



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

GARANTIR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES EN ETABLISSEMENT, ENCADRER LEUR RESTE A CHARGE :

**UN IMPERATIF, REGULER
UNE NECESSITE, SIMPLIFIER,
UNE URGENCE, CHOISIR
UNE OBLIGATION, AGIR**

Annexes au rapport à la Première Ministre

**Mission confiée par le gouvernement à
Madame Christine Pirès Beaune**

- Juin 2023 -

SOMMAIRE

Chaque annexe donne lieu à un sommaire spécifique -donc à une pagination propre (les numérotations redémarrent à chaque annexe). Le sommaire général ci-après de ce tome est le seul à permettre au lecteur :

- ◆ d'aller directement à l'annexe l'intéressant en utilisant son navigateur de document sur son ordinateur ;
- ◆ le cas échéant, d'imprimer le passage l'intéressant.

ANNEXE I - Lettres de la première ministre en date du 23 décembre 2022 et du 15 juin 2023.....pages 5 à 10

ANNEXE II - Personnes rencontrées.....pages 11 à 28

ANNEXE III - Les dispositifs visant à limiter le coût d'hébergement des personnes âgées dépendantes en établissement.....pages 29 à 46

ANNEXE IV --Données et travaux statistiques et financiers.....pages 47 à 142

ANNEXE V - Options de financement.....pages 143 à 188

ANNEXE VI Enquête réalisée par la mission auprès des structures d'hébergement des personnes âgées dépendantes.....pages 189 à 268

ANNEXE VII - Proposition des travaux et rapports antérieurs.....pages 269 à 334

ANNEXE VIII - Parcours type d'une personne âgée dépendante prise en charge en établissement.....pages 335 à 352

ANNEXE IX - Présentation simplifiée des travaux – supports présentés lors des restitutions intermédiaires et de la restitution finale.....pages 353 à 410

ANNEXE I

**Lettres de la première ministre en date
du 23 décembre 2022 et du 15 juin 2023**

Annexe I

La Première Ministre

1336 / 22 SG

Paris, le 23 DEC. 2022

Madame la Députée,

La difficulté pour les personnes et les familles à assumer le coût de l'hébergement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est une préoccupation majeure pour les Français. Une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de juillet 2022 a rappelé que moins d'un quart des résidents assument leurs frais de séjour avec leurs revenus courants. Toutefois, cette étude précise aussi que seuls 20 % recourent effectivement à l'aide sociale. L'ampleur des restes à charge et des taux d'effort doit donc être appréciée finement.

La branche autonomie de la sécurité sociale assure la pleine prise en charge des soins dans les établissements pour personnes âgées, à hauteur de 12 milliards d'euros en 2021, et elle soutient les départements, à hauteur de 2,5 milliards d'euros, pour financer les frais relatifs à la dépendance via l'allocation personnalisée autonomie (APA). Pour les frais d'hébergement, plusieurs aides sont également mobilisables pour limiter le reste à charge des personnes : les aides au logement et l'aide sociale à l'hébergement sont destinées aux personnes ayant les ressources les plus modestes tandis qu'une réduction d'impôt sur le revenu bénéficie aux ménages assujettis.

Avec le vieillissement de la population, de plus en plus de familles vont être confrontées à ces questions. Il est donc essentiel qu'une réflexion soit engagée sur le niveau de ces aides publiques, leur bonne articulation et leur juste ciblage. Cette réflexion doit s'inscrire en cohérence avec la politique menée par le Gouvernement visant à permettre aux Français qui le souhaitent de pouvoir vieillir le plus longtemps possible à leur domicile. À cet égard, le reste à charge est inférieur pour les personnes vivant à domicile par rapport à celles vivant en établissement. Cet écart doit être pleinement assumé. Toutefois, l'accès à une place en EHPAD des personnes âgées dont le niveau de dépendance et de santé le nécessite doit être préservé.

Vous avez porté depuis plusieurs années cet enjeu et fait des propositions, par exemple récemment celle visant à transformer la réduction d'impôt au titre des frais de dépendance et d'hébergement pour les personnes dépendantes accueillies en EHPAD en crédit d'impôt.

Devant cette préoccupation, je souhaite vous confier une mission de réflexion sur le sujet.

Madame Christine PIRES BEAUNE
Députée
Assemblée nationale
126, rue de l'Université
75007 PARIS

.../...

Annexe I

2.-

Concernant les personnes âgées dont le niveau de dépendance nécessite une place en établissement d'hébergement (EHPAD, résidence autonomie, etc.), vous apprécierez tout d'abord le reste de charge que ces parcours induisent (notamment en le comparant au reste à charge induit par d'autres modalités d'hébergement), puis documenterez les différents outils existants pour en limiter le poids. Vous évalueriez l'opportunité du recours à l'outil fiscal en comparaison d'autres outils de soutien public (aides publiques ciblées, places à l'aide sociale, régulation tarifaire et modulation en fonction des ressources, etc.). Vous évalueriez à chaque fois les impacts tant pour les résidents et leurs familles (notamment en termes d'appropriation des dispositifs) que pour les établissements et les finances publiques, à court et moyen termes.

Vous examinerez les répercussions économiques des propositions que vous formulerez, en particulier s'agissant des risques inflationnistes qu'elles pourraient induire sur les prix facturés par les établissements, et en appréciant ces effets dans le cadre des modalités de régulation tarifaire prévues dans le secteur privé commercial et associatif comme dans le secteur public.

Vous identifieriez les transferts de charge potentiellement induits par vos propositions, à court et moyen termes, notamment entre budgets des départements et de l'État et les conséquences sur les places habilitées à l'aide sociale.

Vous veillerez à formuler plusieurs scénarios correspondant à différents niveaux de redistribution et de coût. Pour ceux entraînant des dépenses publiques, vous examinerez les sources de financement à mobiliser, en étant vigilant à l'impact redistributif et à l'équité intergénérationnelle de l'ensemble du schéma proposé. Vous évalueriez plus globalement l'opportunité de recourir à des dépenses publiques supplémentaires au regard d'autres mécanismes de financement (mobilisation de l'épargne, supports assurantiels, etc.).

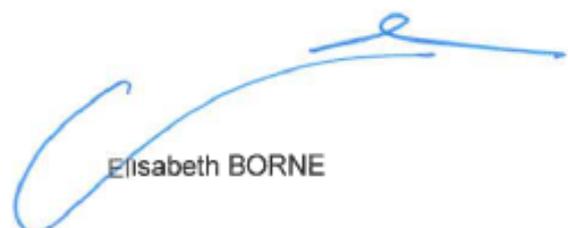
Pour mener à bien cette mission, vous vous appuyerez sur les services des administrations compétentes (direction de la sécurité sociale, direction générale de la cohésion sociale, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, direction générale des finances publiques, direction de la législation fiscale) et serez appuyée dans vos investigations et pour la rédaction du rapport par l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des finances.

