actuel.

b) L'indexation des plafonds pour les plans notifiés APA

Comme le coût des services à domicile augmente plus vite que les prix, il serait logique d'indexer les plafonds de l'APA – qui viennent d'être substantiellement augmentés - sur un index salarial.

Mais compte tenu de l'ampleur des autres problèmes auxquels nous sommes confrontés et des priorités qu'on analyse ci-dessous, on peut pour l'APA s'accommoder de la situation actuelle

et prévoir un rendez-vous à cinq ans pour apprécier la pertinence d'un recalage des plafonds si le coût des services a nettement dépassé l'évolution des prix.

2) La dépense éligible au crédit d'impôt pour les services à la personne

Compte tenu du niveau des plafonds actuels pour le crédit d'impôt (13 500€, montant porté à 20 000€ pour les allocataires détenteurs d'une carte d'invalidité ou d'une carte mobilité inclusion¹³), il y a une très faible probabilité qu'ils soient saturés : seuls ceux dont la dépense (nette de l'APA) est supérieure 1667€/mois pour les individus en GIR 1 et 2, 1125€/mois pour les individus en GIR 3 et 4 satureront le plafond.

Une indexation des plafonds (normalement sur les salaires) serait logique mais ne revêt pas un caractère d'urgence.

D) Dans un contexte de fortes tensions sur les finances publiques, il faut des priorités

La priorité de l'effort doit alors porter sur :

- l'augmentation du niveau des plans notifiés ;
- la résorption des pratiques « régressives » de certains départements ;
- le retour à l'équilibre financier des services d'aide à domicile

La mise en œuvre de ces priorités devra mobiliser des financements importants.

Aussi est-il pertinent d'analyser des ajustements du barème de l'APA qui permettraient de gager en partie ces efforts.

Deux ajustements sont envisageables :

* abaisser de 1,7 à 1,6¹⁴ le coefficient de partage du revenu des couples pour déterminer l'assiette ressource de l'allocataire retenue pour le calcul de l'APA. Cet ajustement baisserait le montant d'APA versée aux allocataires vivant en couple (soit environ un tiers des allocataires de l'APA à domicile en 2011¹⁵) qui acquittent une participation à l'APA. Il se traduirait par une augmentation des ressources des personnes en couple de +6%¹⁶ et donc une diminution de l'allocation de l'ordre d'une douzaine d'euros par mois. L'économie totale d'APA serait de l'ordre de 40M€.

* augmenter la valeur des plans pour lesquels la réforme des barèmes de 2016 n'a pas entraîné de modification du reste à charge. On pourrait passer le paramètre fixe qui est actuellement de 350€ à 400€ ou 450€. Cet ajustement concernerait la majorité des plans notifiés (sauf ceux en dessous de 350€). Les conséquences d'un tel ajustement nécessitent une instruction approfondie mais, à ce stade, l'enjeu financier n'apparaît pas capital.

E) Même dans ce cadre prudent et conservateur, les départements devront faire face à un surcroît de dépenses

¹³ Qui remplace la première depuis début 2017.

¹⁴ Le passage à 1,5 dégagerait une économie de 90M€

¹⁵ Bérardier M., (2014), « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011 », *Etudes et résultats*, DREES, n°876.

¹⁶ 1,7/1,6.

Le Conseil n'a ni les données permettant d'apprécier si cet effort est tenable ni le mandat de proposer des aménagements des règles de partage de la dépense entre l'Etat et les départements.

Il ne peut que souligner que les propositions qu'il a faites et les souhaits qu'il a formés sur la gestion de l'APA ne butent pas sur la contrainte financière.

IV) FAUT-IL REVOIR LE SYSTEME DES AIDES PUBLIQUES AUTRES QUE L'APA ?

A) Il faut mettre fin à l'érosion de la valeur des aides au logement

Les personnes en perte d'autonomie en pâtissent.

Mais on ne peut pas facilement faire un sort particulier aux allocataires de l'APA qui ne sont qu'une minorité des personnes âgées allocataires.

Il conviendra que le Conseil aborde ce problème pour l'ensemble de la population âgée, si possible en 2018.

B) Les dépenses fiscales

On a traité ci-dessus le problème de l'indexation de la dépense éligible au crédit d'impôt pour les services à domicile.

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

V) FAUT-IL COMPLETER L'APA PAR D'AUTRES INSTRUMENTS EN DEVELOPPANT LE RECOURS A DES FINANCEMENTS PRIVES ?

Il s'agit de venir en complément de l'APA et non de s'y substituer.

A) On évoque souvent l'idée de développer le système d'assurances privées

Le rapport Annexe (rapport de la commission de travail sur le recours aux financements privés dans la couverture de la perte d'autonomie) analyse le marché actuel, limité et centré sur la dépendance lourde, et envisage, pour en assurer le développement :

- de rendre les produits d'assurance privée plus attractifs. C'est une option qu'il faut encourager.
- et d'y associer des avantages fiscaux qui allègent les primes. Compte tenu du haut niveau d'aides publiques d'une part, de la probabilité que les assurances concernent surtout les ménages du haut des classes moyennes et les ménages les plus aisés d'autre part, mettre en place des incitations fiscales pour développer des produits d'assurance n'est pas un enjeu prioritaire sur le champ de l'aide à domicile. Non que des ressources en supplément de l'APA soient inutiles. Mais inciter à leur développement par exemple par un crédit d'impôt pèserait inutilement sur les – maigres – marges de financement public.

Le problème se pose en termes différents pour les personnes âgées en établissement (voir infra section 3

B) Les schémas dits de « mobilisation » du patrimoine des personnes âgées (notamment de la propriété de leur logement)

1) Patrimoine financier

Cf. *Section 3* de ce chapitre.

2) Patrimoine immobilier (Propriété du logement)

Deux dispositifs de mobilisation du patrimoine immobilier ont été étudiés : la vente en viager de la résidence principale et le prêt immobilier garanti sur la résidence principale. Les deux permettent de financer une prise en charge sans quitter le logement.

Outre qu'ils ne sont mobilisables que par les propriétaires d'un logement - et d'une certaine valeur-, ces deux dispositifs ont en commun :

- d'être mis en œuvre au moment de l'entrée en dépendance. Ils ne sont donc pas exposés à ce qui est sans doute le principal frein à la souscription d'une assurance dépendance, à savoir le décalage temporel entre le moment de la souscription et la probable réalisation du risque.
- de permettre uniquement une mutualisation du risque portant sur la durée en dépendance et uniquement entre individus dépendants.

a) Le viager mutualisé ou viage

Exposé par un membre de la Commission et développé dans le rapport annexé, la vente en viager permet de disposer d'un capital (« bouquet ») et éventuellement de rentes tout en restant chez soi jusqu'à son décès : le vendeur perd la nue-propriété mais garde l'usufruit. À sa mort, le bien revient en pleine propriété à l'acheteur.

Des formes rénovées de produits viagers émergent qui pallient certains inconvénients des formes traditionnelles, aujourd'hui peu répandues. Dans ces formes rénovées, appelées *viage* par André Masson, l'acheteur est un institutionnel ou un professionnel agréé. Il est censé disposer d'un portefeuille de logements suffisamment large pour opérer une double mutualisation sur le risque de survie et la valeur du logement au décès de l'assuré. En outre, la relation directe entre vendeur et acheteur est évitée.

Le développement des viages pourrait passer par :

- une transparence accrue sur la fixation de la décote induite par le droit d'usage et d'habitation. Cette décote dépasse très fréquemment les 40 % et freine les vendeurs.
- la création d'un *label* à dimension sociale qui accorderait des avantages fiscaux et autres (frais de notaire) aux institutionnels agréés : le portefeuille de biens de ces derniers devrait comporter une proportion minimale de logements modestes et/ou détenus par des catégories aux ressources limitées.
- la création d'un fond public pour l'achat de viages sur des logements sociaux, par exemple sous l'égide de la Caisse des Dépôts.

b) Les prêts

Deux modalités de prêt viager hypothécaire développés dans le cadre de la perte d'autonomie ont été exposées à la commission (cf. rapport en *Annexe I*) :

- Le prêt viager hypothécaire dépendance (PVHD)
- Le prêt immobilier dépendance

Les deux dispositifs ont en commun de reposer sur le principe d'une souscription, au moment de l'entrée en dépendance, d'un prêt viager garanti par le bien immobilier du souscripteur. Il s'agit de convertir la valeur de la résidence en un revenu (le propriétaire continuant d'occuper le logement concerné).

Ce revenu peut prendre la forme d'un capital ou d'une rente, versée jusqu'au décès (aspect viager). A la différence de la vente en viager, l'emprunteur conserve la pleine propriété de sa résidence principale. Le remboursement de la somme empruntée s'effectuerait au moment du décès du souscripteur par l'intermédiaire de la vente du bien immobilier ou par les héritiers qui souhaiteraient conserver la propriété du logement.

Le PVHD est une déclinaison du prêt viager hypothécaire souscrit spécifiquement en cas d'entrée en dépendance. Limitant l'incertitude sur la durée de vie, il pourrait être souscrit à des taux plus avantageux que les taux actuels du marché.

Pour déterminer le montant des mensualités, le dispositif de prêt immobilier dépendance pourrait s'appuyer sur les évaluations et réévaluation du niveau de dépendance par les équipes médico-sociales du conseil départemental. En plus des versements mensuels, le souscripteur aurait la possibilité de débloquer dès la souscription du prêt une somme initiale permettant d'effectuer des aménagements du logement.

VI) FAUT-IL ADOPTER UNE AUTRE CONCEPTION DE L'AIDE PUBLIQUE A DOMICILE QUE CELLE DE L'APA ?

A) L'hypothèse d'une prestation en espèces de caractère libératoire

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

1) Les caractéristiques de l'aide

La prestation pourrait varier en fonction du niveau du GIR. Elle pourrait être indépendante du revenu ou diminuer avec lui comme pour l'APA actuelle.

Quels que soient les choix du profil de l'aide, l'originalité de la prestation réside dans son caractère libérateur.

Les tenants de cette option invoquent deux arguments pour la justifier. En accordant une prestation d'un montant forfaitaire, on réduit le risque de pratiques régressives des départements et on a un régime plus égalitaire¹⁷. En attribuant aux allocataires une prestation de caractère libérateur, on leur rend la liberté de gérer leur situation.

2) Cette option pose trois problèmes majeurs

- on renonce à encadrer le développement et la qualité des services à domicile (sauf à confier cette responsabilité aux départements, hypothèse qui mériterait une analyse politique, économique et juridique approfondie). On se contente de solvabiliser le marché.

- en tablant sur une prestation de caractère libérateur, on accepte trois conséquences :

- * la prestation peut servir à indemniser (voire salarier) des proches, option que le législateur depuis 2002 a entendu cantonner. Il faudrait en étudier les termes (notamment en analysant la situation en Allemagne) ;
- * on s'expose à des risques de stérilisation de l'aide (thésaurisation par l'allocataire ; emploi de l'aide pour des libéralités discutables) ;
- * on laisse l'allocataire et ses proches seuls pour organiser la vie de la personne en perte d'autonomie.

Pour contenir les risques et tirer profit des aspects positifs de l'option d'une prestation en espèces (liberté d'usage notamment), on peut envisager une politique d'accompagnement qui serait mise en œuvre par le département. Ses équipes médico-sociales (qui détermineraient le niveau du GIR et donc le montant de la prestation) proposeraient aux allocataires leur soutien pour élaborer un plan d'emploi de la prestation, voire en suivre la mise en œuvre. Mais compte tenu de la nature de la prestation, il ne pourrait s'agir que d'une offre de services dont les seules sanctions pourraient être des signalements en vue de protection des personnes âgées vulnérables.

On peut, et c'est une piste prometteuse, subordonner l'emploi de « l'aide humaine » des professionnels (et éventuellement des aidants) à l'emploi de titres de paiement (CESU), ce qui cantonnerait en partie les risques précités.

- on s'en remet aux équipes médico-sociales pour ouvrir le droit à l'APA, comme maintenant, en définissant le niveau de GIR et partant le montant de la prestation. Elles sont de fait les ordonnateurs de la dépense. Reste à savoir si les départements en sont aussi les payeurs.

¹⁷ Seule l'évaluation du GIR permettrait de faire varier le montant de la prestation en espèce.

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

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

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

Si on retenait cette option, il faudrait définir le rôle de ces caisses dans la gestion de l'offre.

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

1) Hypothèse 1 : la prestation est égale aux plafonds de l'APA actuelle et ne varie pas avec le revenu

On considère que tous les allocataires ont besoin de cette prestation pour gérer correctement leur situation.

C'est une solution neutre pour la petite minorité des ménages les plus modestes avec un plan saturé (leur plan est actuellement pris en charge à 100%).

C'est une solution avantageuse pour tous les autres allocataires puisqu'on cale l'aide sur le plafond (alors que le taux de plans saturés n'était que de 26% en 2011, au demeurant sur des plafonds nettement inférieurs aux plafonds adoptés en 2016) d'une part, et qu'on supprime la modulation de l'aide avec le revenu d'autre part.

La dépense publique d'APA s'établirait à un niveau très élevé et ne serait gagée que pour partie par la disparition des dépenses actuelles d'APA et de réduction d'impôt¹⁸. Sur les effectifs à fin 2014, la dépense brute d'APA s'élèverait à 7,6Md€. La dépense publique augmenterait de l'ordre de 4 Md€ (dans l'hypothèse où l'APA actuelle à domicile (3,3 Md€) et la réduction d'impôt (300 M€) seraient supprimées).

2) Hypothèse 1 bis

C'est un schéma voisin que propose un membre du Conseil (voir en Annexe 3), avec une prestation mensuelle de 925€ en GIR 3 et 4 et 1 275€ en GIR 1 et 2. La prestation serait commune aux deux systèmes de prise en charge (domicile et établissement). Mais elle viendrait en sus de l'APA.

La charge financière pour le seul volet de l'aide à domicile serait encore plus élevée que dans l'hypothèse 1. Le montant de la prestation viendrait en effet en sus du montant de l'APA. Ce

¹⁸ Les plafonds d'APA retenus sont ceux au 1^{er} Mars 2016, soit 1713 € (GIR1), 1375 € (GIR 2), 994 € (GIR 3) et 663 € (GIR 4).

montant est plus élevé que la différence entre le montant du plafond APA et le montant moyen de l'APA actuelle, retenue dans l'hypothèse 1.

L'augmentation de la dépense publique serait alors de l'ordre de 8,5Md€ (8,2 Md€ si on supprime la réduction d'impôt).

2) Hypothèse 2 : la prestation est égale au plafond pour chaque GIR et diminue avec le revenu

La dépense publique brute est nettement moins élevée.

En retenant la clé de partage de l'APA actuelle, la dépense brute serait ramenée à 5,9Md€¹⁹ et le surcroît de dépenses publiques à 2,3 Md€.

3) Hypothèse 3 : la prestation est égale à un pourcentage – élevé – du plafond et diminue avec le revenu.

La dépense publique diminue par rapport aux deux hypothèses précédentes. L'aide des ménages dont le plan notifié est égal au plafond ou très proche est plus faible que dans le système actuel.

¹⁹ On retient une participation des ménages de 22 %.

SECTION 3- CONDITIONS DE REUSSITE D'UNE POLITIQUE DE SOUTIEN AUX AIDANTS

Les départements ont une responsabilité centrale dans la politique de soutien aux aidants en déployant un plan ambitieux qui prévoit, à côté des actions confiées à des professionnels, des soutiens aux proches aidants (I). Mais cette politique n'aura son plein effet que si l'offre de services est au rendez-vous.

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

I) IL FAUT QUE L'ACTION DES DEPARTEMENTS SOIT AMBITIEUSE ET QU'ELLE S'APPUIE SUR UNE OFFRE COHERENTE DE SERVICES

Encadré 5.2. - L'apport de la loi ASV et de l'institution du crédit d'impôt

- a) la loi ASV prévoit que les plans personnalisés tiennent compte des capacités et besoins des aidants. Elle reconnaît le droit au répit.
- b) l'augmentation des plafonds permet de développer les prestations inscrites dans le plan, et donc une politique ambitieuse de répit
- c) la réforme du barème de l'APA et l'institution du crédit d'impôt diminue la participation financière de l'allocataire ce qui lui permet d'assumer des plans désormais plus ambitieux
- d) la loi ASV prévoit une amélioration de la gouvernance et du financement local

Le programme des **conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées** doit porter notamment sur « le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie »²⁰.

Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale doivent tenir compte des proches aidants : « L'objectif de ces schémas est d'assurer l'organisation territoriale et l'accessibilité de l'offre de services de proximité destinée aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie et à leurs proches aidants. »²¹

Les Agences régionales de santé (ARS) « contribuent également à évaluer et à promouvoir les actions d'accompagnement des proches aidants, les actions de formation et de soutien des bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées et les actions de modernisation de l'aide à domicile. »²²

Enfin les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) « formulent des recommandations visant au respect des droits et à la bienveillance des personnes âgées et des personnes handicapées dans le département, à assurer le soutien et la valorisation de leurs proches aidants ainsi qu'à permettre la bonne prise en compte des questions éthiques »²³. Les proches aidants doivent d'ailleurs être représentés au sein des CDCA.

²⁰ article 3 de la loi ASV > CASF Art. L. 233-1

²¹ article 79 de la loi ASV > CASF article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles

²² article L. 1431-2 du code de la santé publique CSP ; article 80 de la loi ASV

²³ article 81 de la loi ASV

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

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

Le volume des formules de répit cohérent avec ces marges dépend de la nature du dispositif de répit (heures d'aide à domicile, hébergement temporaire, accueil de jour, accueil de nuit, relayage).

Les marges disponibles précitées permettent potentiellement de financer les volumes horaires suivants d'aide à domicile (cf. chapitre 2).

Nombre d'heures/mois compatibles avec les marges précitées

mode	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR4
Mode prestataire	36	29	20	16
Mode gré à gré	61	49	34	27

Fautes de données sur les tarifs de référence des autres dispositifs de répit (accueil de jour, hébergement temporaire, etc.), on ne peut pas estimer, pour chaque modalités d'aide au répit, le volume d'aide que permettent de financer ces marges.

La participation de l'allocataire à ce plan d'aide est diminuée de moitié avec le crédit d'impôt.

B) Conséquences financières pour les départements

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

C'est une hypothèse financièrement lourde.

On peut estimer par ailleurs que le besoin de répit est moindre pour les allocataires des GIR élevés (GIR 3 et 4). C'est d'ailleurs le raisonnement tenu à l'époque par le Gouvernement dans la fiche d'impact qui considérait que le cœur de cible des mesures de répit concernait les allocataires atteints d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée d'une part et les aidants seuls à aider le bénéficiaire de l'APA, estimé à 410 000.

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

Si le plan est égal au plafond, les allocataires peuvent financer des aides au répit « au-delà » de ce plan ; les dépenses sont alors éligibles au crédit d'impôt s'il n'est pas saturé au titre des dépenses du plan.

Il s'agit de bien expliquer aux intéressés (le ménage de l'allocataire et ses enfants) le mécanisme du crédit d'impôt.

D) Le reste à charge des ménages reste contenu avec le développement des plans d'aide

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

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

2) Pour les dépenses hors plafond

Le reste à charge est alors égal à 50% de la dépense. Encore faut-il que le plafond du crédit d'impôt (13 500 à 20 000€/an selon le GIR) laisse de la marge pour que les dépenses en cause soient éligibles et financées à hauteur de 50%.

Pour les individus engageant des dépenses au-delà du plan d'aide saturé, la dépense éligible au crédit d'impôt est égale au plafond du crédit d'impôt diminué de l'APA payée par le département. Il varie de façon complexe avec le GIR et avec le revenu de l'allocataire.

- disponible pour un allocataire dont l'assiette est inférieure ou égale à l'ASPA (800€/mois),

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
Plafond mensuel du crédit d'impôt	1 666	1 666	1 125	1 125
APA payée par le département si le plan d'aide est saturé	1 715	1 375	994	663
Dépense éligible en €/mois	nul	291	131	462

- disponible pour un allocataire dont l'assiette est égale ou supérieure à 2945€/mois

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
Plafond mensuel du crédit d'impôt	1 666	1 666	1 125	1 125
APA payée par le département si le plan d'aide est saturé	171	137	99	66
Dépense éligible en €/mois	1 495	1 530	1 026	1 059

- le disponible pour les allocataires dont l'assiette se situe entre les deux bornes du barème diminue avec le revenu.

Comme on le voit le crédit d'impôt solvabilise peu les ménages modestes parce que l'APA qui leur est versée – et qui est d'un montant élevé – vient en déduction de la dépense éligible.

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

Le développement de l'offre sera étudié en 2018

II) L'AMELIORATION DES DISPOSITIFS DE SOUTIEN AUX AIDANTS

A) l'amélioration du congé de proche aidant

Trois réformes sont évoquées.

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

Actuellement, le congé peut être pris pour une durée de trois mois²⁴ et renouvelé, sans pouvoir dépasser un an sur l'ensemble de la carrière du salarié. Compte tenu du fait que certains salariés peuvent aider plusieurs personnes sur l'ensemble de leur carrière professionnelle, il pourrait être souhaitable de fixer la durée maximale à un an par personne aidée.

2) Rendre opposable la possibilité de prendre le congé à temps partiel

3) Indemniser le congé

La proposition de Directive sur la conciliation vie professionnelle – vie familiale des parents et aidants présentée en avril 2017 par la Commission européenne prévoit que les salariés aidants puissent bénéficier d'un droit à congé d'un minimum de 5 jours par an pour les soins aux parents dépendants ou malades, indemnisés au moins au niveau d'un congé maladie²⁵. Elle ne semble pas pertinente (délai trop court au regard de la situation des personnes dépendantes ; taux d'indemnisation élevé dont on n'est pas sûr qu'il soit raisonnable au vu d'autres choix qu'on peut privilégier dans ce dossier).

Le niveau d'indemnisation le plus couramment évoqué est celui de l'AJPP.

Les charges financières résultant d'une indemnisation pour les proches d'une personne en perte d'autonomie dépendraient

- des effectifs potentiels. On les avait estimés en 2015 à près de 30 000²⁶.

- du taux de recours, de la durée du congé et de la répartition entre arrêt total et congé à temps partiel

On ne dispose d'aucune base permettant de les estimer.

Il convient donc de poursuivre l'instruction technique de ce dossier.

B) Le dédommagement de l'aidant non salarié²⁷

Il n'existe pas dans le champ de la perte d'autonomie mais existe dans le champ du handicap. Dans le cadre de la PCH, il était en moyenne de 215€/mois en 2012²⁸.

Il conviendrait d'analyser les termes d'une transposition du régime de la PCH dans la gestion de l'APA et de la cohérence entre un système d'indemnisation et l'éventuelle rémunération du

²⁴ Disposition supplétive dont les accords de branche et d'entreprise peuvent s'écarter

²⁵ *Article 6* : Congé d'aidant : « Les États membres prennent les mesures nécessaires pour que les travailleurs aient le droit de prendre au moins cinq jours de congé d'aidant par an et par travailleur. »

Article 8 : Revenus adéquats : « [...] les États membres font en sorte que les travailleurs qui exercent leur droit au congé visé à l'article 4, 5 ou 6 reçoivent une rémunération ou une allocation adéquate équivalant au moins à ce que le travailleur concerné recevrait en cas de congé de maladie. »

²⁶ 290 000 allocataires de l'APA en GIR 1, 2 et 3 ; 47% de ces allocataires ont un aidant en activité ; pour 10% l'aidant n'est pas un proche éligible au congé ; chacun de ces aidants n'ouvre droit qu'à un an de congé maximum.

²⁷ Il est analysé dans le rapport « du temps et des droits pour s'occuper de ses enfants, de sa famille et de ses proches en perte d'autonomie ».

²⁸ Calcul du SG, d'après « Evolution des prestations compensatrices du handicap de 2006 à 2012. DREES. Etudes et résultats 829 de janvier 2013 »

congé de proche aidant évoquée ci-dessus dans la mesure où ces deux dispositifs se complètent voire se superposent.

Une éventuelle transposition pose trois questions principales :

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

C) Extension des droits de retraite

Les associations d'aidants²⁹ souhaitent qu'on renforce des droits à retraite des aidants.

Parmi les pistes évoquées figure l'extension des droits à l'AVPF des aidants non-salariés d'une personne en perte d'autonomie. Ils sont actuellement couverts pour la durée – limitée – du congé de proche aidant. On pourrait étendre l'affiliation aux situations où l'inactivité ou la diminution d'activité professionnelle de l'aidant non salarié serait reconnue comme liée aux besoins de la personne aidée.

Une solution alternative consisterait à étendre aux aidants des personnes en perte d'autonomie la validation d'un trimestre par période de trente mois de prise en charge dans la limite de huit trimestres qui existe pour les parents d'un enfant handicapé.

D) Le déblocage sans pénalité fiscale de l'épargne

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

On compte chaque année 600 000 déblocages (soit 7% environ des titulaires de ces placements). Le montant moyen débloqué est de 7 600€. Les motifs les plus fréquents sont la fin d'un contrat de travail (55%) et l'acquisition/rénovation de la résidence principale (17%)

Pour compenser en partie les limites des systèmes d'indemnisation actuels, on pourrait élargir le déblocage sans pénalité fiscale

- aux situations d'invalidité de l'ascendant de l'aidant (actuellement on ne couvre que l'invalidité du conjoint ou de l'enfant du salarié disposant d'un compte d'épargne salariale).
- Au congé de proche aidant

²⁹ Voir par exemple « le plaidoyer du CIAAF » en annexe 1 qui revendique de permettre un départ à la retraite à 65 ans à taux plein à tous les aidants familiaux et non uniquement aux aidants des personnes handicapées d'une part et d'accorder à tous les aidants familiaux une majoration de la durée d'assurance vieillesse.

SECTION 4 - VOIES DE REFORMES DE LA PRISE EN CHARGE DES AIDES A L'AUTONOMIE DES PERSONNES RESIDANT EN ETABLISSEMENT

Dans la situation actuelle, si les frais de la section Dépendance sont pris en charge aux deux tiers par l'Allocation personnalisée d'autonomie, les dépenses de la section Hébergement sont pour l'essentiel à la charge des résidents et de leur famille. Ceux qui ne peuvent les assumer peuvent être aidés par l'Aide sociale à l'hébergement (ASH), mais c'est à titre subsidiaire, puisque le département récupère tout ou partie de son aide en sollicitant les obligés alimentaires des résidents et en procédant à une récupération sur leur succession.

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

Par ailleurs, certaines de ces réformes pourraient diminuer le taux d'épargne des personnes âgées et faciliter les donations à leurs enfants (et des transmissions plus précoces aux jeunes générations), ce qu'on juge souvent souhaitable sur les plans économique et social.

On examine les principaux schémas de réforme en débat.

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 accroître les aides publiques ? Faut-il une combinaison des deux approches ?
- par leur générosité (et donc le niveau de sollicitation des prélèvements obligatoires). Dans la situation actuelle, les aides publiques ne couvrent que 40% des dépenses de dépendance et d'hébergement. A quel niveau couvrir les 10,5Mds€ qui restent à la charge des ménages (dépenses de gîte et de couverts inclus) ?
- 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 en perte d'autonomie ?
- 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, 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.

Les schémas analysés dans ce chapitre reposent sur des hypothèses conventionnelles. Le but est d'en analyser la logique interne tout en sachant qu'on peut faire varier les paramètres, notamment financiers, qui les définissent. On peut par ailleurs les associer (par exemple coupler un système d'assurances ciblé sur les classes moyennes et supérieures d'une part, une amélioration de l'allocation de logement qui concernerait les ménages les plus modestes d'autre part).

On examine successivement le recours aux financements privés (*I*), des aménagements limités des aides publiques actuelles (*II*) et des réformes plus profondes de ces aides (*III*).

I) LE RECOURS AUX FINANCEMENTS PRIVES

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

Ces projets ont été étudiés par un groupe de travail ad hoc et sont présentés dans le rapport annexe sur le recours aux financements privés dans la couverture de la perte d'autonomie (cf. annexe 1).

A) Le recours à une assurance dépendance

1) La situation actuelle

a) 6,8 millions de Français couverts contre le risque dépendance via une grande diversité de produits

La couverture dépendance peut être individuelle ou collective, via l'appartenance de l'assuré à une entreprise ou à une branche professionnelle. Dans le cadre d'une assurance collective, la souscription peut être volontaire ou obligatoire suivant les contrats.

Ces différentes couvertures sont offertes par des mutuelles (3,1³⁰ millions de personnes couvertes), des sociétés d'assurance³¹ (3,4 millions de personnes couvertes) et des institutions de prévoyances (0,3 millions de personnes).

a1) Nature de la garantie

Parmi les 6,8 millions d'individus assurés, 67 % environ sont couverts par une garantie annuelle. Moins de 2 millions de personnes disposent d'une couverture viagère (jusqu'au décès) dont la dépendance est la garantie principale.

Une majorité des contrats couvre uniquement la dépendance lourde, avec une importante variabilité entre assureurs au regard des échelles de mesure de la dépendance.

a2) Age moyen de souscription

Dans le cas des assurances offrant des garanties viagères, l'âge de souscription conditionne le montant de la cotisation : plus la souscription est tardive, plus la cotisation est élevée³². De fait, l'âge de souscription moyen pour ce type d'assurance est assez tardif : 60 ans selon la FFA. L'âge moyen de souscription est plus faible dans les contrats collectifs.

³⁰ Les mutuelles distribuent en réalité près de 4,6 millions de couverture. Une partie est cependant portée au bilan de société d'assurance, régies par le Code des Assurances, les mutuelles, régies par le Code de la Mutualité, ne faisant alors que distribuer les couvertures.

³¹ Inclut les sociétés d'assurance mutuelles régies par le code des Assurances.

³² Ainsi, d'après la FFA, à partir de statistiques sur deux des principaux contrats d'assurance actuels, bénéficiaire d'une rente de 500 euros par mois en cas de dépendance lourde nécessite de cotiser 12,26€ par mois à 30 ans, 24,55€ par mois à 55 ans et 34,65€ par mois à 65 ans.

a3) Cotisations et rentes moyennes³³

Pour les contrats à adhésion individuelle offrant des couvertures viagères en garantie principale, la cotisation moyenne est estimée par la FFA à 29 € pour une couverture de la dépendance totale et de 40 € pour couvrir une dépendance totale ou partielle, pour une rente moyenne de 612 € par mois (en cas de dépendance lourde).

Les cotisations sont plus faibles pour les couvertures annuelles en inclusion obligatoire d'un contrat de complémentaire santé, la prime représentant une petite quote-part de la cotisation globale du contrat. Selon la Mutualité Française, les cotisations varient de 2€ à 12 € par mois pour des rentes en moyenne de 250€. Dans la couverture MGEN³⁴ en inclusion obligatoire, qui couvre près de 2 millions de personnes, la rente mensuelle est de 120€.

a4) Peu de personnes bénéficient aujourd'hui d'une rente dépendance

Selon la FFA, les prestations versées en 2015 aux personnes en état de dépendance lourde ou partielle par les sociétés d'assurance s'élèvent à 225 millions d'euros. Cette modeste contribution s'explique par le faible taux de couverture en garantie viagère mais aussi par le manque de maturité du marché.

Fin 2015, 28 300 individus ayant souscrit un contrat en garantie principale en adhésion individuelle auprès d'une société d'assurance perçoivent une rente. Les rentes moyennes versées fin 2015 varient d'un contrat à l'autre, la moyenne est de 579 € par mois.

a5) Des garanties complémentaires dans les contrats y compris destinées aux aidants

Au-delà de la rente mensuelle, les contrats comportent d'autres types de garantie : capital premier équipement, prestations de conseils, de prévention, d'information, ou d'assistance. Ces garanties complémentaires sont aujourd'hui très diffusées. On n'en connaît pas la valeur.

b) Des principaux freins au développement de l'assurance dépendance offrant des garanties viagère aussi bien du côté de l'offre que de la demande

b1) Une faible appétence des ménages pour l'assurance-dépendance, qui peut s'expliquer par plusieurs raisons

- une partie de la population est dans l'incapacité d'épargner en vue de financer, de façon privée, une telle couverture³⁵
- le risque dépendance et le risque financier sont mal connus, tout comme la nature des couvertures disponibles. Le risque dépendance s'inscrit par ailleurs dans un horizon temporel long : les bénéficiaires d'une assurance dépendance se situent à 20-30 ans.
- les individus peuvent envisager de couvrir ce risque de perte d'autonomie avec d'autres formes d'assurance, comme des ressources en aide informelle, ou pour les plus aisés, par un patrimoine financier ou immobilier. Le risque de cotisation à fonds perdu de l'assurance-dépendance, s'il est intrinsèque à tout mécanisme assurantiel, peut apparaître pour certains comme un défaut quasi rédhibitoire.

b2) Une faible attractivité des produits

³³ Données FFA, Mutualité Française, IP.

³⁴ Mutuelle générale de l'éducation nationale.

³⁵ Environ un quart des plus de 30 ans a un taux d'épargne négatif ou nul en 2014 selon l'Insee

L'offre de contrats d'assurance est hétérogène et peut apparaître peu lisible, malgré l'instauration en 2013 du label GAD (Garantie Assurance Dépendance) par la FFSA. Ce label est accordé aux garanties d'assurances couvrant la dépendance lourde en garantie viagère qui incluent un certain nombre de caractéristiques, telle un niveau minimal de rente ou une définition de la dépendance basée sur les AVQ.