Vous veillerez à élaborer vos propositions dans le respect des règles d'indépendance, d'impartialité et d'objectivité qui s'imposent au titre de la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique, et à m'informer des éventuelles mesures prises à cet effet.

En application de l'article L.O 144 du code électoral, un décret vous nommera parlementaire en mission auprès de M. Jean-Christophe COMBE, ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, et de M. Gabriel ATTAL, ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargé des comptes publics.

Je souhaite disposer de votre rapport final pour la fin du mois d'avril 2023.

Je vous prie de croire, Madame la Députée, à l'assurance de mes salutations les meilleures.



Elisabeth BORNE

Annexe I

La Première Ministre

- 483 / 23 SG

Paris, le 15 JUIN 2023

Madame la Députée,

Vous avez été chargée d'une mission temporaire auprès de M. Jean-Christophe COMBE, ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, et de M. Gabriel ATTAL, ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargé des comptes publics. Votre mission portait sur l'évaluation des soutiens publics permettant de limiter le reste à charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

Votre désignation a fait l'objet d'un décret du 23 décembre 2022 pris en application des dispositions de l'article L.O. 144 du code électoral.

Au moment où votre mission s'achève, je tiens à vous exprimer mes remerciements les plus vifs pour l'étude que vous avez réalisée.

Je vous prie de croire, Madame la Députée, à l'assurance de mes salutations les meilleures.



Elisabeth BORNE

Madame Christine PIRES BEAUNE
Députée
Assemblée nationale
126, rue de l'Université
75007 PARIS

Annexe I

ANNEXE II

Personnes rencontrées

SOMMAIRE

1. <u>MINISTRES</u>	6
2. <u>CABINETS MINISTERIELS</u>	6
2.1. <u>Cabinet de la Première ministre</u>	6
2.2. <u>Cabinet du ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes Handicapées</u>	6
2.3. <u>Cabinet du ministre délégué aux comptes publics</u>	6
3. <u>ADMINISTRATIONS</u>	6
3.1. <u>Ministère de l'économie, des finances et de la relance</u>	6
3.1.1. <u>Direction du budget (DB)</u>	6
3.1.2. <u>Direction générale des finances publiques (DGFIP) / Direction de la législation fiscale (DLF)</u>	7
3.1.3. <u>Direction générale du trésor (DGT)</u>	7
3.1.4. <u>Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF)</u>	7
3.1.5. <u>Inspection générale des finances (IGF)</u>	7
3.1.6. <u>Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)</u>	8
3.2. <u>Ministère de la Santé et de la Prévention</u>	8
3.2.1. <u>Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)</u>	8
3.2.2. <u>Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)</u>	8
3.2.3. <u>Direction de la sécurité Sociale (DSS)</u>	8
3.2.4. <u>Direction des affaires juridiques (DAJ)</u>	9
3.2.5. <u>Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)</u>	9
3.2.6. <u>Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)</u>	9
3.2.7. <u>Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)</u>	9
3.2.8. <u>Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)</u>	10
3.2.9. <u>Inspection générale des affaires sociales (IGAS)</u>	10
3.2.10. <u>Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France</u>	10
3.3. <u>Ministère de l'Intérieur</u>	10
3.3.1. <u>Direction générale des collectivités locales</u>	10

Annexe II

4. HAUT CONSEIL DE LA FAMILLE, DE L'ENFANCE ET DE L'ÂGE	10
5. PARLEMENT	11
5.1. Assemblée nationale	11
5.2. Sénat	11
5. ASSEMBLEE DES DEPARTEMENTS DE FRANCE	11
6. AUTRES PERSONNALITES QUALIFIEES	11
7. ETABLISSEMENTS PUBLICS	12
7.1. Caisse des dépôts et consignations	12
8. GROUPEMENTS D'INTERET PUBLIC (GIP)	12
8.1. Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (Anap)	12
8.2. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes)	12
9. ASSOCIATIONS, FEDERATIONS ET PARTENAIRES INSTITUTIONNELS	12
9.1. Action logement	12
9.2. Association des Directeurs au service des Personnes Âgées (AD-PA)	12
9.3. Cercle Vulnérabilités et Sociétés	13
9.4. Famidac	13
9.5. Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)	13
9.6. Fédération des particuliers employeurs de France (FEPEM)	14
9.7. Fédération hospitalière de France (FHF)	14
9.8. Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA)	14
9.9. Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA)	14
9.10. Fédération nationale des associations et amis de personnes âgées et de leurs familles (FNAPAEF)	14
9.11. France Alzheimer et maladies apparentées	14
9.12. France Assos Santé	14
9.13. France Assureurs	15
9.14. France Horizons	15
9.15. Groupe SOS	15
9.16. Laboratoire d'idées Santé Autonomie (LISA)	15
9.17. La médiation de l'Assurance	15
9.18. Matières grises	15
9.19. Mutualité française	15
9.20. Nexem	16
9.21. Organisme commun des institutions de rente et de prévoyance (OCIRP)	16
9.22. Syndicat national des établissements, résidences et services d'aide à domicile privés pour personnes âgées (Synerpa)	16
9.23. Union nationale des centres communaux d'action sociale (Unccas)	16
9.24. Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (Uniopss)	16
10. ENTREPRISES	17

Annexe II

10.1. Axa	17
10.2. Mon Senior	17
11. AUTRES PERSONNES QUALIFIEES	17

1. Ministres

M. Jean-Christophe COMBE, Ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées

M. Gabriel ATTAL, Ministre délégué chargé des comptes publics

2. Cabinets ministériels

2.1. Cabinet de la Première ministre

M. Aurélien ROUSSEAU, Directeur de cabinet

Mme Marianne KERMOAL-BERTHOME, Conseillère, Cheffe de pôle social

M. Nicolas SCOTTE, Conseiller technique protection sociale et comptes sociaux

2.2. Cabinet du ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes Handicapées

M^{me} Constance BENSUSSAN, Directrice de cabinet

M^{me} Charlotte GALLAND, Directrice adjointe de cabinet

M^{me} Louise CADIN, Conseillère autonomie

M. Guillaume ZUCMAN, Conseiller parlementaire

2.3. Cabinet du ministre délégué aux comptes publics

M^{me} Fanny ANOR, Directrice adjointe de cabinet

M. Clément LARRAURI, Conseiller douanes, fiscalité et lutte contre la fraude

M^{me} Marion MARTY, Conseillère comptes sociaux et transformation publique

3. Administrations

3.1. Ministère de l'économie, des finances et de la relance

3.1.1. Direction du budget (DB)

M^{me} Mélanie JODER, Directrice du budget

M. John HOULDSWORTH, Adjoint à la Sous-directrice, 6ème sous-direction (SD6)

Annexe II

M. Ahmed J'MILA, Chef du bureau de la solidarité et de l'insertion (6BSI), SD6

3.1.2. Direction générale des finances publiques (DGFIP) / Direction de la législation fiscale (DLF)

M. Bruno MAUCHAUFFÉE, Adjoint au directeur

M^{me} Marie-Astrid DE BARMON, Sous-directrice C. Fiscalité des personnes

M. Lucas PASZKOWIAK, Chef du bureau C1. Principes généraux de l'impôt sur le revenu

M. Sébastien CATZ, Chef du bureau des chiffrages et études statistiques

M^{me} Corinne TOUATI FRANC-GIRARD, Bureau des chiffrages et études statistiques

3.1.3. Direction générale du trésor (DGT)

3.1.3.1. Service des politiques publiques

M. Adrien PERRET, Sous-directeur politiques sociales et emploi (POL SOC)

M^{me} Emilie RODRIGUEZ, Cheffe du bureau Santé et comptes sociaux (POL SOC2)

M^{me} Marie-Apolline BARBARA, Adjointe à la cheffe de bureau (POL SOC2)

3.1.3.2. Service du financement de l'économie

M. Martin LANDAIS, Sous-directeur des Assurances (ASSUR)

M. Edouard RICHON, Adjoint au chef de bureau marchés et produits d'assurance (ASSUR 1)

3.1.4. Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF)

M. Romain ROUSSEL, Sous-directeur de l'industrie, de la santé et du logement

M. Ambroise PASCAL, Chef du bureau Produits et prestations de santé et des services à la personne

M^{me} Maryse LALANDE, Adjointe au chef du bureau Produits et prestations de santé et des services à la personne

3.1.5. Inspection générale des finances (IGF)

M^{me} Marie-Christine LEPETIT, Inspectrice générale des finances

M^{me} Anne PERROT, Inspectrice générale des finances

Annexe II

M. Hippolyte D'ALBIS, Inspecteur général des finances

3.1.6. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)

M. Guillaume HOURIEZ, Chef du département des comptes nationaux

M. Jean-Cyprien HEAM, Chef de la division synthèses générales des comptes

M. Rémi MONIN, Chef de la section comptes des administrations publiques

M. Bastien VIRELY, Expert méthodologique sur le compte des administrations publiques

3.2. Ministère de la Santé et de la Prévention

3.2.1. Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

M. Jean-Benoît DUJOL, Directeur

M^{me} Florence ALLOT, Adjointe au directeur, cheffe du service des politiques sociales et médico-sociales

M. Benjamin VOISIN, Adjoint au directeur, chef du service des politiques sociales et médico-sociales

M. Olivier BACHELLERY, Sous-directeur affaires financières et modernisation

M. Gilles CHALENCON, Adjoint à la cheffe de bureau de la gouvernance du secteur social et médico-social

3.2.2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

M. Fabrice LENGART, Directeur

M^{me} Rosalinda SOLOTAREFF, cheffe du bureau de l'Assurance Maladie et des Etudes sur les Dépenses de santé

M^{me} Julie LABARTHE, Sous-directrice Observation de la solidarité

M^{me} Layla RICROCH, Cheffe du bureau handicap – dépendance

M^{me} Stéphanie BONESCHI Cheffe de pôle au sein du bureau handicap – dépendance

3.2.3. Direction de la sécurité Sociale (DSS)

M^{me} Delphine CHAMPETIER, Cheffe de service adjointe au directeur

M. Antoine IMBERTI, Adjoint à la sous-direction des études et des prévisions financières (6e sous-direction)

Annexe II

Mme Marion MUSCAT, Adjointe à la sous-direction de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail (2e sous-direction)

M. Hugues BELAUD, Adjoint du bureau 1A Etablissement de santé et établissements médico-sociaux (1ère sous-direction)

M^{me} Jaspal DE OLIVEIRA GILL, Responsable d'études statistiques sur le soutien à l'autonomie

3.2.4. Direction des affaires juridiques (DAJ)

M^{me} Pearl NGUYEN-DUY, Directrice des affaires juridiques

M. Bastien BRILLET, Sous-directeur des politiques

3.2.5. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

M. Jean-René LECERF, Président

M^{me} Virginie MAGNANT, Directrice

M. Stéphane CORBIN, Directeur adjoint

M^{me} Vanessa WISNIA-WEILL, Directrice du financement de l'offre

M. Aurélien FORTIN, Directeur adjoint de la prospective et des études

3.2.6. Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)

M. Guillaume GEORGE, Directeur du département insertion et cadre de vie, Direction des politiques familiales et sociales

M. Cédric MARQUET, Conseiller politique logement

M. Laurent JACQUEMIN, Adjoint du département des statistiques, systèmes d'information et Big Data (BIGSTAT), Responsable du pôle Production, Direction des statistiques, des études et de la recherche

3.2.7. Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)

M^{me} Garmenick LEBLANC, Responsable de la cellule médico-sociale, département de l'hospitalisation, direction de l'offre de soin, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS)

M^{me} Anne MOUTEL, Directrice de l'Union pour la gestion des établissements des caisses de l'Assurance maladie groupe (UGECAM)

3.2.8. Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)

M. Patrice COSTES, Directeur Juridique et Réglementation Nationale, Direction Nationale Retraite

3.2.9. Inspection générale des affaires sociales (IGAS)

M. Jean-Baptiste FROSSARD, Inspecteur des affaires sociales

M. Bruno VINCENT, Inspecteur des affaires sociales

M. Julien EMMANUELI, Inspecteur général des affaires sociales

M^{me} Maryse FOURCADE, inspectrice générale des affaires sociales

3.2.10. Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France

M^{me} Sophie MARTINON, Directrice générale adjointe

M^{me} Isabelle BILGER, Directrice de l'autonomie

M. Felix RAULET, Stagiaire au cabinet de la directrice générale

3.3. Ministère de l'Intérieur

3.3.1. Direction générale des collectivités locales

M. Thomas FAUCONNIER, Sous-directeur des finances locales et de l'action économique

M^{me} Hélène MARTIN, Adjointe à la sous-directrice des compétences et des institutions locales

M. Thomas MONTBABUT, Chef du bureau du financement des transferts de compétences – FL 5

M^{me} Taline APRIKIAN, Cheffe du bureau des services publics locaux – CIL 3

M^{me} Lauriane STAPHORST, Rédactrice à la sous-direction des compétences et des institutions locales

4. Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge

M. Jean-Philippe VINQUANT, Président du Conseil de l'Âge et du Haut Conseil

M^{me} Anne-Claire HOREL, Secrétaire générale adjointe

5. Parlement

5.1. Assemblée nationale

M^{me} Stéphanie RIST, Députée de la 1^{ère} circonscription du Loiret

M^{me} Perrine GOULET, Députée de la 1^{ère} circonscription de la Nièvre

M^{me} Stella DUPONT, Députée de la 2^{ème} circonscription du Maine-et-Loire

M^{me} Monique IBORRA, Députée de la 6^{ème} circonscription de Haute-Garonne

M. Jérôme GUEDJ, Député de la 6^{ème} circonscription d'Essonne

M^{me} Laurence CRISTOL, Députée de la 3^{ème} circonscription de l'Hérault

M^{me} Annie VIDAL, Députée de la 2^{ème} circonscription de la Seine-Maritime

M^{me} Fadila KHATTABI, Députée de la 3^{ème} circonscription de la Côte d'Or

M. Marc LE FUR, Député de la 3^{ème} circonscription des Côtes d'Armor

5.2. Sénat

M^{me} Michelle MEUNIER, Sénatrice

M. Bernard BONNE, Sénateur

M. Maurice PLANEL, Administrateur du Sénat

5. Assemblée des départements de France

M. Olivier RICHEFOU, président du groupe de travail Grand Âge, président du département de la Mayenne

M^{me} Miléna MUNOZ, conseillère spéciale

M. Eric BELLAMY, directeur Solidarités, Santé, Travail

M. Brice LACOURIEUX, conseiller relations avec le Parlement

6. Autres personnalités qualifiées

M. Bertrand FRAGONARD, ancien Président du Haut Conseil de l'Âge

M. Dominique LIBAULT, Président du Haut conseil du financement de la protection sociale (HCFIPS) et Directeur général de l'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale (EN3S)

M^{me} Brigitte BOURGUIGNON, Inspectrice générale des affaires sociales et ancienne ministre

M^{me} Myriam EL KHOMRI, Directrice conseil chez SIACI et ancienne ministre

M. Laurent VACHEY, Inspecteur général des finances
M. François BAYROU, Haut-commissaire au Plan

7. Etablissements publics

7.1. Caisse des dépôts et consignations

M^{me} Laure DE LA BRETECHE, Directrice déléguée des politiques sociales

M. Kosta KASTRINIDIS, Directeur des prêts de la Banque des Territoires

M^{me} Giulia CARRE, Directrice adjointe des relations institutionnelles

8. Groupements d'intérêt public (GIP)

8.1. Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (Anap)

M. Stéphane PARDOUX, Directeur général

M. Tim BRIENEN, Directeur associé

M^{me} Marie-Sophie FERREIRA, Responsable veille stratégique et prospective

M^{me} Cécile DUMON, Experte finances

8.2. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes)

M. Denis Raynaud, Directeur

9. Associations, fédérations et partenaires institutionnels

9.1. Action logement

M. Mario BASTONE, Directeur général d'ENEAL, foncière médico-sociale d'Action logement

M^{me} Elisabeth CRISTAL, Directrice financière d'ENEAL

M^{me} Marion OECHSLI, Secrétaire générale d'Action logement groupe

M. Patrice TILLET, Directeur général Action Logement Immobilier

9.2. Association des Directeurs au service des Personnes Âgées (AD-PA)

M. Pascal CHAMPVERT, Président

M. Eric FREGONA, Directeur adjoint

9.3. Cercle Vulnérabilités et Sociétés

M. Edouard de HENNEZEL, Président-fondateur du CVS

M^{me} Natacha LECAS, Directrice nationale Personne âgées, VYV3

M^{me} Caroline CHAUSSARD, Directrice Ehpad, Adef Résidences

M^{me} Françoise FROMAGEAU, Vice-Présidente, Fondation Croix-Rouge française

M^{me} Hélène DELMOTTE, France Alzheimer

M. Dominique MONNERON, Directeur général, Fondation Partage et Vie

Dr. Éric KARIGER, Directeur médical, Maisons de Famille

M^{me} Chantal NOEL, Administratrice, Association Chemins d'Espérance

M. Loïc BERTRAND, fondateur, Khors

M. Ludovic GUILLAUME, Directeur de l'offre et des partenariats, Colisée

M^{me} Laure MERLY, Directrice des Affaires publiques, Korian

M. Loïc ROLLAND, Caisse des Dépôts

M^{me} Catherine SCHWARTZ, Fondation Partage et Vie

M. Pascal BENARD, administrateur, Association Chemins d'Espérance

M. Paul LABEAU, Chef de projet prospective et innovation

M^{me} Sophie PERON, Directrice générale, Association HOVIA

M^{me} Sylvie DUPONT, Directrice programmes, Fondation Armée du Salut

M. Patrice FROISSARD, Administrateur, Association Chemins d'Espérance

M. Serge WSEVOLOJSKY, Directeur pôle Ehpad, Association HOVIA

9.4. Famidac

M. Olivier KORNPORST, Président de Famidac

9.5. Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)

M^{me} Marie-Sophie DESAULLE, Présidente de la FEHAP

M. Jean-Christian SOVRANO, Directeur de l'autonomie et de la coordination des parcours de vie

9.6. Fédération des particuliers employeurs de France (FEPEM)

M^{me} Marie-Béatrice LEVAUX, Présidente

M^{me} Pauline NIEN, Chargée de mission politiques sociales - autonomie et handicap

M. Michaël CHRISTOHPÉ, Délégué aux affaires publiques

9.7. Fédération hospitalière de France (FHF)

M. Marc BOURQUIN, Conseiller stratégie et Responsable de l'articulation et de la coordination Parcours, Proximité, Autonomie et Territoire

M^{me} Cécile CHEVANCE, Responsable du pôle offre de soins, finances, FHF data, recherche, e-santé

M. Marc-Antoine THEVENOT, Adjoint au pôle autonomie

9.8. Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA)

M. Didier SAPY, Président

M^{me} Clémence LACOUR, Responsable des relations institutionnelles

9.9. Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA)