Les contrats manquent néanmoins toujours de lisibilité pour ce qui concerne les garanties souscrites et leur évolution dans le temps (érosion du pouvoir d'achat de la rente, en raison d'absence de garantie de revalorisation). De même, la diversité dans les définitions de la dépendance fait qu'il est difficile, voire impossible, pour un individu d'évaluer et de comparer les probabilités de pouvoir faire jouer la garantie.

S'il est difficile d'éliminer les freins du côté de la demande et de modifier fondamentalement la perception qu'ont les individus du risque dépendance, certains freins du côté de l'offre pourraient vraisemblablement en partie être levés.

2) Quelles mesures pour promouvoir l'assurance dépendance privée ?

a) Le champ possible de l'assurance dépend de l'ampleur des aides publiques aux personnes dépendantes

Les réformes de 2016/2017 concentrées sur les situations de perte d'autonomie des personnes vivant à domicile, ont considérablement diminué leur reste à charge et leur taux d'effort. Cela limite l'intérêt de souscrire une assurance, même pour les ménages aisés (dont le reste à charge après APA est au demeurant pris en charge à 50% par le crédit d'impôt).

La situation est inverse pour la perte d'autonomie en établissement où le reste à charge reste lourd, voire très lourd, pour la grande majorité des résidents. Il y a donc une place pour une assurance dépendance ; encore faut-il que les ménages soient convaincus que le système d'aides publiques n'est pas appelé à s'améliorer sensiblement.

b) On peut favoriser, dans le schéma actuel, la souscription d'une assurance viagère et facultative offrant plus de garanties aux souscripteurs et l'encourager par une fiscalité incitatrice

Une politique d'incitation fiscale à la souscription d'une assurance en garantie viagère pourrait être envisagée pour soutenir le développement de produits offrant plus de garantie aux souscripteurs sur les règles de revalorisation des rentes, de sélection médicale, de mise en réduction des rentes en cas de baisse ou d'interruption des cotisations et de transférabilité des contrats (cf. Rapport Annexe pour le détail des propositions).

Deux schémas d'aide fiscale ont été envisagés : la déduction des primes du revenu imposable et un crédit d'impôt. Dans le premier, l'aide ne concerne que les ménages imposables et son niveau augmente avec leur taux marginal d'imposition. Le crédit d'impôt est quant à lui universel et d'un montant uniforme pour tous les souscripteurs.

L'institution d'une incitation fiscale pose quatre problèmes de conception

(i) faut-il la subordonner à des règles qui contribuent à ce que l'assurance souscrite couvre largement les besoins ? On pense notamment à un montant minimum de rente (au moins le niveau du label GAD). C'est l'option retenue par la FFA dans son schéma de déduction des primes du revenu imposable.

(ii) faut-il la faire varier avec l'âge à la souscription ? Si oui, dans quel sens ? L'intérêt de limiter la durée de montée en charge du système (voir *infra*) pousserait à ce que l'avantage fiscal soit attractif pour les personnes déjà avancées en âge, pour lesquelles la souscription est plus coûteuse. Le souhait d'attirer des souscripteurs plus jeunes plaiderait pour une modulation inverse.

(iii) quel horizon de montée en charge prévoir ? L'avantage fiscal pourrait être réservé à des contrats dont l'âge de souscription maximal ne devrait pas être inférieur à 75 ans (environ l'âge maximal de souscription actuel) afin que les septuagénaires actuels puissent s'assurer.

(iv) quel statut de la rente ? Dans le système actuel, la rente – qui ne fait pas l'objet d'une aide fiscale « à l'entrée » – n'est pas imposable. Elle n'est pas intégrée dans l'assiette de l'APA³⁶. Elle l'est en revanche dans l'assiette de l'ASH. Dans le système envisagé par la FFA, on cumulerait une incitation fiscale « à l'entrée » et lors de la perception de la rente qui ne serait pas imposable. Ce cumul est difficilement envisageable. Dans l'option d'une aide « à l'entrée », l'intégration de la rente dans le revenu imposable (et dans l'APA ?) pèserait sur les aides au logement et sur la valeur nette de la rente (voire de l'APA ?).

c) Généralisation de l'inclusion d'une garantie dépendance dans les contrats d'assurance santé complémentaire

c1) La situation actuelle

La majorité des couvertures assurantielles (environ 67 % du marché, soit environ 4,5 millions d'assurés) est aujourd'hui présente sous cette forme. C'est par exemple le cas du contrat de base de la MGEN qui couvre à lui seul près de 2 millions de personnes.

c2) Les intérêts du système

- la large diffusion des contrats (près de 95% des ménages hors CMU-C) assure une très importante couverture des ménages ; un âge d'entrée précoce et partant un niveau de cotisation très modéré³⁷ ; la suppression des conditions d'entrée tenant à l'état de santé.
- on peut définir une rente minimale dans les contrats responsables.
- on peut, sans surcharger la cotisation de façon caractérisée, adopter un système en répartition et couvrir ainsi les personnes actuellement en perte d'autonomie.
- le surcroît de cotisations ne pèse pas sur le montant des prélèvements obligatoires.

c3) Les inconvénients du système

L'inclusion d'une garantie dépendance dans un contrat de complémentaire santé n'offrirait que des garanties annuelles, certes renouvelables tous les ans. Or, pour les jeunes, la souscription n'a de réel intérêt que si elle offre une garantie viagère. L'adossement d'une garantie dépendance viagère à une garantie santé annuelle est envisageable mais requiert de garantir une « transférabilité » des droits acquis en cas de changement d'employeur ou de départ à la retraite.

³⁶ Dans sa note, la FFA propose d'intégrer la rente dans l'assiette de l'APA.

³⁷ 12€/mois pour une rente de 500€/mois souscrite à partir de 30 ans, selon la FFA

Enfin, pour certains, charger les contrats de complémentaire santé d'une garantie dépendance impliquerait un accroissement des inégalités entre contrats collectifs et contrats individuels, avec le risque d'une forte différence dans le niveau des garanties.

c4) Conditions de développement

- pour les contrats collectifs : les contrats responsables devraient obligatoirement prévoir une garantie en inclusion pour bénéficier de leur statut socio-fiscal actuel. Cette option permet d'en définir les conditions : montant minimum de la rente, modalités de leur revalorisation...
- pour les contrats individuels, on peut envisager un coup de pouce au crédit d'impôt prévu par la loi précitée
- on peut augmenter l'aide aux assurés les plus modestes en majorant le « chèque santé » de l'ACS.

d) L'institution d'une assurance privée obligatoire.

Un tel système avait été évoqué en 2011. On rappelle ici de manière succincte la logique d'un tel système.

d1) Les caractéristiques du système

- le souscripteur choisit le montant de la cotisation (sauf si on retient l'option d'un montant minimum de rente)
- il a le choix de l'opérateur auprès duquel il souscrit son contrat
- la loi doit définir au moins l'âge de début de souscription, la nature de perte d'autonomie éligible, le montant minimum de la rente et les modalités de sa revalorisation.

d2) Les intérêts du système

- si l'on retient un âge de souscription assez bas³⁸, on assure une très importante couverture des ménages, un niveau de cotisation modéré et la suppression des conditions actuelles d'entrée tenant à l'état de santé des souscripteurs.
- on n'a pas à associer d'avantage fiscal au système envisagé. Mais on pourrait aider les ménages modestes avec une aide à la souscription analogue dans ses principes à l'ACS.

d3) La « sanction » des ménages qui ne souscriraient pas de contrat

Ils seraient renvoyés le moment venu sur le système actuel. La plus ou moins grande générosité de l'aide publique attribuée aux personnes non assurées est un critère déterminant au regard de l'incitation à ne pas respecter l'obligation de souscription.

d4) Quelle politique pendant la période de montée en charge dans les systèmes de capitalisation ?

Dans un système de capitalisation, la montée en charge sera lente : entre 10 ans pour un assuré souscrivant un contrat à 75 ans et entrant en dépendance à 85 ans et 25 ans pour une souscription à 60 ans, qui est l'âge moyen actuel. Pendant cette montée en charge, on peut acter que le système actuel n'est pas modifié (les ménages savent alors qu'ils ne peuvent pas

³⁸ 40 ans dans le système étudié en 2011

compter sur un système public plus généreux qu'actuellement). Mais il est possible (ou probable) que la revendication sociale conduise à une amélioration des aides publiques pendant cette période. L'enjeu est alors de la limiter voire d'en prévoir la régression (par génération ?), à mesure que le système d'assurance privée monte en puissance.

B) Faciliter la mobilisation du patrimoine

On peut souhaiter accroître les ressources des personnes en perte d'autonomie en facilitant le recours à leur patrimoine. Les ménages âgés de 70 ou plus disposent en effet en moyenne d'un patrimoine brut de 261 300 € composé à 61 % de patrimoine immobilier.

On peut tout d'abord envisager de faciliter la mobilisation du patrimoine financier, aussi bien en établissement qu'à domicile. Etant donné la proportion importante de résidents caractérisés par des restes à vivre négatifs, la question se pose avec plus d'acuité en établissement.

A l'inverse, la mobilisation du patrimoine immobilier (résidence principale essentiellement), vise prioritairement à financer une prise en charge à domicile³⁹. Ils sont décrits dans la *Section 2*.

1) Patrimoine financier

a) La dérivation de l'assurance-vie

Début 2015, 42,7 % des ménages de 70 ans et plus disposaient d'une assurance-vie⁴⁰.

La Fédération Française de l'Assurance (FFA) propose de faciliter aux détenteurs d'assurance-vie l'utilisation de leur épargne en cas de perte d'autonomie, via une défiscalisation des rachats et des rentes viagères, dès lors que le souscripteur est en situation de perte d'autonomie (cf. proposition de la FFA détaillée en *Annexe 1*).

Afin de développer les sorties en rente viagère pour les souscripteurs en perte d'autonomie, la FFA propose également de s'appuyer sur une table de mortalité spécifique pour déterminer le montant des rentes viagères, celle utilisée aujourd'hui étant non spécifique aux personnes âgées en perte d'autonomie et conduit à surestimer leur espérance de vie.

b) La dérivation des produits d'épargne retraite

Aucune proposition n'est ressortie des travaux de la commission.

2) Patrimoine immobilier (Propriété du logement)

Deux dispositifs de mobilisation du patrimoine immobilier ont été étudiés par la commission : la vente en viager de la résidence principale et le prêt immobilier garanti sur la résidence principale. Les deux permettent de financer une prise en charge sans quitter le logement. Ils sont décrits dans la *Section 2*.

³⁹ Elles présentent également un intérêt pour une prise en charge en établissement pour un individu dont le conjoint reste au domicile.

⁴⁰ Insee (2016), sur le champ des personnes vivant à domicile.

II) DES AMENAGEMENTS LIMITES DES AIDES PUBLIQUES ACTUELLES

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

A) Améliorer l'aide au logement

La réforme concernerait les ménages les plus modestes (un quart des allocataires environ).

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

1) Relever le point de sortie de l'aide

C'est une piste évoquée dans le rapport de 2011⁴¹.

Sans modifier radicalement la règle de diminution de l'aide avec le revenu⁴², elle consiste à relever le niveau de revenu où l'allocation est inférieure à 15€/mois. La réforme envisagée comprenait également une l'unification des aides APL et ALS « foyer ». La nouvelle aide aurait pu connaître une modulation géographique différente du zonage actuel.

Le rapport avait chiffré son coût à 370M€ sur la base de données 2007 très fragiles.

2) Augmentation du montant des aides au logement

En s'appuyant sur le modèle Autonomix de la DREES et sur des données de 2011⁴³, A. Fizzala avait étudié en 2015 quatre hypothèses d'augmentation du montant moyen des aides au logement (+25% ; +50% ; doublement et quadruplement)⁴⁴.

L'amélioration de la situation des résidents concernerait :

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

Mais la situation de ceux d'entre eux qui ont recours à l'ASH (115 000) ne serait pas modifiée puisque le département « récupère » l'allocation de logement comme l'ensemble des ressources courantes du bénéficiaire de l'ASH. Dans ce cas, la réforme s'analyse comme un transfert entre l'Etat et les départements. Cependant, cela diminuerait à la marge les sommes récupérables sur les obligés alimentaires et la succession des résidents

L'effet sur le taux d'effort est limité (cf. graphique 5.3.)

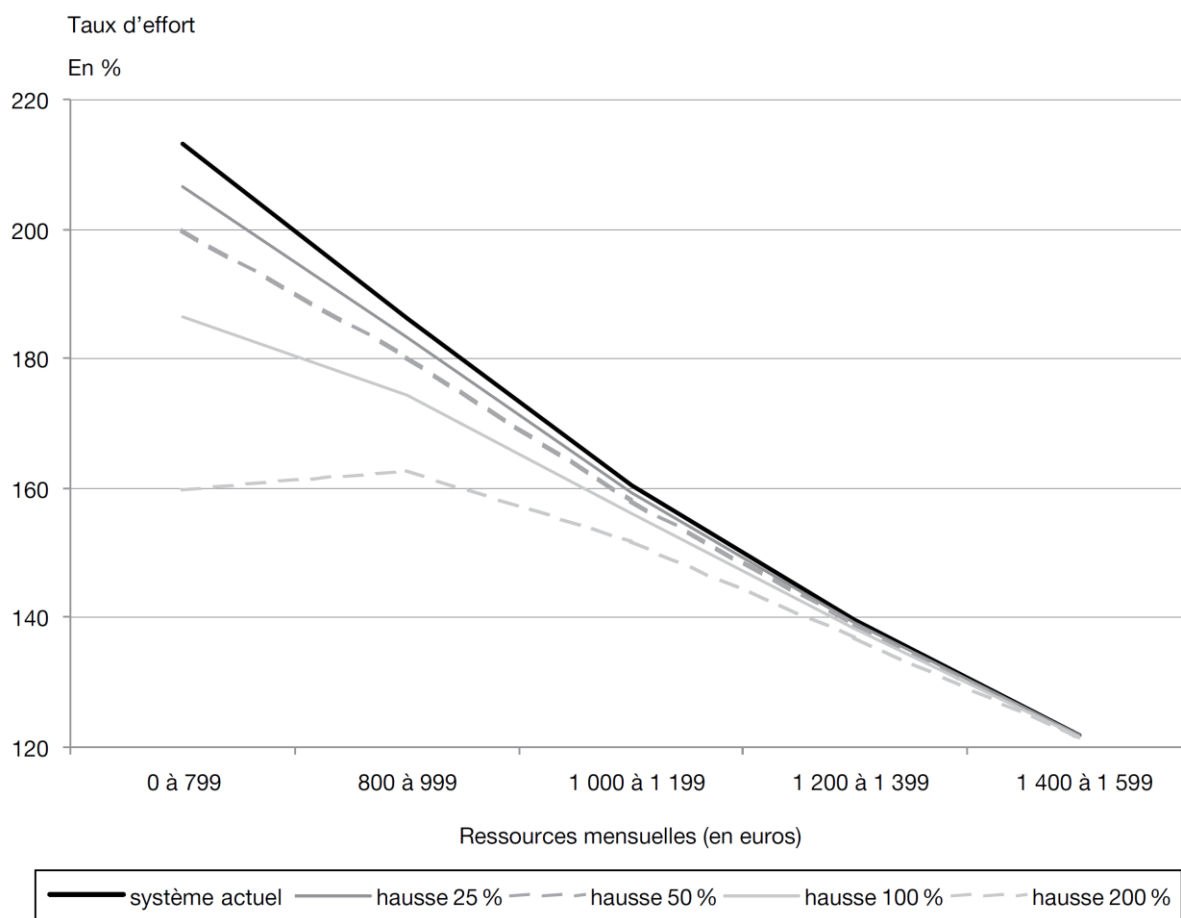
⁴¹ Fragonard B, (2011), *Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées – Rapport du groupe n°4 sur la prise en charge de la dépendance*, p. 49.

⁴² Baisse de l'ordre de 3€ par mois pour une augmentation de 10€ des ressources mensuelles.

⁴³ Qui surestimaient les effectifs de bénéficiaires et les dépenses totales d'aides au logement.

⁴⁴ Fizzala A., (2015), « Autonomix, un outil d'évaluation de mesures portant sur les personnes âgées dépendantes », *Economie et Statistique*, n°481-482

Graphique 5.3. Taux d'effort (sans ASH) en fonction de la hausse des aides au logement



Lecture : le taux d'effort moyen des résidents dont les ressources mensuelles sont comprises entre 800 et 999 euros est de 186 % avec le système actuel. Il serait de 163% si les aides au logement augmentaient de 200 %.

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

Source : modèle Autonomix, Drees.

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

Le bilan de la réforme (pour les seuls allocataires relevant de l'APA) s'analyse comme suit.