M^{me} Annabelle VÊQUES, Présidente

9.10. Fédération nationale des associations et amis de personnes âgées et de leurs familles (FNAPAEF)

M^{me} Claudette BRIALIX, Présidente

M. Philippe TROUSLARD, Délégué Région Occitanie

9.11. France Alzheimer et maladies apparentées

M. Benoît DURAND, Directeur délégué

M^{me} Lorène GILLY, Responsable du suivi des politiques publiques

9.12. France Assos Santé

M^{me} Féreuze AZIZA, Conseillère technique Assurance maladie

9.13. France Assureurs

M. Stéphane PENET, Directeur général adjoint

M. Philippe BERNARDI, Directeur du pôle Assurances de Personnes (assurance vie et dépendance)

M^{me} Viviana MITRACHE, Directrice des affaires publiques France

9.14. France Horizons

M. Hubert VALADE, Président

M. Nabil NEFFATI, Directeur général

M. Jean-Pierre HARDY, Trésorier

9.15. Groupe SOS

M. Jean-Marc BORELLO, Président du Directoire

M. Loïc RUMEAU, Directeur général Seniors

M^{me} Maryse DUVAL, Directrice Groupe SOS séniors

9.16. Laboratoire d'idées Santé Autonomie (LISA)

M. Stéphane LE BOULER, Président

9.17. La médiation de l'Assurance

M. Arnaud CHNEIWEISS, Médiateur de l'Assurance

M^{me} Sandra MORIN, Juriste référente au pôle prévoyance

9.18. Matières grises

M. Luc BROUSSY, Président du think tank Matières grises

M. Robin TROUTOT, Consultant chez Matières grises

M. Thomas FANFELLE, Consultant chez Matières grises

9.19. Mutualité française

M. Éric CHENUT, Président

M. Yannick LUCAS, Directeur des affaires publiques

Annexe II

M. Jean-Philippe DIGUET, Directeur de l'assurance

M^{me} Marie-Laure ISSANCHOU, Directrice Santé

M^{me} Guénaëlle HAUMESSER, Directrice adjointe de l'offre de soins, de l'autonomie et des parcours

9.20. Nexem

M^{me} Stéphane RACZ, Directeur général

M^{me} Marie ABOUSSA, Directrice du Pôle Offre sociale et médico-sociale

9.21. Organisme commun des institutions de rente et de prévoyance (OCIRP)

M^{me} Marie-Anne MONTCHAMP, Directrice générale

9.22. Syndicat national des établissements, résidences et services d'aide à domicile privés pour personnes âgées (Synerpa)

M. Jean-Christophe AMARANTINIS, Président

M^{me} Diane-Sophie LAROCHE, Conseillère affaires publiques

M. Justin de BAILLIENCOURT, Directeur des opérations

9.23. Union nationale des centres communaux d'action sociale (Unccas)

M^{me} Isabel MADRID, Vice-présidente et administratrice de l'Unccas

M^{me} Elodie BACOU, Conseillère technique Grand âge auprès de la délégation générale de l'Unccas

9.24. Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (Uniopss)

M. Daniel GOLDBERG, Président

M. Jérôme VOITURIER, Directeur général

M^{me} Christine LAURENT, Conseillère technique Autonomie

M. Etienne PETITMENGIN, Représentant de l'Uniopss au bureau de la CNSA

10. Entreprises

10.1. Axa

M. Didier WECKNER, Conseiller stratégie Santé AXA groupe et Président en alternance d'Agirc-Arrco.

10.2. Mon Senior

M. Alexandre NICOLET, Président

M^{me} Léa JOUANNIN, Conseil de MonSenior

11. Autres personnes qualifiées

M. Jean-Hervé LORENZI, Titulaire de la Chaire TDTE

M. Alain VILLEMEUR, Directeur scientifique de la Chaire TDTE

M. Dominique THIERRY, président Adelis

M. Philippe KOURILSKY, Président honoraire de Resolis

M^{me} Nathalie YVES, Directrice du Comptoir de l'Hirondelle

M^{me} Christine CAILLET, Cadre de santé à la Résidence de la Cité Verte

M^{me} Isabelle LAUDIER, Responsable Institut pour la Recherche, Groupe Caisse des Dépôts

M^{me} Brigitte DE MARIA, Première vice-présidente, chargée du Développement et de la Vie associative de l'association Horizons solidaires/Refuge des cheminots

M^{me} Brigitte LECORNU, Directrice du Refuge du Cheminot Bagnoles de l'Orne

M^{me} Corinne ANTOINE-GUILLAUME, Directrice de l'EHPAD Kersalic, Guingamp

M. Mikael QUELEN, Responsable hébergement et vie sociale de l'EHPAD Kersalic, Guingamp

M^{me} Emilie BOUCHETEIL, Directrice des publics et de l'engagement de la fondation Art Explora