Tableau 5.3. Coût des hausses des aides au logement en fonction de leur intensité

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

Source : Fizzala, 2015 (tableau 9), op. cit.

Ce tableau appelle quatre commentaires.

* Les données présentées appellent deux corrections. Les dépenses en année de référence couvrent un champ plus large que celui que nous suivons puisqu'on intègre aussi les résidents en logement-foyers. Les dépenses ont diminué depuis 2011 comme indiqué dans le chapitre 4.

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

* Le solde pour les finances publiques varierait entre 73M€ et 586M€ (mais se situerait actuellement à un niveau inférieur comme expliqué *supra*)

* On ne connaît pas l'effet de champ (effectif des nouveaux allocataires en plus des 260 000 allocataires du système actuel). Il serait élevé dans les scénarios les plus ambitieux et l'allocation commencerait à couvrir les classes moyennes.

B) Aménager les règles de l'ASH

On n'en changerait pas l'économie générale. Soit parce qu'on considère que le principe de subsidiarité est pertinent ; soit parce qu'on n'envisage pas d'assumer le surcroît de dépense publique qui résulterait de la suppression de l'obligation alimentaire et de la récupération sur succession comme étudié *infra*.

Mais on souhaite que les résidents qui ont recours à l'ASH aient un peu plus de moyens pour leur vie quotidienne, qu'on sollicite moins leurs obligés alimentaires et qu'ils laissent tous un petit héritage à leurs enfants.

Quatre évolutions possibles sont analysées ci-dessous.

1) Améliorer la situation financière du bénéficiaire

a) En généralisant la prise en charge par le département du « talon Dépendance GIR 5 et 6 » de l'APA

C'est le cas actuellement dans 85% des départements. Le surcoût serait de 165€ par mois.

b) Revoir la définition et le niveau des ressources laissées au résident

- On laisserait au résident en plus du minimum réglementaire (10% des ressources avec un minimum mensuel de 1% de l'ASPA annuelle, soit 96€ par mois⁴⁵) de quoi payer sa cotisation de complémentaire santé (nette de l'ACS). Ce serait conforme à la position du Conseil d'Etat et c'est déjà le cas pour 72% des départements.

- On porterait le minimum laissé au résident à 15% des ressources de l'allocataire⁴⁶ (avec un plancher de 1,5% de l'ASPA, soit 162€ par mois), somme majorée de la cotisation de couverture maladie complémentaire.

Les mesures citées au a) et b) ci-dessus peuvent être cumulatives ou alternatives.

2) Aménager le régime de l'obligation alimentaire

On pourrait dispenser les petits-enfants (c'est déjà largement le cas, puisque 53% des départements ne les sollicitent pas et que 20% ne le font pas de façon systématique) et fixer un barème de taux d'effort des obligés (le rapport de 2011⁴⁷ signalait que les taux d'effort du moment étaient raisonnables).

3) Revoir le régime de récupération sur succession

Rappelons que la récupération intervient au premier euro d'actif net et pour la totalité de l'ASH versée. Deux possibilités méritent d'être étudiées.

a) Prévoir un seuil d'actif net au-dessous duquel il n'y aurait pas de récupération sur succession.

Les actifs successoraux de petit montant restent donc intacts.

On peut se caler sur le plancher retenu pour l'ASPA (39000€). Mais on peut par prudence adopter un plancher plus bas si l'on craint que le déverrouillage partiel de l'ASH amène un nombre substantiel de nouveaux bénéficiaires à l'ASH.

b) Prévoir un plafond de récupération

⁴⁵ Ce minimum devrait être porté à 108€/mois avec l'augmentation prévue de l'ASPA.

⁴⁶ Un membre du Conseil a proposé pour fixer ce minimum réglementaire de s'appuyer sur les règles pour les bénéficiaires de l'ASH handicapés, soit un montant laissé à leur disposition égal à 10 % de l'ensemble de leurs ressources mensuelles et, au minimum, de 30 % du montant mensuel de l'AAH (allocation aux adultes handicapés). Le montant de l'AAH en 2016 est égal à 807,65 € soit au minimum environ 240 € par mois laissé au résident handicapé.

⁴⁷ Fragonard B., (2011), *op.cit*

Ce plafond pourrait être fixé en montant annuel comme pour l'ASPA (6 227€, pour une personne seule), faisant ainsi varier le taux de récupération global en fonction de la durée de séjour. De manière alternative, il pourrait correspondre à un montant cumulé entre l'admission à l'ASH et le décès. Cette seconde option serait favorable aux individus caractérisés par de longues durées de séjour.

4) L'incidence d'un tel réaménagement pour les ménages et les départements est complexe

Pour les bénéficiaires actuels, l'amélioration de la situation « courante » serait réelle ; les obligés alimentaires seraient moins sollicités ; et les petites successions seraient protégées. Les dépenses induites pour les départements resteraient limitées.

Reste à savoir si ces changements seraient de nature à augmenter le nombre de bénéficiaires. Il est possible que certains résidents qui renoncent aujourd'hui à demander l'ASH le fassent désormais parce que la pression exercée sur le groupe familial diminuerait. On ne dispose pas d'éléments permettant d'évaluer cet effet (notamment sur la dispersion des actifs successoraux des résidents qui, bénéficiant du seuil de récupération ainsi institué, pourraient recourir à l'ASH).

III) DES REFORMES PLUS PROFONDES DES AIDES PUBLIQUES

Deux questions sont centrales :

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

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

On étudie un crédit d'impôt (1) et une prestation sociale (2), tous deux indépendants des revenus du résident.

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

Une augmentation de l'aide de 100€ par mois a un coût pour les finances publiques de près de 600M€⁴⁸.

On analyse au 4) un schéma de prestation de sécurité sociale beaucoup plus généreux

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

a) Les paramètres du crédit d'impôt

a1) Caractéristiques du crédit d'impôt

⁴⁸ 1200 € annuels pour environ 500 000 résidents en GIR 1 à 4. Le coût serait d'environ 10-12% supérieur si on incluait les GIR5 à 6.

Le crédit d'impôt serait accordé :

- pour toutes les catégories d'hébergement dans le champ des EHPAD et ULSD⁴⁹
- au taux de 50% sur une dépense éligible égale à la différence entre le tarif d'hébergement (dans la limite d'un plafond) et un forfait représentatif des frais de gîte et couvert qu'il est logique de laisser à la charge du résident.

* comme il n'est pas envisageable de couvrir par le crédit d'impôt les coûts d'hébergement des établissements les plus coûteux⁵⁰, il est logique de retenir un tarif plafond. On a retenu 1 700€ dans les calculs.

* pour le forfait « frais de gîte et couvert », on a retenu 720€ par mois, somme voisine de celle envisagée dans le rapport de 2011 et identique à celle retenue par le CAE⁵¹ dont on analyse la proposition *infra*.

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

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

a2) Le crédit d'impôt serait indexé sur un indice salarial pour éviter sa dégradation

a3) Le sort des autres aides publiques

- Compte tenu du niveau du crédit d'impôt et de son universalité, il serait logique qu'on supprime la réduction d'impôt actuelle.

- La question est ouverte pour les allocations de logement.

- Il serait logique de garder le recours à l'ASH puisque les ressources des résidents les plus modestes même majorées du crédit d'impôt et, le cas échéant, de l'aide au logement resteraient, pour une minorité, inférieures aux tarifs d'hébergement. Mais les récupérations sur les obligés alimentaires et les successions seraient très substantiellement diminuées.

a4) Le système du crédit d'impôt souffre de son calendrier d'attribution

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

⁴⁹ Champ actuel de l'APA en établissement.

⁵⁰ Le tarif d'hébergement en chambre seule du dernier quartile des établissements est de 2200€ par mois fin 2016 (CNSA).

⁵¹ Note du CAE n°35 (octobre 2016).

b) Incidences pour les ménages

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

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

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

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

On analyse ces incidences dans *l'Annexe 2*.

c) Le coût de la réforme

Il résulte :

- en charges pour l'Etat, du crédit d'impôt : 3,5Mds€⁵².

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

Ces économies ramèneraient les dépenses publiques (hors incidence sur l'ASH) aux environs de 3,0 Mds€.

2) Une prestation sociale

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

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

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

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

3) Comparaison des deux dispositifs

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

Mais ils diffèrent sur deux points importants⁵³ :

⁵² 6 000€ par an pour 580 000 résidents en 2011 (EHPAD + ULSD). La charge pour l'Etat serait inférieure d'environ 11 % si on excluait les GIR5 et 6, qui représentent en 2011 environ 11 % des résidents.

- la simplicité : la prestation sociale est plus simple.

- la différence dans le calendrier de perception des aides. Le crédit d'impôt n'intervient que longtemps après l'entrée en établissement (19 mois après une entrée en milieu d'année) alors que la prestation est versée mensuellement dès l'entrée en établissement.

4) Un schéma de prestation beaucoup plus généreux

Un membre du Conseil a proposé (voir l'*Annexe 3*) un système de prestation de haut niveau commun aux situations de perte d'autonomie à domicile et en établissement.

On n'étudie ici que le volet « établissement ».

La prestation varierait avec le GIR. Elle ne varierait ni avec le revenu du résident ni avec la localisation de l'établissement. La valeur « cible » est de 1 275€ par mois en GIR 1 et 2 et 925€ par mois en GIR 3 et 4. La prestation ne serait pas imposable.

L'APA serait maintenue.

Ce schéma serait financé par une cotisation universelle sur les ménages avec un taux proportionnel au revenu (« moins d'un euro par jour » en moyenne selon l'auteur de la note pour financer les deux volets de la réforme, domicile et établissement ; 45% de cette cotisation pour le volet « établissement »).

La situation des résidents serait très améliorée.

Les sommes en jeu sont très élevées : 7Mds€ en brut pour le volet « établissement »⁵⁴, prélevées sur les ménages.

Dans ce schéma, on enregistrerait une baisse des dépenses de l'Etat (avec l'éventuelle suppression des allocations de logement et de la réduction d'impôt) et du département (avec la forte régression de l'ASH).

B) Une famille de réformes améliore sensiblement la situation des résidents mais repose sur une baisse de l'aide publique avec le revenu

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

⁵³ Jusqu'à très récemment, une troisième différence pouvait être évoquée à l'avantage du crédit d'impôt. En effet, jusqu'au passage au Système Européen des Comptes (SEC) 2010, les crédits d'impôts venaient minorer les recettes des administrations publiques et donc, mécaniquement le taux de prélèvement obligatoire. Depuis, les crédits d'impôts sont reclassés dans les prélèvements obligatoires et ne joue donc pas sur le taux des PO.

⁵⁴ De l'ordre de 8,5Mds€ à domicile.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2) Le Conseil d'analyse économique (CAE) a étudié en 2016 un schéma « d'APA étendue »⁵⁵

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

Il repose sur deux principales évolutions :

- Le montant de l'allocation ne serait plus conditionné au lieu de vie choisi par le bénéficiaire (domicile ou établissement). Afin de garantir aux pouvoirs publics le financement d'une prise en charge efficiente, le montant de l'allocation serait systématiquement calculé dans la situation où la prise en charge est la moins coûteuse⁵⁶. Selon les auteurs, l'intérêt d'avoir un seul dispositif de financement est également de sortir de l'alternative domicile / établissement, en laissant plus de place aux systèmes de prise en charge intermédiaires ou mixtes. Cet élément complique le chiffrage d'un tel projet (et son implémentation) car il faut en toute rigueur évaluer pour chaque demandeur le coût de sa prise en charge à domicile (avec la délicate question de la valorisation de l'aide informelle) et le coût de sa prise en charge en établissement, pour ne retenir que le minimum.
- L'institution d'une aide nouvelle en établissement couvrant les sections « dépendance » et « hébergement ».

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

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

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

La dépense éligible est égale à la différence entre :

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

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

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

- L'« APA étendue » prend en charge la dépense éligible de façon décroissante avec le revenu, conformément à la formule retenue pour le calcul de l'APA à domicile antérieure à la

⁵⁵ Note du CAE n°35 (octobre 2016) en *Annexe 4*.

⁵⁶ Exemple : si la prise en charge est moins coûteuse en établissement qu'à domicile (avec valorisation de l'aide informelle), l'individu bénéficiera de l'APA étendue couvrant ses besoins en établissement. S'il choisit de vivre à domicile, le surcoût sera intégralement à sa charge.

réforme de 2016 : 100% de prise en charge au niveau de l'ASPA ; 10% pour un revenu supérieur à 2 930€. Compte tenu de la distribution des ressources des résidents observées en 2011, le taux moyen de prise en charge serait de 75%.

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

b) Résultats

La prestation serait en moyenne de 1140 € par mois.

Avec ces conventions :

- le coût brut s'établirait à 6,8Mds€ au total pour les 500 000 résidents en GIR 1 à 4 du champ étudié ;

- les économies associées à cette réforme résulteraient de la suppression de l'APA en établissement actuellement prise en charge par les départements (2Md€), de la suppression des aides au logement (300M€), et de la quasi –disparition de l'ASH (1Md€).

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

c) Son incidence sur cas types est étudiée en *Annexe 2*

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

L'ASH serait ouverte soit aux résidents de tous les établissements soit aux seuls résidents dans les établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'ASH. C'est la première formule qui semble la plus cohérente. Dans ce cas, la dépense éligible serait plafonnée à la somme d'un tarif fixé pour l'hébergement (par exemple le tarif médian des établissements) et du talon de l'APA.

La gestion de l'ASH rénovée se ferait sur les règles actuelles (prélèvement de 90% des ressources y compris allocation de logement ; maintien des deux règles de minima⁵⁷).

On supprimerait l'obligation alimentaire et la récupération sur succession, ce qui augmenterait considérablement le recours à l'ASH puisque 80% des résidents sont potentiellement éligibles (leurs ressources sont inférieures au frais d'hébergement) alors qu'ils ne sont que 20% à y avoir recours en 2011⁵⁸.

Cette réforme pèserait sur les départements (dont les ressources pourraient être abondées par l'Etat).

Son incidence pour les ménages est étudiée en *Annexe 2*.

Le coût de la réforme a été chiffré par la DREES à 2,8Md€ sur la population de 2011⁵⁹.

⁵⁷ Minimum de 96€ laissé au résident, minimum égal à l'ASPA pour le conjoint.

⁵⁸ Fizzala A., (2015), *op.cit.*

⁵⁹ Fizzala A., (2015), *op.cit.*

D) La prise en compte des longues durées de séjour

1) Le « bouclier »

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

Ce schéma avait fait l'objet d'une première approche dans le rapport de 2011⁶⁰.

Les variables à définir portent :

- sur la date de déclenchement du bouclier. La durée de résidence moyenne en établissement est de 2 ans et 6 mois en 2015⁶¹, durée parfaitement stable depuis 2007. La dispersion est cependant forte : un quart des résidents sortis en 2015 seront restés moins de 2 mois et un quart plus de 3 ans et 8 mois. Le choix de la date de déclenchement (trois ou quatre années après l'entrée en établissement par exemple) conduit à des différences substantielles. Pour éviter un effet de seuil trop important, on pourrait s'orienter vers un taux de participation des résidents au frais de séjour décroissant progressivement avec le nombre d'années passées en EHPAD.

- sur la nature du bouclier : passage à la gratuité complète pour tous ? A la gratuité complète dans la limite d'un tarif plafond calé par exemple sur la médiane ou la moyenne des tarifs des établissements habilités à l'aide sociale ? Passage à la gratuité partielle...

2) Une aide à l'hébergement à partir d'une certaine durée de séjour

C'est une formule semblable à celle du bouclier.

L'octroi à partir de la troisième année de séjour d'une aide supplémentaire de 500€ aux résidents bénéficiaires de l'ASPA et décroissant linéairement pour s'annuler à un niveau de revenu de 1 500€ par mois a été étudiée en 2015 par Fizzala⁶².

L'aide moyenne serait de 343€ par mois, réduisant le reste à charge (hors ASH) des résidents (tous GIR). Elle bénéficierait à 270 000 résidents.

Un tiers de cette aide serait déduite de ce qui est actuellement payé par l'ASH.

Le coût (net des économies d'ASH) était évalué à l'époque à 736M€.

⁶⁰ Annexe 7, Fragonard B, (2011), *op. cit.*

⁶¹ Muller (2017), « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », *Etudes et Résultats*, DREES, n°1015.

⁶² Fizzala A., (2015), *op. cit.*

SECTION 5 - PROBLEMES DE FINANCEMENT

I) LES FINANCES DU DEPARTEMENT

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

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

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

II) AUTRES CONTRIBUTEURS PUBLICS

A) Dans certains schémas, la nature de la recette et l'identité du payeur sont liées à l'objet de la dépense

C'est le cas :

- des majorations des aides au logement ou des incitations fiscales qui pèseraient sur le budget de l'Etat.
- d'une aide à la souscription d'un contrat d'assurance qui pourrait prendre la forme d'une majoration de l'ACS dans le cas d'inclusion d'une garantie dépendance dans les contrats d'assurance maladie complémentaire. La charge pèserait sur les ménages (augmentation de la cotisation/prime des OC).
- du déverrouillage de l'ASH qui pèserait sur les départements (qui demanderaient très vraisemblablement à l'Etat d'en compenser la charge).