M. Josèphe NICAISE, Président du CCAS de Clermont et de l'UDCCAS 63

M. Vincent CHALLET, Chargé de mission à l'UDCCAS 63

M. Jean Pierre DUBOST, Vice-Président du CIAS Thiers Dore et Montagne

M. Philippe BERGE, Directeur des politiques gérontologiques, CCAS de Clermont-Ferrand

M^{me} Myriam FRAISSE, Directrice du CIAS Thiers Dore Montagne

M^{me} Brigitte THOMAS, Directrice de l'EHPAD de Pontgibaud

Annexe II

M. François BLANCHON, Maire de Charensat et Président du CCAS de Charensat

M^{me} Evelyne MOUILLET, Directrice EHPAD de Charensat

M^{me} Sonia MORAL, Directrice de l'EHPAD de Romagnat

M. Valéry BUISSON, Directeur des EHPAD d'Aulnat et Cébazat

M. Camille GABRILLARGUES, Adjoint à Lempdes, Vice-président CCAS

M^{me} Emmanuelle BROSSE, Directrice CIAS Riom Limagne Volcans

M^{me} Christelle AUBERT, Directrice EHPAD Beauregard Léveque

M. Martial FRICK Directeur EHPAD de Cournon

ANNEXE III

**Les dispositifs visant à limiter le coût
d'hébergement des personnes âgées
dépendantes en établissement**

SOMMAIRE

<u>1.</u>	<u>LES PRESTATIONS SOCIALES ET LES AVANTAGES -FISCAUX VISANT A LIMITER LE COUT D'HEBERGEMENT POUR LES PERSONNES AGEES DEPENDANTES EN ETABLISSEMENT</u>	5
1.1.	<u>Les prestations sociales</u>	5
1.1.1.	<u>L'allocation personnalisée d'autonomie en établissement</u>	5
1.1.2.	<u>L'aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées en EHPAD, USLD et résidence autonomie</u>	7
1.1.3.	<u>Cette exonération concerne à la fois la prise en charge directe à titre de pensions alimentaires des dépenses d'hospitalisation ou d'hébergement en établissement (1) des ascendants privés de ressources suffisantes aidés par leurs enfants ou petits-enfants (2) des enfants majeurs infirmes dénués de ressources aidés par leurs parents. Elle représente au total 16 M€ en 2022</u> <u>Les aides au logement</u>	11
1.1.4.	<u>Le chèque énergie</u>	12
1.2.	<u>La réduction d'impôt pour dépenses de dépendance en hébergement</u>	13
1.2.1.	<u>Conditions d'attribution</u>	13
1.2.2.	<u>Détermination du niveau de l'aide</u>	14
1.2.3.	<u>Montants et bénéficiaires</u>	14
<u>2.</u>	<u>LES AUTRES REVENUS QUI CONTRIBUENT AU SOUTIEN A L'HEBERGEMENT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES EN ETABLISSEMENT</u>	15
2.1.	<u>Les revenus de la personne âgée</u>	15
2.2.	<u>Les autres aides que peuvent toucher les personnes âgées et qui contribuent au financement du séjour en EHPAD</u>	15
2.2.1.	<u>L'allocation de solidarité aux personnes âgées</u>	15
2.2.2.	<u>La prestation de compensation du handicap</u>	16
2.2.3.	<u>L'allocation aux adultes handicapés</u>	17
2.2.4.	<u>L'abattement spécial accordé aux personnes âgées et aux invalides</u>	17

INTRODUCTION

L'hébergement en établissement des personnes âgées dépendantes donne lieu à différents coûts liés aux soins dont elles bénéficient, aux prestations qui correspondent à leur niveau de dépendance et à leurs frais d'hébergement (cf. encadré n°1).

Pour faire face à ces dépenses, les personnes âgées dépendantes bénéficient de différents dispositifs de soutien qui portent directement sur leurs frais de dépendance et d'hébergement en établissement (1). D'autres revenus et dispositifs, qui ne sont pas directement liés à leur situation de perte d'autonomie, participent aussi à financer leur prise en charge en établissement (2).

Encadré n°1 : Les trois sections tarifaires en EHPAD¹

La prise en charge d'une personne âgée en établissement repose sur trois volets distincts :

- La section soins correspond aux soins médicaux et paramédicaux dont bénéficie le résident ; elle est financée à 100% par l'Assurance maladie via la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;
- La section dépendance regroupe le coût des prestations d'aide et de surveillance qui sont nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie et qui ne sont pas liées aux soins. Le président du conseil départemental arrête la tarification journalière de ces dépenses. Elles dépendent, pour chaque personne, de son degré d'autonomie (6 Groupes Iso Ressources, GIR au sein de la grille AGGIR²), déterminé par l'équipe médico-sociale à la suite d'un processus d'évaluation. La section dépendance est prise en charge principalement par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) par le conseil départemental, par un concours de la CNSA et par le résident qui s'acquitte d'un solde, appelé le « talon » dépendance ;
- La section hébergement englobe les prestations d'administration générale, d'hôtellerie, de restauration, de blanchissage et de vie sociale, non liées à la situation de dépendance ; elle est principalement supportée par le résident, qui peut bénéficier d'aides (cf. *infra*).

¹ Article R314-158 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

² La grille nationale Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources (AGGIR, article R232-3 du CASF) mesure le degré de perte d'autonomie d'une personne âgée et permet de classer le demandeur dans un groupe iso-ressources, du GIR 1 (perte d'autonomie la plus lourde) au GIR 6 (perte d'autonomie la plus légère).

1. Les prestations sociales et les avantages fiscaux visant à limiter le coût d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes en établissement

1.1. Les prestations sociales

1.1.1. L'allocation personnalisée d'autonomie en établissement

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)³, créée par la loi du 20 juillet 2001⁴, a vocation à couvrir les charges résultant « *du manque ou de la perte d'autonomie liés à l'état physique ou mental* »⁵ d'une personne. L'APA concerne les personnes âgées en perte d'autonomie qui vivent à domicile ou en hébergement.

L'APA en établissement⁶ – situation de 41% des bénéficiaires de l'APA en 2020⁷ - couvre une partie du tarif dépendance en maison de retraite, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou unité de soins de longue durée (USLD), laissant à la charge du résident un « **talon** » d'environ **170 € par mois**.

1.1.1.1. Conditions d'attribution

Pour bénéficier de l'APA en établissement, le résident doit remplir les conditions suivantes⁸ :

- ◆ être âgé de 60 ans ou plus ;
- ◆ vivre en France de façon stable et régulière (de manière ininterrompue depuis plus de trois mois) ou disposer d'un titre de séjour en cours de validité ;
- ◆ vivre dans un établissement d'accueil situé en France qui héberge au moins 25 personnes âgées dépendantes ;
- ◆ être en situation de perte d'autonomie correspondant aux GIR 1 à 4.

Prestation à vocation large, l'APA n'est pas cumulable avec les aides suivantes destinées aux personnes âgées :

- ◆ l'allocation simple d'aide sociale ;

³ Articles L232-1 à L232-28 et R232-1 à R232-61 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

⁴ Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 sur la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées.

⁵ Article L232-1 du CASF.

⁶ L'APA à domicile permet la prise en charge pour une personne âgée dépendante des dépenses de toute nature relevant d'un plan d'aide personnalisé élaboré par une équipe médico-sociale selon les besoins de la personne, au-dessus de tarifs planchers et dans la limite de plafonds fixés nationalement.

⁷ DREES, enquête Aide sociale 2020, cf. *infra*.

⁸ Les conditions d'âge et de perte d'autonomie sont les mêmes pour l'APA à domicile. En revanche, le bénéficiaire de l'APA à domicile doit résider de façon stable et régulière à son domicile, au domicile d'un proche qui l'héberge, chez un accueillant familial ou dans une résidence autonomie.

- ◆ les aides des caisses de retraite ;
- ◆ les aides à domicile ;
- ◆ la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ;
- ◆ la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP) ;
- ◆ ni la prestation de compensation du handicap (PCH).

L'APA ne donne lieu ni à obligation alimentaire ni à récupération sur succession (cf. *infra* sur l'aide sociale à l'hébergement).

1.1.1.2. Détermination du niveau de l'aide

L'APA est versée par le conseil départemental et financée à hauteur de 37% par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Le montant reçu par le bénéficiaire de l'APA en établissement dépend :

- ◆ des ressources du résident ;
- ◆ du montant du tarif dépendance correspondant à son GIR.

Pour les personnes bénéficiaires ayant des **revenus inférieurs à 2,21 fois le montant de la majoration pour tierce personne (MTP), à savoir 2 635,56 € mensuels en 2023⁹**, l'APA couvre la différence entre le tarif dépendance correspondant à leur GIR et le tarif dépendance GIR 5-6. En principe, l'APA varie avec le revenu mais, dans les faits, les conseils départementaux fixent généralement le talon dépendance comme un forfait égal au coût de la section dépendance pour les GIR 5-6¹⁰.

1.1.1.3. Montants et bénéficiaires

Le nombre de bénéficiaires de l'APA s'élevait à 536 247 en établissements sur 1,32 M de bénéficiaires de l'APA au total en 2020, soit 41% des bénéficiaires de l'APA. L'APA en établissement représentait 2,5 Md€ sur les 6,3 Md€ d'APA versés annuellement¹¹.

Le bénéficiaire de l'APA recevait, en 2020, **en moyenne 384 € par mois en établissement contre 396 € à domicile¹².**

⁹ « Aide à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ? », Les Dossiers de la DREES n° 99, juillet 2022.

¹⁰ A domicile, le montant de l'APA correspond à la fraction du plan d'aide qui est utilisée par le bénéficiaire, de laquelle est soustraite une somme qui dépend des revenus du bénéficiaire et du montant du plan d'aide. L'APA perçue ne peut dépasser un montant mensuel maximum, qui dépend du GIR et de la présence éventuelle d'un proche aidant. Une majoration du montant mensuel maximum est prévue si le proche aidant a besoin de répit (540,23€ par an) ou est hospitalisé (1 073,30€ par hospitalisation).

¹¹ DREES, enquête Aide sociale.

¹² DREES, enquête Aide sociale

1.1.2. L'aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées en EHPAD, USLD et résidence autonomie

L'aide sociale à l'hébergement (ASH) pour les personnes âgées est régie par le code de l'action sociale et des familles (CASF)¹³. Elle prend en charge la différence entre le montant de la facture d'hébergement en établissement (EHPAD, USLD, résidence autonomie) et les ressources du résident. Elle est récupérable et constitue donc une avance versée par le conseil départemental à l'établissement. L'ancien président du Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age, Monsieur Bertrand Fragonard, la qualifie ainsi de « prêt à taux zéro ».

1.1.2.1. Conditions d'attribution

Pour bénéficier de l'ASH, le résident doit remplir plusieurs conditions :

- ◆ être âgé de 65 ans ou plus (60 ans ou plus en cas d'inaptitude au travail) ;
- ◆ vivre en France de façon stable et régulière (de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois) ou disposer d'un titre de séjour en cours de validité ;
- ◆ disposer de ressources insuffisantes pour payer les frais d'hébergement appliqués dans les établissements (sont pris en compte tous les revenus du demandeur et de son conjoint) ;
- ◆ vivre dans un établissement habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale¹⁴, à moins qu'il occupe depuis plus de cinq ans une place non habilitée et que ses revenus ne lui permettent plus d'assurer son entretien¹⁵.

1.1.2.2. Détermination du niveau de l'aide

L'ASH est versée par le conseil départemental selon des règles variables. La loi fixe les grands principes de l'ASH et confie aux conseils départementaux la détermination de leurs conditions d'application. Il n'existe pas de barème national, même indicatif. Des disparités existent donc entre départements.

L'ASH a un caractère subsidiaire : elle intervient en complément de l'ensemble des ressources de la personne (aides incluses) pour couvrir tout ou partie des frais d'hébergement voire prendre en charge le « talon GIR 5-6 » du tarif de dépendance.

¹³ Articles L132-1 à L132-12 et R231-6 du CASF.

¹⁴ L'article L313-6 du CASF prévoit qu'en principe, une place autorisée est habilitée à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale. Par exception, l'article L313-8 dispose que l'autorisation et l'habilitation peuvent être refusées « lorsque les coûts de fonctionnement sont manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec ceux des établissements fournissant des services analogues » ou lorsqu'ils sont susceptibles d'entraîner des charges injustifiées ou excessives pour les budgets des collectivités territoriales, le budget de l'État ou des organismes de sécurité sociale.

¹⁵ Article L231-5 du CASF.

Annexe III

En 2018, 86% des conseils départementaux prennent toujours en charge le talon dépendance, 6% parfois et 8% jamais¹⁶. 86% des départements prennent toujours en charge les frais de tutelle, 75% les frais de mutuelle et 41% les frais d'assurance.

Sont prises en compte dans l'analyse des conseils départementaux les ressources :

- ◆ non seulement celles de la personne âgée, y compris l'aide au logement, les revenus du patrimoine et les revenus non imposables, à l'exception de la retraite du combattant et des pensions attachées aux distinctions honorifiques ;
- ◆ mais aussi celles de la personne avec laquelle le résident vit en couple ;
- ◆ et celles des obligés alimentaires.

90% des ressources du bénéficiaire sont mobilisées pour couvrir les dépenses engagées. Il ne peut donc conserver que 10% de ses ressources, sans que le montant mensuel ainsi laissé au bénéficiaire puisse être inférieur à 1 % du montant annuel de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, soit environ 115 € par mois en 2023.

Par ailleurs, le conjoint qui reste à domicile conserve un « **reste-à-vivre** » minimal mensuel équivalent - dans la plupart des départements - à l'allocation de solidarité aux personnes âgées, soit **961,08 € par mois en 2023**.

La contribution dite alimentaire est évaluée par le conseil départemental selon les revenus du demandeur et de son conjoint et les capacités des obligés alimentaires (cf. encadrés n°2 et 3). Le conseil départemental définit à qui s'applique l'obligation alimentaire (enfants, petits-enfants, gendres ou belles-filles). **Le concours des obligés alimentaires varie selon les départements. En 2018, il est estimé que tous les conseils départementaux l'appliquent aux enfants, 92% aux gendres et belles-filles et 32% aux petits-enfants¹⁷.**

L'ASH peut donner lieu à récupération. Le recours en récupération peut intervenir¹⁸ :

- ◆ contre le bénéficiaire revenu à meilleure fortune ;
- ◆ sur la succession du bénéficiaire , qui intervient suite à son décès ;
- ◆ contre le donataire, lorsque la donation est intervenue dans les dix années précédant la demande d'aide sociale ou *a posteriori* ;
- ◆ contre le légataire ;
- ◆ à titre subsidiaire, contre le bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie souscrit par le bénéficiaire de l'aide sociale, à concurrence de la fraction des primes versées après l'âge de soixante-dix ans¹⁹.

¹⁶ DREES, L'aide et l'action sociale en France, édition 2022.

¹⁷ DREES, L'aide et l'action sociale en France, édition 2022.

¹⁸ Article L132-8 du CASF.

¹⁹ Quand la récupération concerne plusieurs bénéficiaires, celle-ci s'effectue au prorata des sommes versées à chacun de ceux-ci.