B) Dans les schémas faisant appel à un financement par le budget de l'Etat

On peut – et c'est la formule orthodoxe de non affectation des recettes – prévoir le financement sans spécifier la nature de la recette.

C) Eléments sur les pistes de financement envisagées dans le débat public

1) Beaucoup d'intervenants (notamment le CESE à l'unanimité sur ce point en 2011) évoquent un financement par l'affectation d'une majoration des droits de mutation à titre gratuit (DMTG).

C'est alors la communauté des héritiers et donataires qui supporte la charge.

On donne ci-dessous les références permettant de situer le niveau d'une augmentation éventuelle des DMTG.

Ils sont évalués à 13,8 Mds€ dans le budget de 2017.

Si on retient l'estimation observée en 2009⁶³, ils se répartiraient comme suit :

- Donations : 1,8 Md€, dont 78% en ligne directe
- Successions : 11,5 Md€, dont 32% en ligne directe et 68% pour les collatéraux et les tiers⁶⁴.

France Stratégie estime que 50% des DMTG concernent la ligne directe.

Dégager des recettes pour la réforme des aides à l'autonomie suppose une augmentation de +7,25% des DMTG par tranche d'un milliard d'euros si on raisonne sur l'assiette totale des droits.

Mais on peut estimer qu'il n'est pertinent ni de revenir sur l'exonération dont bénéficient les conjoints ni enfin d'augmenter les droits pour les collatéraux (alors qu'on peut souhaiter au contraire assimiler les beaux-enfants aux enfants). L'assiette taxable est alors ramenée à 6,9Mds€ sur l'estimation de France Stratégie⁶⁵.

Financer une réforme ambitieuse des aides à l'autonomie supposerait alors qu'on augmente fortement les droits de succession en ligne directe (14,5% par tranche d'un milliard d'euros), sachant que France Stratégie estime que le taux moyen de taxation en ligne directe des transmissions est aujourd'hui compris entre 3 et 5 %.

L'analyse menée par France Stratégie⁶⁶ montre que même à fiscalité inchangée, l'augmentation du nombre de décès annuels (liée au vieillissement de la population), l'augmentation de la valeur du patrimoine moyen au moment du décès, ainsi que la réduction du nombre d'héritiers (diminution de la descendance finale), conduiront à une augmentation des transmissions annuelles ainsi que des DMTG à l'avenir, augmentation qui pourrait être en tout ou partie utilisée pour financer les aides à l'autonomie.

2) De la même façon que les actifs financent leur retraite, on peut envisager que les retraités financent les charges liées à la perte d'autonomie, risque qui est propre à leur âge⁶⁷.

On peut alors financer la réforme par une recette du type CASA (contribution de solidarité pour l'autonomie). 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 sont exonérés.

Comme l'assiette est limitée et le taux faible, les recettes attendues en 2016 s'élèvent à 726M€.

Sur l'assiette actuelle, la valeur du point de CASA est de 2,4Mds€.

⁶³ Rapport du Conseil des prélèvements obligatoires de 2009.

⁶⁴ 0% pour les conjoints.

⁶⁵ Dherbécourt C., (2017), « Peut-on éviter une société d'héritiers », Note d'analyse, France Stratégie, n°51.

⁶⁶ Dherbécourt C., (2017), *op. cit.*

⁶⁷ Certains membres du Conseil de l'Age sont opposés à cette proposition.

3) La généralisation et le doublement de la contribution solidarité pour l'autonomie (« journée de solidarité ») sont souvent évoquées

La CSA est due par l'ensemble des employeurs (publics et privés) redevables d'une cotisation patronale d'assurance maladie. Elle est calculée sur le salaire déplafonné au taux de 0,3%.

Comme l'assiette est large, le rendement est élevé (2,5Mds€ attendus en 2016).

Sur l'assiette actuelle, la valeur du point de CSA est de 8,3Mds€.

La généralisation aux travailleurs indépendants permettrait par ailleurs d'élargir l'assiette.

4) Avec le recours à la CSG, la TVA ou une cotisation sociale, on aurait une assiette très large

Sur l'assiette actuelle, la valeur du point de CSG est de 13,9Mds€, celle d'un point de TVA⁶⁸ est de 24Mds€, et celle d'un point de cotisation sociale (sur l'assiette maladie par exemple) est de 8,4Mds€.

5) Un membre du Conseil⁶⁹ a proposé qu'on affecte au risque de la perte d'autonomie une partie des bénéfices des contrats d'assurance-vie

Il s'agirait d'affecter au financement de la perte d'autonomie 85% des bénéfices des contrats d'assurance-vie et décès

La note expliquant ce projet est en annexe 5.

Faute de temps, elle n'a pas été étudiée par le Secrétariat Général du Conseil.

6) Un scénario progressif

Pour tenir compte des fortes contraintes qui pèsent sur les prélèvements obligatoires, on pourrait :

- adopter dans un premier temps des mesures limitées (par exemple tout ou partie des mesures étudiées ci-dessus au II, Section IV)
- réformer ultérieurement en profondeur le régime des aides en établissement en utilisant à partir de 2024 une partie de la CRDS qui devrait être supprimée avec la fin de l'amortissement de la dette de la CADES.

⁶⁸ Sur le taux moyen pondéré (15,4% en 2014)

⁶⁹ M Champvert (AD-PA)

ANNEXES

**ANNEXE 1 – RAPPORT DE LA COMMISSION DE TRAVAIL SUR LE RECOURS AUX
FINANCEMENTS PRIVES DANS LA COUVERTURE DE LA PERTE D'AUTONOMIE
(RAPPORTEURS : CAROLE BONNET ET ROMEO FONTAINE)**

ANNEXE 2 – ANALYSES SUR CAS-TYPES DE PROJETS DE REFORME SUR LA PRISE EN CHARGE EN ETABLISSEMENT

1) Les situations conventionnelles étudiées

Les cas-types permettent d'analyser le profil et l'effet des dispositifs dans les différentes situations étudiées mais ne sont pas représentatifs de la distribution de la population selon les revenus et les niveaux de dépenses effectives qui varient selon les établissements. L'écart le plus notable porte sur le tarif d'hébergement puisqu'on sait que, globalement, les frais d'hébergement augmentent avec le revenu du résident.

Les situations étudiées sont celles de la perte d'autonomie pour une personne célibataire de plus de 65 ans dont les revenus ne comprennent que des pensions de retraite.

Pour les personnes en GIR 1 ou 2 analysées dans ces cas-types, les frais d'hébergement sont fixés à 1 700€ par mois et le tarif dépendance à 580€ (coût moyen dans Fizzala, 2016).

Les aides publiques retenues sont : l'APA, les APL-foyer en zone 2⁷⁰, la demi-part fiscale liée à la carte d'invalidité pour les GIR 1 et 2⁷¹, la réduction d'impôt dans un établissement pour personnes dépendantes⁷².

Les scénarios analysés sur cas-types

	Scénarios	Suppression	Cumul
Scénario (1)	Situation actuelle sans recours à l'ASH		aides au logement, réduction d'impôt, demi-part pour GIR 1 et 2
Scénario (2)	Situation actuelle avec recours à l'ASH		aides au logement, réduction d'impôt, demi-part pour GIR 1 et 2
Scénario (3)	Création d'une APA étendue (dépendance et frais d'hébergement) sans recours à l'ASH	aides au logement	réduction d'impôt, demi-part pour GIR 1 et 2
Scénario (4)	Création d'un crédit d'impôt (maximum de 490€/mois) pour les frais d'hébergement en établissement sans recours à l'ASH	réduction d'impôt	aides au logement, demi-part pour GIR 1 et 2
Scénario (5)	Création d'une prestation de 500€ par mois les frais d'hébergement en établissement sans recours à l'ASH		aides au logement, réduction d'impôt, demi-part pour GIR 1 et 2

Dans chaque scénario sont étudiés les restes à charge (RAC) et les restes à vivre. Le reste à charge est la différence entre les charges à payer par les résidents et les aides publiques qui

⁷⁰ au loyer plafond

⁷¹ Cette demi-part invalidité est de droit pour les bénéficiaires de l'APA en GIR 1 et 2.

Le gain en impôt est plafonné à 3 016€ par an (251€/mois) est appréhendé en tenant compte de la décote dans l'IRPP.

⁷² 25% dans la limite de 10 000€, soit au maximum 208€/mois

leur sont accordées. Le reste à vivre est la différence entre les ressources courantes après impôt des résidents et leur RAC.

Les graphiques présentant les RAC et les reste à vivre en fonction des ressources du résident s'appuient sur une échelle de ressources relativement large (jusqu'à 5300 €/mois). Il convient cependant de garder à l'esprit que les ressources mensuelles moyennes au sens de l'APA des résidents étaient en 2011 de 1 372€ et que seul 10 % des résidents avaient des ressources mensuelles au sens de l'APA supérieures à 2 367€ (Bérardier, 2015).

2) La situation actuelle avec ou sans recours à l'ASH

a) Le reste à charge (RAC)

Dans ces cas-types, le droit à l'ASH est ouvert pour des résidents ayant des ressources inférieures au montant des frais d'hébergement de 1 700 €. On ne tient pas compte du revenu des obligés alimentaires.

Sans recours à l'ASH, pour les ressources inférieures à 1 700 €, le RAC varie de 1 624€ à 1 782€ par mois. Avec recours à l'ASH, le RAC est ramené de 697€ à 1462€.

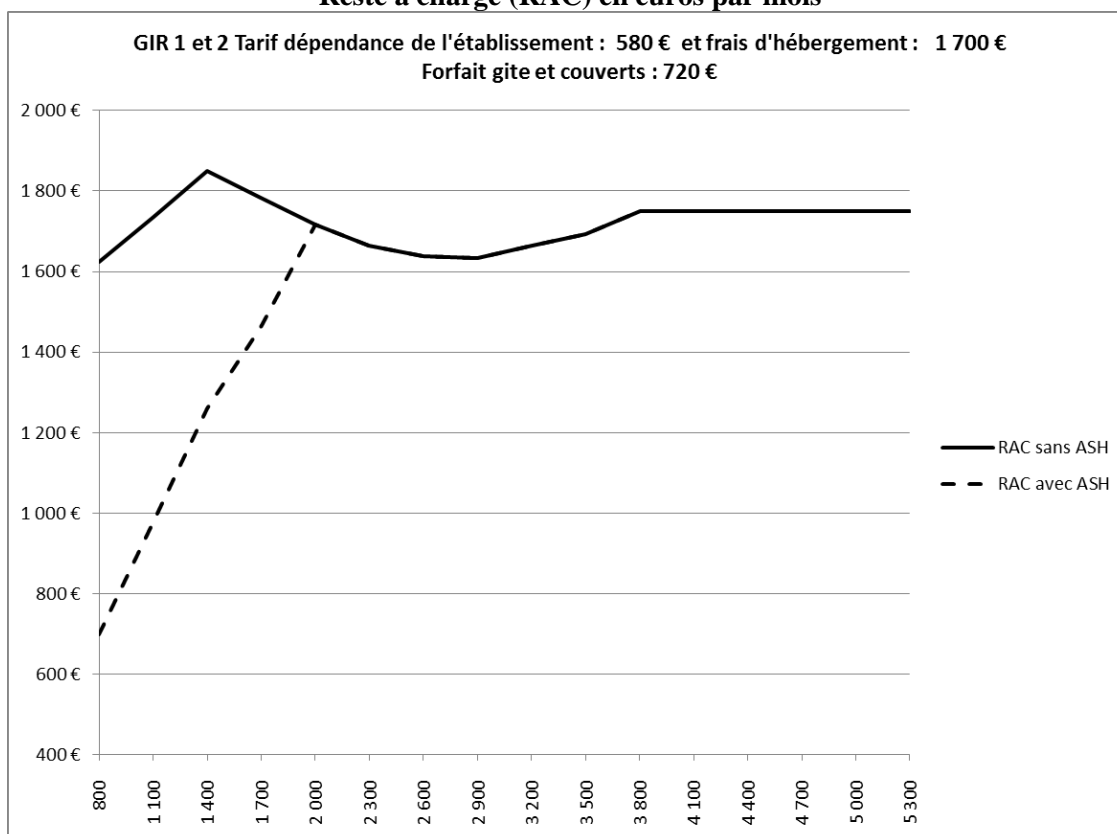
Pour les résidents avec des ressources supérieures à 1 700€ (supposés par convention non éligibles à l'ASH), le RAC varie entre 1 634€ et 1 750€ par mois.

Reste à charge (RAC) et reste à vivre en euros par mois

Retraites nettes mensuels	800	1 100	1 400	1 700	2 000	2 300	2 600	2 900	3 200	3 500	3 800	4 100	4 400	4 700	5 000	5 300
(1) RAC sans ASH	1 624	1 735	1 850	1 782	1 717	1 664	1 639	1 634	1 663	1 692	1 750	1 750	1 750	1 750	1 750	1 750
(2) RAC avec ASH	697	978	1 260	1 462	1 717	1 664	1 639	1 634	1 663	1 692	1 750	1 750	1 750	1 750	1 750	1 750
S - Retraites nettes mensuels	800	1 100	1 400	1 700	2 000	2 300	2 600	2 900	3 200	3 500	3 800	4 100	4 400	4 700	5 000	5 300
(1) Reste à vivre sans ASH	824	635	450	82	246	507	793	1 059	1 288	1 515	1 672	1 879	2 086	2 293	2 500	2 707
(2) Reste à vivre avec ASH	103	122	140	238	246	507	793	1 059	1 288	1 515	1 672	1 879	2 086	2 293	2 500	2 707

Source : Cas type SG HCFEA, Législation 2016

Reste à charge (RAC) en euros par mois

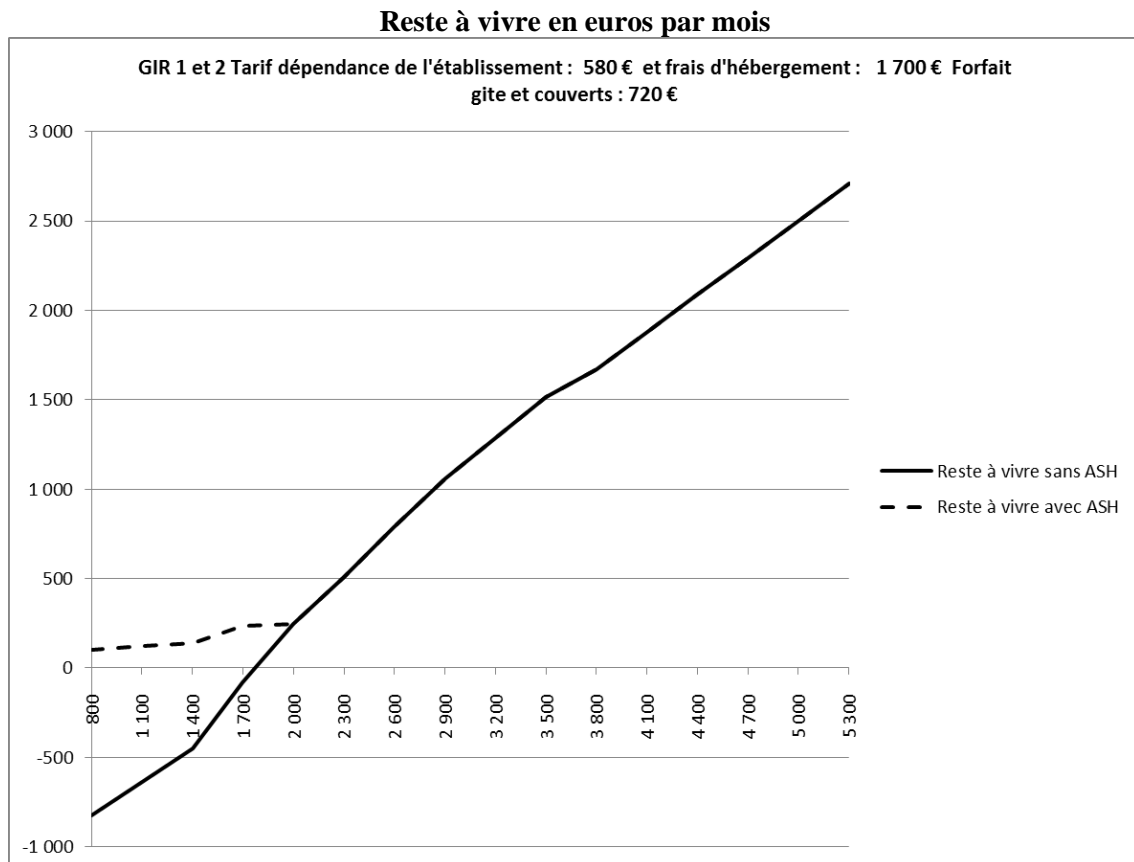


Note de lecture : Pour un résident en établissement ayant 1100€ des ressources nettes mensuelles, son reste à charge s'élève à 1 735€ par mois sans recours à l'ASH et de 978€ par mois avec recours à l'ASH

Source : Cas type SG HCFEA, Législation 2016

b) Le reste à vivre

Il est négatif jusqu'à 1 800€ de ressources mensuelles et l'ASH le rend positif en garantissant 10% des ressources du bénéficiaires y compris aides au logement (ou a minima 96€ par mois).



Note de lecture : Pour un résident en établissement ayant 1100€ des ressources nettes mensuelles, sans recours à l'ASH, son reste à vivre est négatif, il est de - 635€ par mois. Avec recours à l'ASH, son reste à vivre est de 122€ par mois

Source : Cas type SG HCFEA, Législation 2016

3) Le Conseil d'analyse économique (CAE) a étudié en 2016 un schéma « d'APA étendue »⁷³

a) Description du scénario

L'aide en établissement repose sur les principes suivants :

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

⁷³ Note du CAE n°35 (octobre 2016).

Dans les cas-types, la dépense éligible est égale à la différence entre :

- la somme d'un tarif de référence pour l'hébergement (1 700€/mois) et un tarif dépendance variant avec le GIR (ici, 580€ en GIR 1 et 2), soit 2280€ par mois.
- un forfait supposé représenter les dépenses de gîte et de couvert qui incomberaient normalement à l'allocataire s'il vivait chez lui. Il est fixé ici à environ 90 % de l'ASPA, soit 720€/mois.

- L'« APA étendue » prend en charge la dépense éligible de façon décroissante avec le revenu, conformément à la formule retenue pour le calcul de l'APA à domicile antérieure à la réforme de 2016 : 100% de prise en charge au niveau de l'ASPA ; 10% pour un revenu supérieur à 2 930€.

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

b) Son incidence sur cas types

Toutes les personnes en perte d'autonomie avec des ressources inférieures à 2600€⁷⁴ et supérieures à 3500€ seraient gagnantes par rapport à la situation actuelle. Entre ces deux bornes, les différences de barème APA feraient des perdants pour un montant maximum de 123€ par mois. Les gains sont très prononcés (plus de entre 541€ et 904€ par mois) pour les résidents avec moins de 1700€ de ressources.

Le reste à vivre d'une majorité de résidents (percevant moins de 2600€ de ressources par mois) est donc sensiblement augmenté.

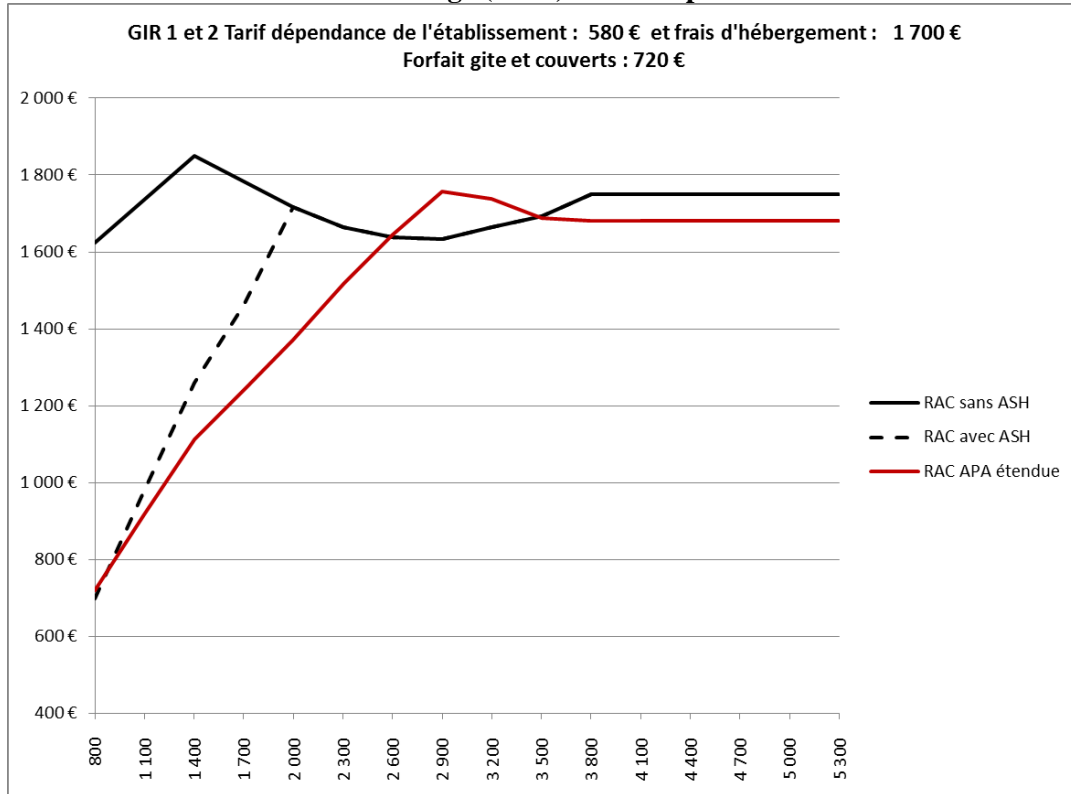
Reste à charge (RAC) et reste à vivre en euros par mois

Retraites nettes mensuels	800	1 100	1 400	1 700	2 000	2 300	2 600	2 900	3 200	3 500	3 800	4 100	4 400	4 700	5 000	5 300
(1) RAC sans ASH	1 624	1 735	1 850	1 782	1 717	1 664	1 639	1 634	1 663	1 692	1 750	1 750	1 750	1 750	1 750	1 750
(2) RAC avec ASH	697	978	1 260	1 462	1 717	1 664	1 639	1 634	1 663	1 692	1 750	1 750	1 750	1 750	1 750	1 750
(3) RAC APA étendue	720	916	1 113	1 241	1 372	1 516	1 644	1 757	1 738	1 688	1 680	1 680	1 680	1 680	1 680	1 680
Ecart																
(3)-(1)	-904	-818	-737	-541	-345	-148	6	123	74	-4	-70	-70	-70	-70	-70	-70
(3)-(2)	23	-62	-147	-221	-345	-148	6	123	74	-4	-70	-70	-70	-70	-70	-70
S - Retraites nettes mensuels	800	1 100	1 400	1 700	2 000	2 300	2 600	2 900	3 200	3 500	3 800	4 100	4 400	4 700	5 000	5 300
(1) Reste à vivre sans ASH	824	635	450	82	246	507	793	1 059	1 288	1 515	1 672	1 879	2 086	2 293	2 500	2 707
(2) Reste à vivre avec ASH	103	122	140	238	246	507	793	1 059	1 288	1 515	1 672	1 879	2 086	2 293	2 500	2 707
(3) Reste à vivre APA étendue	80	184	287	459	591	655	788	936	1 213	1 519	1 742	1 949	2 156	2 363	2 570	2 777
Ecart																
(3)-(1)	904	818	737	541	345	148	-6	-123	-74	4	70	70	70	70	70	70
(3)-(2)	-23	62	147	221	345	148	-6	-123	-74	4	70	70	70	70	70	70

Source : Cas type SG HCFEA, Législation 2016

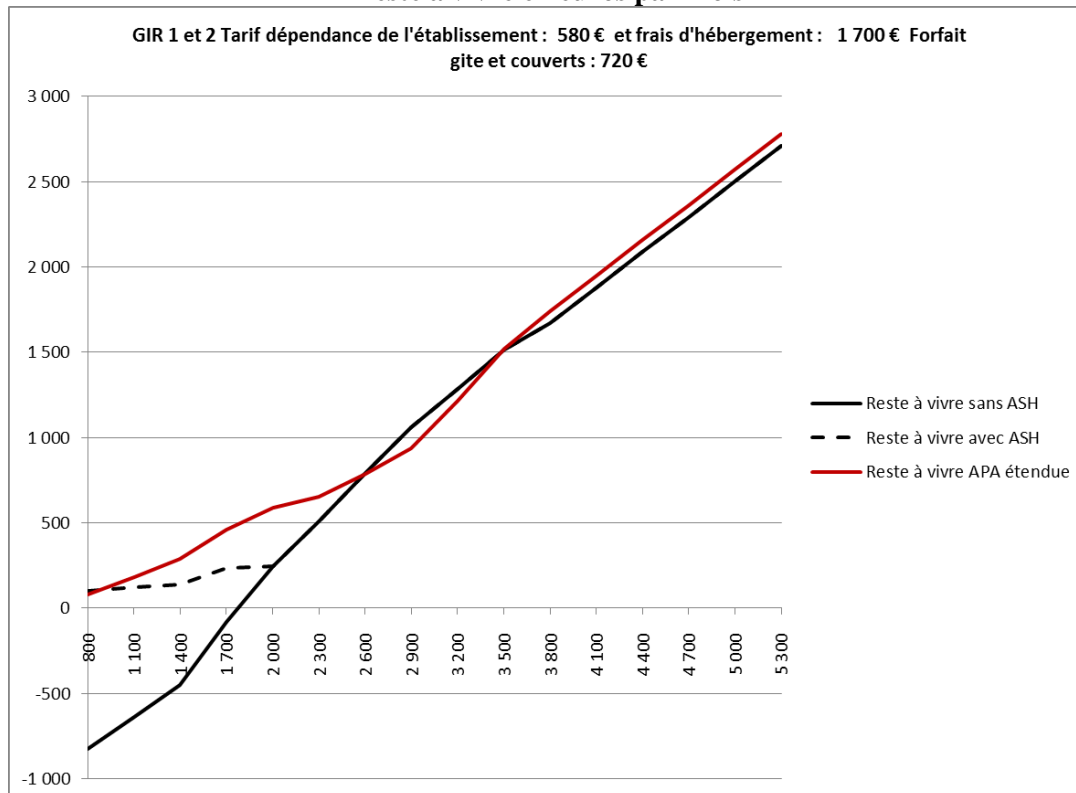
⁷⁴ Seules quelques bénéficiaires les plus modestes de l'ASH pourraient perdre quelques euros par mois mais le barème pourrait être modulé à la marge pour éviter ces perdants.

Reste à charge (RAC) en euros par mois



Source : Cas type SG HCFEA, Législation 2016

Reste à vivre en euros par mois



Source : Cas type SG HCFEA, Législation 2016

4) Le scénario avec crédit d'impôt (et suppression de la réduction d'impôt actuelle)

a) Caractéristiques du crédit d'impôt

Le crédit d'impôt serait accordé

- au taux de 50%

- sur une dépense éligible annuelle après prise en compte des aides au logement.

Cette dépense serait égale à la différence entre le tarif d'hébergement (dans la limite d'un tarif de référence, ici de 1700€) et un forfait représentatif des frais de gîte et couvert (de 720€) laissé à la charge du résident.

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

b) Incidences pour les personnes en perte d'autonomie

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

Sans recours à l'ASH, comme on déduit les allocations de logement de la dépense éligible, le crédit d'impôt améliore la situation des allocataires les plus modestes mais plus faiblement que pour les non bénéficiaires des APL. Avec recours à l'ASH, la situation resterait inchangée.

L'augmentation des aides est très significative pour les classes moyennes (qui, dans le régime actuel, ne perçoivent pas d'aide au logement et n'ont guère de gain fiscal à la réduction d'impôt). Le gain sera égal ou proche de 490€ par mois.

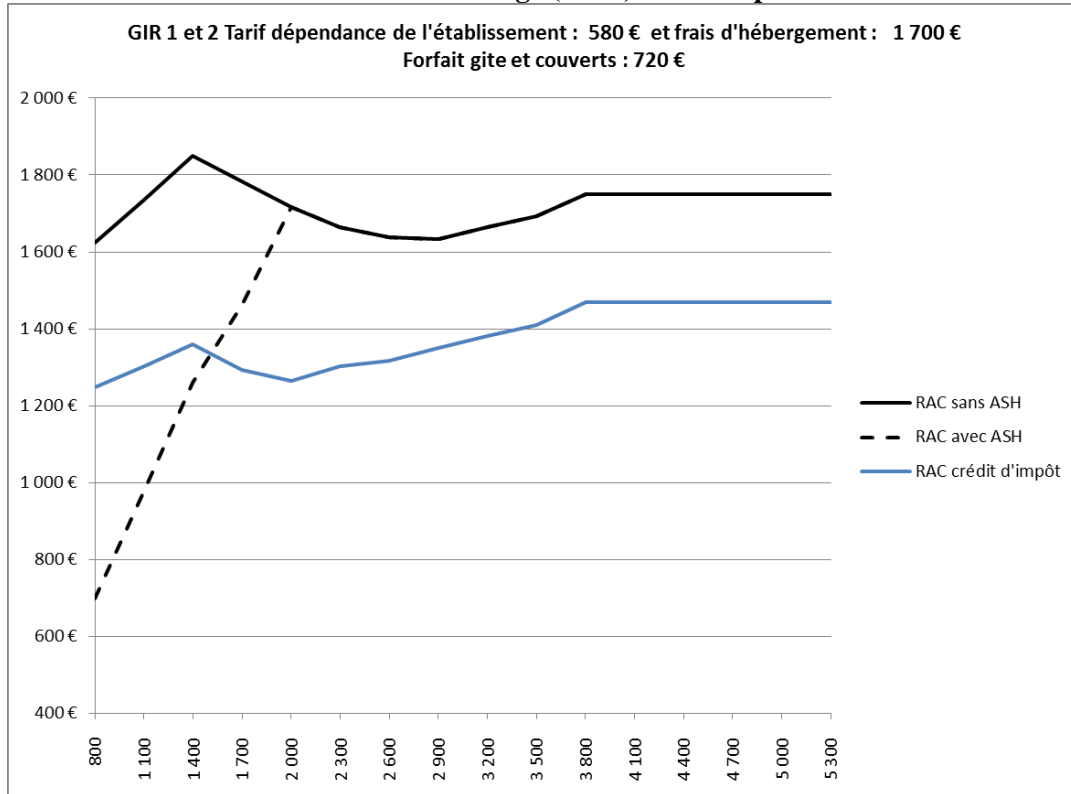
L'aide des ménages les plus aisés augmente de 282€ par mois (solde entre le crédit d'impôt de 490€ et la réduction d'impôt de 208€).

Reste à charge (RAC) et reste à vivre en euros par mois

Retraites nettes mensuels	800	1 100	1 400	1 700	2 000	2 300	2 600	2 900	3 200	3 500	3 800	4 100	4 400	4 700	5 000	5 300
(1) RAC sans ASH	1 624	1 735	1 850	1 782	1 717	1 664	1 639	1 634	1 663	1 692	1 750	1 750	1 750	1 750	1 750	1 750
(2) RAC avec ASH	697	978	1 260	1 462	1 717	1 664	1 639	1 634	1 663	1 692	1 750	1 750	1 750	1 750	1 750	1 750
(4) RAC crédit d'impôt	1 247	1 302	1 360	1 292	1 264	1 303	1 317	1 351	1 382	1 411	1 469	1 469	1 469	1 469	1 469	1 469
Ecart																
(4)-(1)	-377	-432	-490	-490	-453	-361	-322	-283	-282	-282	-282	-282	-282	-282	-282	-282
(4)-(2)	550	324	100	-170	-453	-361	-322	-283	-282	-282	-282	-282	-282	-282	-282	-282
S - Retraites nettes mensuels	800	1 100	1 400	1 700	2 000	2 300	2 600	2 900	3 200	3 500	3 800	4 100	4 400	4 700	5 000	5 300
(1) Reste à vivre sans ASH	824	635	450	82	246	507	793	1 059	1 288	1 515	1 672	1 879	2 086	2 293	2 500	2 707
(2) Reste à vivre avec ASH	103	122	140	238	246	507	793	1 059	1 288	1 515	1 672	1 879	2 086	2 293	2 500	2 707
(4) Reste à vivre crédit d'impôt	447	202	40	408	699	868	1 115	1 342	1 569	1 797	1 953	2 161	2 368	2 575	2 782	2 989
Ecart																
(4)-(1)	377	432	490	490	453	361	322	283	282	282	282	282	282	282	282	282
(4)-(2)	550	324	100	170	453	361	322	283	282	282	282	282	282	282	282	282

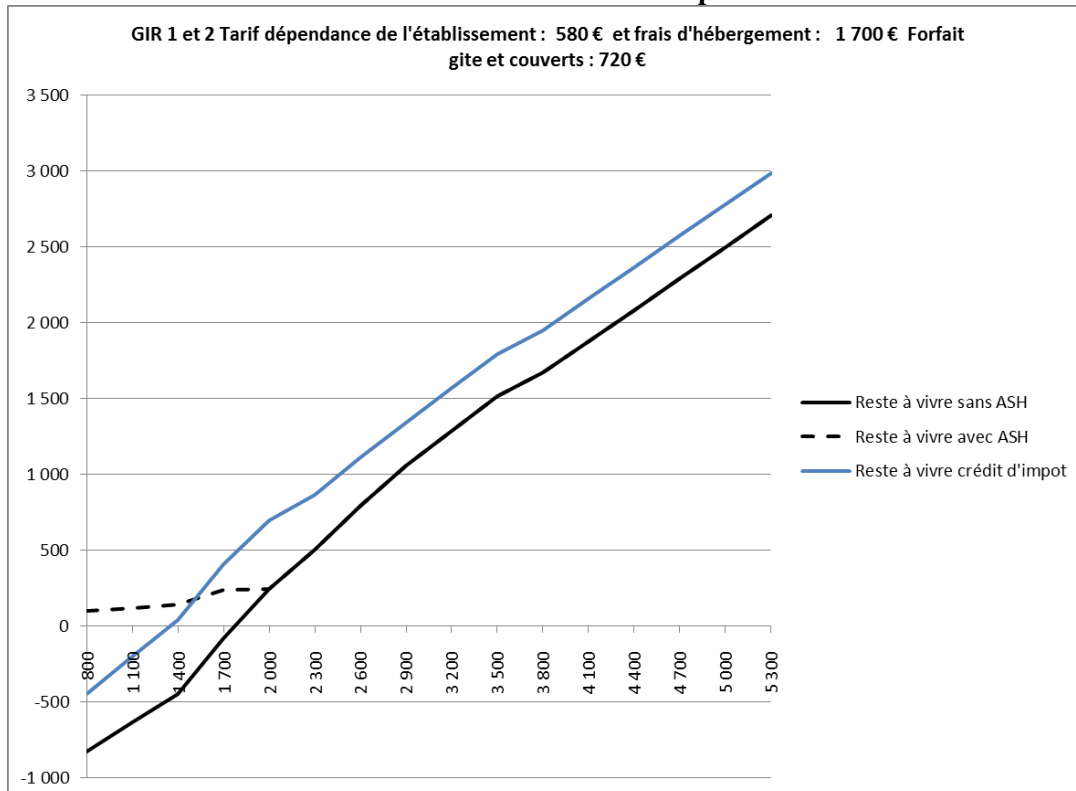
Source : Cas type SG HCFEA, Législation 2016

Reste à charge (RAC) en euros par mois



Source : Cas type SG HCFEA, Législation 2016

Reste à vivre en euros par mois



Source : Cas type SG HCFEA, Législation 2016

4) Le scénario avec une prestation de 500€

a) Caractéristiques

Cette prestation de 500€ par mois assurerait une prestation d'hébergement cumulable avec l'allocation de logement et la réduction d'impôt.

b) Incidences pour les personnes en perte d'autonomie

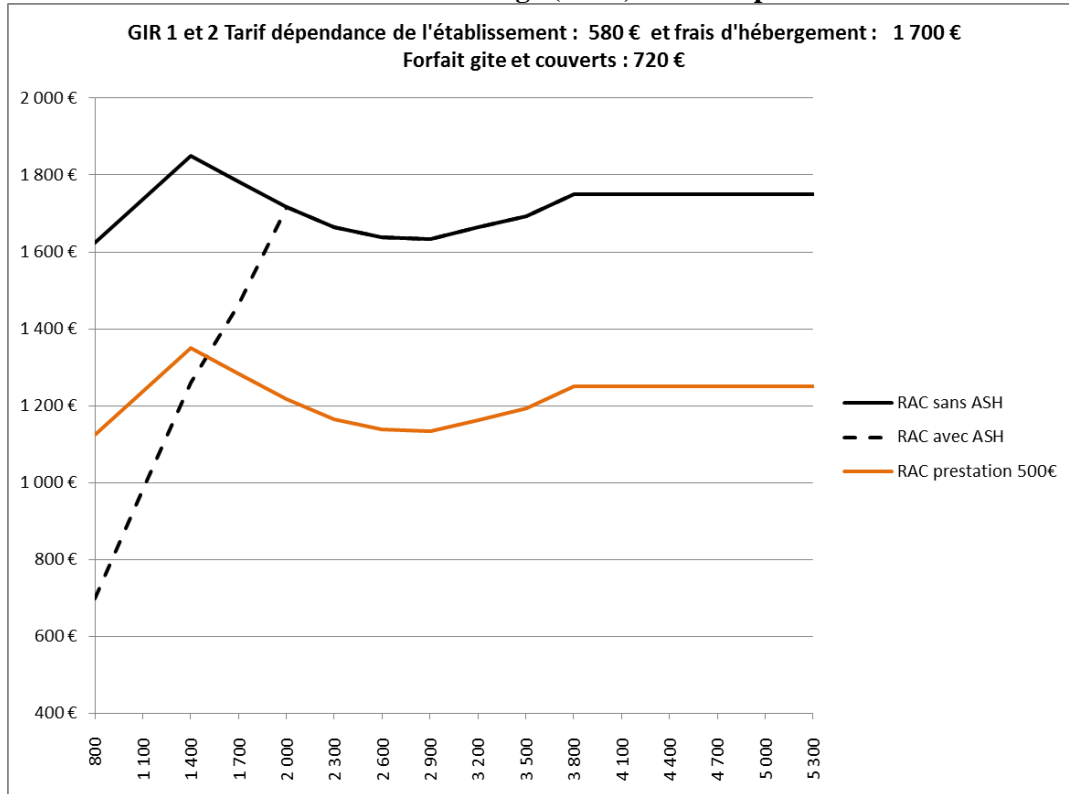
Tous les ménages (hors allocataires de l'ASH) verraient leur aide augmenter. L'augmentation serait pour la plupart d'entre eux de 500€ par mois.

Reste à charge (RAC) et reste à vivre en euros par mois

Retraites nettes mensuels	800	1 100	1 400	1 700	2 000	2 300	2 600	2 900	3 200	3 500	3 800	4 100	4 400	4 700	5 000	5 300
(1) RAC sans ASH	1 624	1 735	1 850	1 782	1 717	1 664	1 639	1 634	1 663	1 692	1 750	1 750	1 750	1 750	1 750	1 750
(2) RAC avec ASH	697	978	1 260	1 462	1 717	1 664	1 639	1 634	1 663	1 692	1 750	1 750	1 750	1 750	1 750	1 750
(5) RAC prestation 500€	1 124	1 235	1 350	1 282	1 217	1 164	1 139	1 134	1 163	1 192	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250
Ecart																
(5)-(1)	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500
(5)-(2)	427	256	90	-180	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500
S	Retraites nettes mensuels															
(1) Reste à vivre sans ASH	824	635	450	82	246	507	793	1 059	1 288	1 515	1 672	1 879	2 086	2 293	2 500	2 707
(2) Reste à vivre avec ASH	103	122	140	238	246	507	793	1 059	1 288	1 515	1 672	1 879	2 086	2 293	2 500	2 707
(5) Reste à vivre prestation 500€	324	135	50	418	746	1 007	1 293	1 559	1 788	2 015	2 172	2 379	2 586	2 793	3 000	3 207
Ecart																
(5)-(1)	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500
(5)-(2)	427	256	90	180	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500

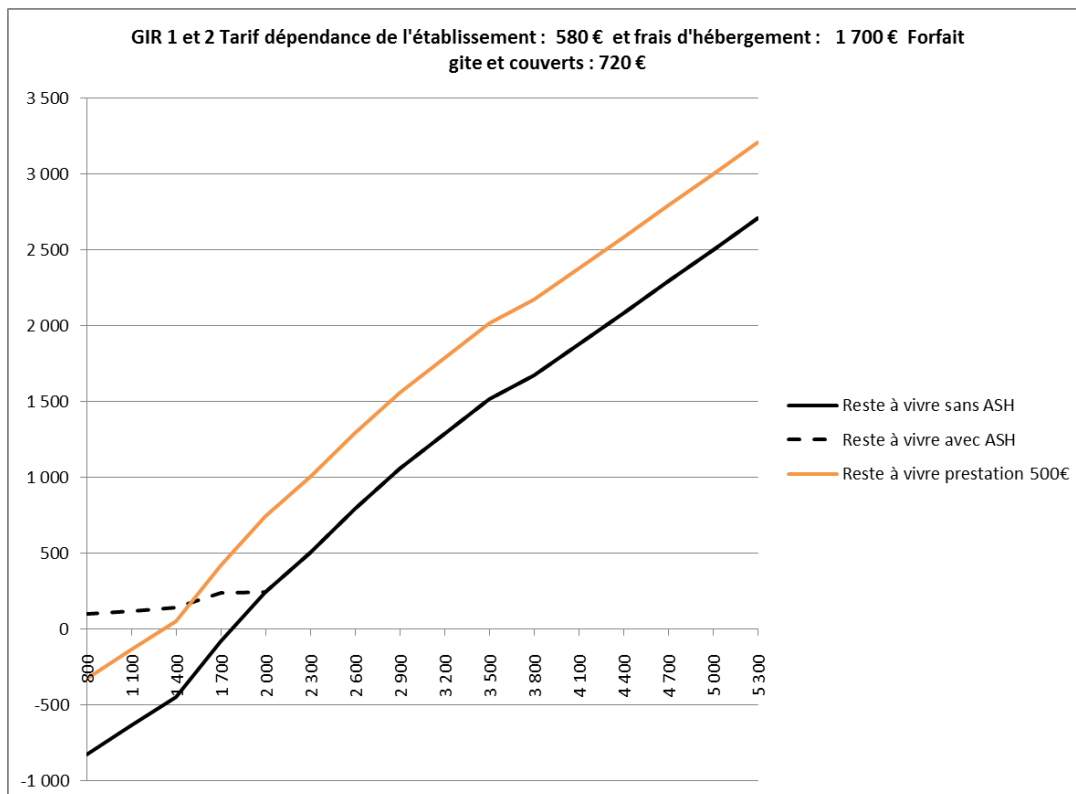
Source : Cas type SG HCFEA, Législation 2016

Reste à charge (RAC) en euros par mois



Source : Cas type SG HCFEA, Législation 2016

Reste à vivre en euros par mois



Source : Cas type SG HCFEA, Législation 2016

5) Comparaison des scénarios

Le scénario « APA étendue » est celui qui est le plus favorable pour les résidents avec des ressources inférieurs à 2600€.

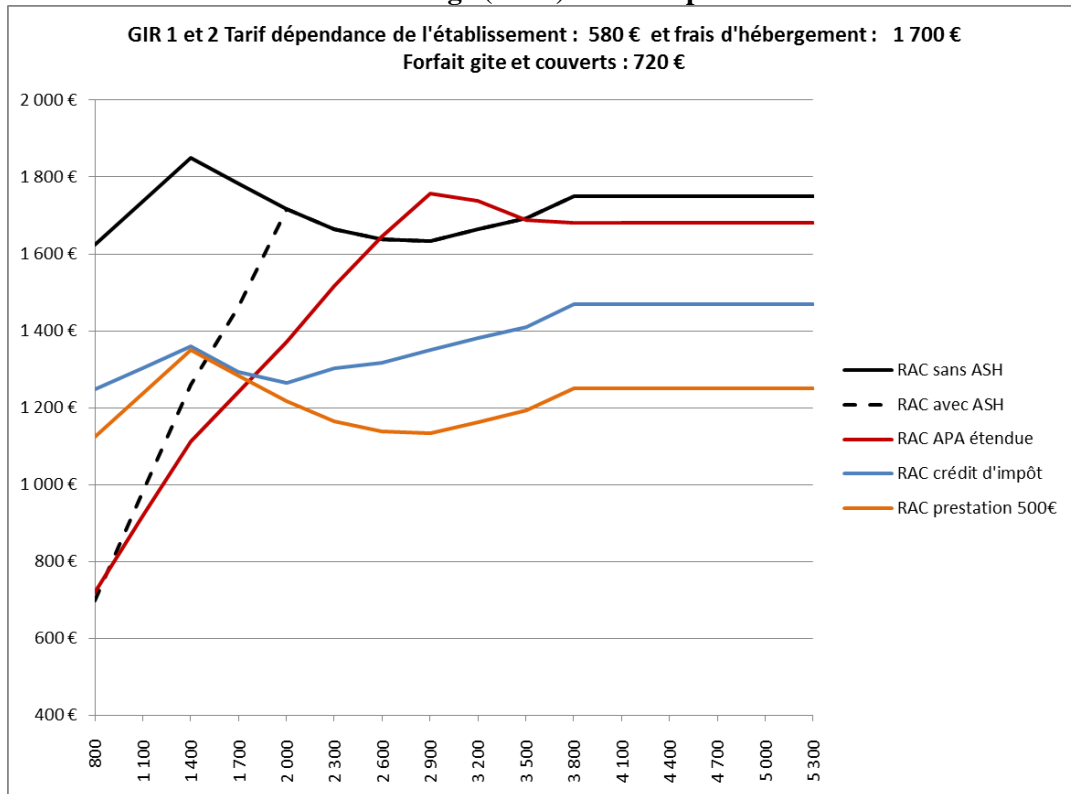
Les scénarios de « crédit d'impôt » et « de prestation 500€ » améliorent la situation de tous les résidents mais nécessite de conserver l'ASH pour les résidents les plus modestes.

Reste à charge (RAC) en euros par mois

Retraites nettes mensuels	800	1 100	1 400	1 700	2 000	2 300	2 600	2 900	3 200	3 500	3 800	4 100	4 400	4 700	5 000	5 300
(1) RAC sans ASH	1 624	1 735	1 850	1 782	1 717	1 664	1 639	1 634	1 663	1 692	1 750	1 750	1 750	1 750	1 750	1 750
(2) RAC avec ASH	697	978	1 260	1 462	1 717	1 664	1 639	1 634	1 663	1 692	1 750	1 750	1 750	1 750	1 750	1 750
(3) RAC APA étendue	720	916	1 113	1 241	1 372	1 516	1 644	1 757	1 738	1 688	1 680	1 680	1 680	1 680	1 680	1 680
(4) RAC crédit d'impôt	1 247	1 302	1 360	1 292	1 264	1 303	1 317	1 351	1 382	1 411	1 469	1 469	1 469	1 469	1 469	1 469
(5) RAC prestation 500€	1 124	1 235	1 350	1 282	1 217	1 164	1 139	1 134	1 163	1 192	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250
Ecart																
(3)-(1)	-904	-818	-737	-541	-345	-148	6	123	74	-4	-70	-70	-70	-70	-70	-70
(3)-(2)	23	-62	-147	-221	-345	-148	6	123	74	-4	-70	-70	-70	-70	-70	-70
(4)-(1)	-377	-432	-490	-490	-453	-361	-322	-283	-282	-282	-282	-282	-282	-282	-282	-282
(4)-(2)	550	324	100	-170	-453	-361	-322	-283	-282	-282	-282	-282	-282	-282	-282	-282
(5)-(1)	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500
(5)-(2)	427	256	90	-180	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500	-500

Source : Cas type SG HCFEA, Législation 2016

Reste à charge (RAC) en euros par mois



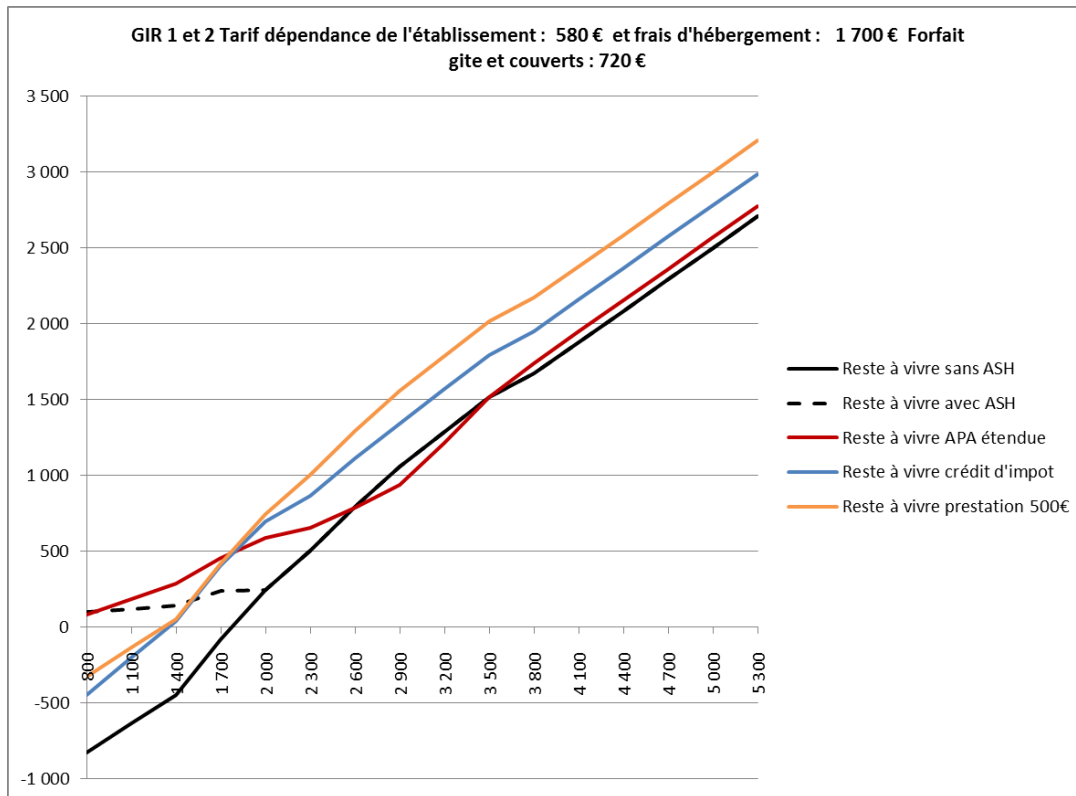
Source : Cas type SG HCFEA, Législation 2016

Reste à vivre en euros par mois

S	Retraites nettes mensuels	800	1 100	1 400	1 700	2 000	2 300	2 600	2 900	3 200	3 500	3 800	4 100	4 400	4 700	5 000	5 300	
(1)	Reste à vivre sans ASH	- 824	- 635	- 450	- 82	246	507	793	1 059	1 288	1 515	1 672	1 879	2 086	2 293	2 500	2 707	
(2)	Reste à vivre avec ASH	103	122	140	238	246	507	793	1 059	1 288	1 515	1 672	1 879	2 086	2 293	2 500	2 707	
(3)	Reste à vivre APA étendue	80	184	287	459	591	655	788	936	1 213	1 519	1 742	1 949	2 156	2 363	2 570	2 777	
(4)	Reste à vivre crédit d'impôt	- 447	- 202	40	408	699	868	1 115	1 342	1 569	1 797	1 953	2 161	2 368	2 575	2 782	2 989	
(5)	Reste à vivre prestation 500€	- 324	- 135	50	418	746	1 007	1 293	1 559	1 788	2 015	2 172	2 379	2 586	2 793	3 000	3 207	
Ecart																		
(3)-(1)		904	818	737	541	345	148	- 6	- 123	- 74	4	70	70	70	70	70	70	
(3)-(2)		- 23	62	147	221	345	148	- 6	- 123	- 74	4	70	70	70	70	70	70	
(4)-(1)		377	432	490	490	453	361	322	283	282	282	282	282	282	282	282	282	
(4)-(2)		- 550	- 324	- 100	170	453	361	322	283	282	282	282	282	282	282	282	282	
(5)-(1)		500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	
(5)-(2)		- 427	- 256	- 90	180	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	

Source : Cas type SG HCFEA, Législation 2016

Reste à vivre en euros par mois



Source : Cas type SG HCFEA, Législation 2016

Pour une assurance autonomie publique obligatoire

La perte d'autonomie, liée à une maladie chronique invalidante, est un drame humain et financier pour les personnes atteintes et leurs proches. Beaucoup d'améliorations ont été apportées, gouvernement après gouvernement, mais la prise en charge reste insuffisante, la qualité des soins souvent discutable et le « reste à charge » écrasant et parfois dramatique pour certaines familles.

La création de l'APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie) a amélioré la situation mais elle reste insuffisante malgré la revalorisation apportée par la loi ASV (Adaptation de la Société au Vieillessement) en 2016. Les ressources générées par la CASA (Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie) payée par les retraités et la CSA (Contribution de Solidarité pour l'Autonomie) payée par les employeurs sont insuffisantes et ne résolvent pas le problème. Tous les gouvernements ont tenté des améliorations mais se heurtent à l'insuffisance de financement. Il faut trouver de l'argent neuf : Les caisses de l'état sont vides et les familles, en particulier des classes moyennes, écrasées par les coûts.

Le paradoxe est que le coût de la prise en charge de la dépendance est insurmontable pour la personne, alors qu'il est modeste à l'échelon des comptes sociaux de la nation. En effet, l'assurance maladie représente 165 milliards par an, les retraites 115 milliards (chiffres 2013) ; la dépendance stricto sensu c'est-à-dire l'APA, qui représente l'aide aux familles pour prendre en charge la dépendance, n'est abondée que de 5,5 milliards. Quant à l'hébergement, les aides publiques ne représentent que 6 à 7% des coûts.

Toutes les solutions proposées impactent lourdement les familles (viager, liquidation du patrimoine etc...). Une seule, pratiquée dans certains pays, par exemple le Japon, **n'a pas encore été prise en compte par les Politiques** : l'Assurance autonomie publique obligatoire, différente des contrats actuellement proposés par les compagnies d'assurances.

Pourquoi cette solution **déjà étudiée en 2011** n'est-elle pas proposée par les politiques et gouvernants en place ?

Parce que, qui dit « assurance », dit aussi « cotisation » ou « prélèvement obligatoire ». Aucun politique ne veut annoncer de nouveaux prélèvements à une population française qui se sent écrasée d'impôts et prélèvements divers.

C'est méconnaître l'environnement démographique de la dépendance.

Ce dernier crée des conditions ultra-favorables à l'établissement d'une assurance autonomie: seuls 8% de la population de plus de 60 ans est atteinte de dépendance (soit 1 250 000 personnes). Ce rapport 100% de cotisants pour 2,6% de bénéficiaires parmi ces cotisants rendrait le système extraordinairement performant pour des cotisations minimales. Par opposition 100% des cotisants pour la retraite la toucheront un jour et 100% des cotisants pour l'assurance maladie utilisent ce système à un moment ou un autre de leur vie.

Une assurance autonomie n'est concevable que si tous, salariés, non-salariés et retraités, cotisent dès le premier salaire ou les premiers émoluments pour que les cotisations soient les plus minimales possibles.

Pour cette même raison, cette assurance devrait être obligatoire, car avant l'âge de la retraite on ne pense pas à la dépendance.

Les cotisations devraient être basées sur les revenus, selon les grands principes de l'assurance maladie « je cotise selon mes moyens, je reçois selon mes besoins ».

Elles devraient être indépendantes de l'état de santé ou du risque de dépendance. *Pour cette raison, elles devraient être gérées par un organisme Public « type » CNSA parce que la logique de l'assurance privée est de pratiquer, dans la majorité des cas, une sélection qui écarte les personnes qui présentent le plus de risque.*

Le système privé garderait toute sa place pour proposer des assurances complémentaires.

Les résultats de nos premiers calculs vont dans ce sens. Ils montrent que la mise en place d'une Assurance autonomie, procurant systématiquement 1275 € mensuels pour tout GIR 1-2, et 925 € mensuels pour tout GIR 3-4, revalorisés annuellement sur les salaires, coûterait aujourd'hui 15,5 milliards € par an à la Collectivité pour atteindre 22 milliards en 2060, compte-tenu de l'augmentation prospective du nombre de dépendants (les GIR ont été regroupés pour plus de facilité immédiate de calcul, mais chaque GIR devra bien évidemment être valorisé séparément). Si tout le monde (actifs, retraités, salariés, non-salariés) cotisait dès à présent **moins d'un euro** par jour (30 € par mois), ce système s'autofinancerait jusqu'en 2060.

Cette cotisation, proportionnelle aux revenus permettrait de répondre à l'objectif de cette proposition, résoudre les problèmes de la prise en charge de la dépendance. Si des contraintes économiques et sociales, l'imposaient, d'autres scénarios seraient envisageables, mais ne répondraient que partiellement aux besoins sous-évalués par les données statistiques dont nous disposons. Une étude de terrain évaluant l'ensemble des coûts de la prise en charge devra être entreprise pour disposer d'une meilleure information.

La rente s'ajouterait à l'APA.

Elle serait libératoire : ce serait un des moyens pour aider les familles qui se sentent enfermées dans le plan de soin qui ne correspond pas toujours à leurs besoins.

Elle serait non imposable.

L'existence de l'assurance autonomie apporterait à la collectivité près de 16 Md €, d'argent « neuf ». Permettrait-elle de diminuer d'autres coûts ? Il est possible qu'un certain nombre de bénéficiaires n'aient plus besoin de demander l'AL (allocation logement), l'ASH (aide sociale à l'hébergement). Tout cela est à calculer.

Comment avancer dans cette perspective d'une assurance autonomie obligatoire ?

Il faut d'abord convaincre les politiques. Aucun n'évoque cette question.

Commençant plus tôt, cette assurance aurait la capacité d'offrir des prestations qui sortiraient, enfin, les patients dépendants et leurs familles du cauchemar financier.

Ce travail est réalisé à l'initiative d'ILC-France (Françoise Forette, Marie-Anne Brieu, Didier Halimi, Jean-Claude Salord) avec la collaboration de Mercer (Stéphane Mary et Benjamin Schannes, actuaires).

PS L'inclusion des « jeunes » ne devrait pas poser de problème car s'ils n'ont pas de travail ils ne paient pas de cotisation, et s'ils en ont, ils paient une cotisation ultra-minime si leur salaire est faible. Les « jeunes » ont tout intérêt à la création d'un tel système pour plusieurs raisons :

1° Les transferts de patrimoine à leur avantage seront facilités si leurs parents ou grands-parents ne se sentent pas obligés de le garder pour payer un jour les frais d'une possible dépendance.

2° Ils bénéficieront un jour, à leur tour si besoin, du même système pour des cotisations minimales.

3° Ils peuvent, exceptionnellement, être impliqués dans le financement de la dépendance de leurs grands-parents à une période financièrement critique pour eux (si leurs grands-parents ont besoin d'une ASH (Aide Sociale à l'hébergement), l'obligation alimentaire peut s'étendre jusqu'aux petits-enfants dans certains départements).

Annexe

D'autres scénarii permettent de relier l'investissement qui serait demandé aux citoyens français et l'indemnité mensuelle maximale autorisée versable aux personnes dépendantes dès aujourd'hui, afin que le système soit autofinancé jusqu'en 2060. Le tableau ci-dessous en consigne quelques exemples :

En milliards d'€	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3	Scenario 4
Cotisation actifs et retraités par mois	18,00 €	20,00 €	30,00 €	33,75 €
Rente mensuelle - GIR 1+2	815 €	875 €	1 275 €	1 500 €
Rente mensuelle - GIR 3+4	525 €	600 €	925 €	1 000 €
Réserves disponibles en 2060 (en Mards €)	-0,27	2,14	0,79	1,47

Outre les principaux flux d'assurance (cotisations et prestations), notre P&L prospectif (bilan financier à court et long terme) intègre les frais de gestion (recouvrement des cotisations, gestion administrative des bénéficiaires et versement des indemnités). Par défaut, nous les avons fixés à 0,5% des cotisations et 0,5% des prestations, ce montant pouvant varier en fonction des décisions qui seraient prises quant à l'identité de l'organisme public en charge de l'Assurance Autonomie.

Enfin, nos projections intègrent la simulation produits financiers, par l'intermédiaire d'un modèle ALM (gestion Actif-Passif), basé sur le principe d'une allocation financière performante mais raisonnée entre différents actifs financiers (monétaires, obligataires, actions) et optimisée au regard des durées des réserves qu'engendrerait chaque année le système. Ces produits financiers présentent l'intérêt de prolonger dans le temps sa viabilité et son autofinancement.

ANNEXE 4 – NOTE DU CAE N°35 – « QUELLES POLITIQUES PUBLIQUES POUR LA DÉPENDANCE ? »

Résumé ci-dessous. L'intégralité de la note est disponible sur :

www.cae-eco.fr/Quelles-politiques-publiques-pour-la-dependance.html



Antoine Bozio^a, Agnès Gramain^b et Cécile Martin^c
avec la contribution d'André Masson^d

Quelles politiques publiques pour la dépendance ?

Les notes du conseil d'analyse économique, n° 35, octobre 2016

Le nombre de personnes de plus de 60 ans en situation de dépendance varie de 1,24 million si l'on se réfère au nombre de bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie, à près de 3,3 millions selon une mesure épidémiologique. Le coût engendré par la dépendance pour les soins, l'hébergement et l'aide informelle se situe entre 41 et 45 milliards d'euros par an, dont 23,5 milliards, soit un peu plus d'un point de PIB, relèvent de la dépense publique. Cette dernière devrait augmenter de l'ordre de + 0,3 à + 0,7 point de PIB d'ici 2040, compte tenu des projections démographiques et épidémiologiques.

Face à cette évolution, l'action publique doit concilier des objectifs en partie contradictoires : améliorer la qualité de services de prise en charge, offrir une couverture efficace et équitable du risque de dépendance, maîtriser les dépenses publiques. La loi d'Adaptation de la société au vieillissement (ASV), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, est une avancée importante pour relever le défi. Toutefois des actions complémentaires permettraient de corriger les faiblesses rémanentes du système actuel : défauts de régulation, de transparence, de diversité et de concurrence pour l'offre, manque d'attractivité pour les métiers du secteur, incohérences dans les aides publiques.

Pour mieux réguler l'offre, deux leviers pourraient être actionnés : instaurer des normes minimales d'encadrement en établissement, d'une part, et collecter et diffuser l'information sur la qualité de la prise en charge, d'autre part. Cela permettrait au régulateur d'assurer un meilleur contrôle,

d'adapter la tarification, et aussi d'inciter les établissements à améliorer leurs services face à une patientèle mieux informée. L'augmentation et la diversification de l'offre d'hébergement collectif nécessitent d'assouplir les barrières légales à l'extension des places en hébergement spécialisé et de mieux analyser la demande potentielle pour les résidences à services intégrés. Enfin, il importe de compléter les efforts de formation par une revalorisation des carrières et une amélioration des conditions de travail.

Le financement de la dépendance gagnerait également à évoluer. Le système français est organisé pour garantir en théorie le libre choix des personnes âgées dépendantes. Or, des logiques de solidarité différentes pour les dépenses de soins, d'aide et d'hébergement conditionnent largement ce choix en pratique et altèrent par conséquent l'efficacité et l'équité du système. Deux options de réforme sont dès lors envisagées par les auteurs. Une première option consisterait à asseoir le financement public sur le mode de prise en charge le plus efficient, en développant une APA-étendue qui appliquerait une même logique de couverture pour l'ensemble des dépenses imputables à la dépendance, y compris les surcoûts d'hébergement. L'instauration d'un prêt-dépendance pourrait en outre permettre de mieux mobiliser le patrimoine des ménages afin de couvrir les restes-à-charge. Une seconde option, plus ambitieuse, consisterait à instaurer une assurance-dépendance obligatoire pour les cas de dépendance lourde. Pour la dépendance légère, la couverture publique serait limitée aux seuls ménages à faibles ressources.

Cette note est publiée sous la responsabilité des auteurs et n'engage que ceux-ci.

^a École d'économie de Paris (PSE), École des hautes études en sciences sociales (EHESS), Institut des politiques publiques (IPP), membre du CAE ; ^b Université de Lorraine, Bureau d'économie théorique appliquée (BETA) ; ^c Académie de Caen ;

^d École d'économie de Paris (PSE).

ANNEXE 5 – NOTE DE L'AD-PA



NOTE SUR LE FINANCEMENT DE L'AIDE AUX PERSONNES ÂGÉES SANS AUGMENTATION DES PRÉLÈVEMENTS OBLIGATOIRES

La question de la place de l'assurance dans l'aide aux personnes âgées est régulièrement posée.

L'article A331 4 du code des assurances prévoit que les compagnies d'assurance sur la vie sont tenues de reverser 85% de leurs bénéfices, mais le Conseil d'État en 2010, la Cour de Cassation 2014 n'imposent pas à l'assureur une règle de répartition de ces bénéfices et précisent même qu'il n'y a pas de droit individuel à l'attribution de sommes d'argent.

Le parlement pourrait donc décider que l'utilisation de ces crédits irait à l'aide à l'autonomie.

Il s'agit d'une somme estimée à 2,5 milliards par an auxquels il faut ajouter les sommes correspondantes depuis que ce dispositif est en vigueur.

Que des contrats d'assurance vie et d'assurance décès financent l'aide à l'autonomie des personnes âgées est parfaitement cohérent.

En attendant la création d'une prestation autonomie (financée comme le propose le CESE par une taxe sur les successions) la mise en place de ce dispositif pourrait compléter les premières mesures à domicile de la loi ASV, augmenter le nombre de professionnels en établissement et diminuer le prix payé par les personnes âgées et les familles.

Août 2017