1.1.2.3. Montants et bénéficiaires

Le nombre de bénéficiaires de l'ASH au titre de l'hébergement en établissement s'élevait à 116 460 en 2020²⁰. En 2019, la répartition des bénéficiaires de l'ASH s'établissait comme suit : 98 900 en EHPAD, 7 100 en USLD, 7 000 en résidence autonomie et 2 400 en maison de retraite hors EHPAD. L'ASH est également versée à 2 200 personnes âgées accueillies chez des particuliers.

Les bénéficiaires de l'ASH occupaient 15% des places d'hébergement en établissements pour personnes âgées, soit 22% des 519 000 places habilitées à l'aide sociale en 2020²¹.

Les dépenses annuelles d'ASH en établissement s'élevaient à 1,28 Md€ en 2020²². Le montant net moyen d'ASH est de 900 € par mois et par bénéficiaire.

Il est estimé que le taux de recours à l'ASH ne s'élève qu'à 20% des résidents en EHPAD, alors que 75 % d'entre eux ne disposent pas des ressources courantes permettant de couvrir le tarif hébergement²³.

Encadré n°2 : Obligation alimentaire et recours sur succession, contreparties de l'ASH

L'aide sociale à l'hébergement est subsidiaire et donc assortie de contreparties.

(1) L'obligation alimentaire

* Dispositions générales

L'obligation alimentaire est instituée par les articles 205 à 211 du code civil. En vertu de l'article 205, « Les enfants doivent des aliments à leurs père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin ». L'article 206 ajoute que « les gendres et belles filles doivent également, et dans les mêmes circonstances, des aliments à leur beau-père et belle-mère, mais cette obligation cesse lorsque celui des époux qui produisait l'affinité et les enfants issus de son union avec l'autre époux sont décédés ». Des exonérations sont prévues par l'article 207 du code civil, sous le contrôle du juge. Ainsi, « quand le créancier aura lui-même manqué gravement à ses obligations envers le débiteur, le juge pourra décharger celui-ci de tout ou partie de la dette alimentaire ». De plus, « en cas de condamnation du créancier pour un crime commis sur la personne du débiteur ou l'un de ses ascendants, descendants, frères ou sœurs, le débiteur est déchargé de son obligation alimentaire à l'égard du créancier, sauf décision contraire du juge ». Ces obligations alimentaires sont réciproques (article 207). L'article 208 détermine les conditions de fixation de la pension alimentaire, qui n'est accordée « que dans la proportion du besoin de celui qui [la] réclame, et de la fortune de celui qui [la] doit ». Par ailleurs, l'article prévoit que « le juge peut, même d'office, assortir la pension alimentaire d'une clause de variation ». Une décharge ou une réduction de l'obligation alimentaire peut intervenir si celui qui la fournit ne peut plus l'assurer ou si celui qui la reçoit n'en a plus le besoin (article 209).

²⁰ DREES, enquête Aide sociale.

²¹ DREES, enquête Aide sociale DREES, Panorama statistique Jeunesse - Sports - Cohésion sociale 2021 pour le nombre total de places installées au 31 décembre 2020 ; et DREES, enquête EHPA 2019 pour le nombre de places habilitées à l'aide sociale au 31 décembre 2019.

²² DREES, enquête Aide sociale. Les dépenses sont des dépenses brutes après récupérations auprès des bénéficiaires, des obligés alimentaires et sur succession.

²³ D. Libault, *Grand âge, le temps d'agir*, rapport issu de la concertation nationale grand âge et autonomie, mars 2019.

*** L'obligation alimentaire dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement (ASH)**

Dans le respect des dispositions précitées du code civil, la contribution dite alimentaire est évaluée par le conseil départemental selon les revenus du demandeur et de son conjoint et les capacités des obligés alimentaires. Le conseil départemental définit à qui s'applique l'obligation alimentaire (enfants, petits-enfants, gendres ou belles-filles). Les « aliments » englobent en pratique l'habillement, le logement, le chauffage les soins médicaux et médico-sociaux. Le département avise les personnes tenues à l'obligation alimentaire « *qu'elles sont tenues conjointement au remboursement de la somme non prise en charge par le service d'aide sociale et non couverte par la participation financière du bénéficiaire* » (article R132-9 du CASF). La proposition de contribution du conseil départemental n'a pas de caractère exécutoire. Seul le juge judiciaire a cette compétence et fixe à défaut d'entente entre les obligés alimentaires ou avec l'intéressé le montant des obligations alimentaires (article R132-9 du CASF). Le juge judiciaire peut également être saisi pour le rejet de la demande d'aliments ou pour une limitation de l'obligation alimentaire à un montant inférieur à celui défini par le département (article L132-6 du CASF).

(2) La récupération sur succession

Au décès du bénéficiaire de l'ASH, le département peut récupérer sur la succession du bénéficiaire les sommes versées au titre de l'ASH²⁴. Le recouvrement sur la succession s'exerce sur l'actif net successoral, qui correspond à la valeur de l'ensemble des biens diminuée du passif de succession, c'est-à-dire les dettes du défunt, frais funéraires et dettes attachées aux biens composant la succession. Les sommes dépensées par l'héritier pour améliorer un immeuble indivis peuvent aussi être déduites²⁵. Ce recouvrement ne peut s'exercer qu'au-delà d'un seuil de 46 000 €, sur les dépenses supérieures à 760 € et pour la part excédant ce montant²⁶. La récupération sur succession résulte de la circonstance que la valeur du patrimoine du bénéficiaire n'est pas prise en compte pour déterminer la contribution du bénéficiaire aux frais d'hébergement avant son décès.

Encadré n°3 : La déduction de la pension alimentaire versée aux ascendants des revenus imposables de l'obligé alimentaire

Le contribuable peut déduire de son revenu imposable la pension alimentaire qu'il verse à un parent ascendant sous certaines conditions :

- (*) la pension est versée au titre de l'obligation alimentaire ;
- (*) la contribution se limite aux besoins essentiels de la vie courante du parent (santé, logement, nourriture) ;
- (*) la contribution est proportionnée aux ressources de la personne qui la verse en tenant compte de ses charges.

Le montant de la déduction n'est pas plafonné, mais les versements et la réalité des dépenses supportées doivent être justifiés.

²⁴ Article L132-8 du CASF.

²⁵ Conseil d'État, 11 juin 2007, n°277305.

²⁶ Article R132-12 du CASF.

Le bénéficiaire de la pension alimentaire doit déclarer dans ses revenus imposables le montant de la pension, qui est ainsi considérée comme une ressource de l'ascendant, afin que l'obligé alimentaire puisse le déduire de ses propres revenus. Toutefois, si l'ascendant dispose de ressources « très faibles »²⁷, telle que l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa)²⁸ notamment, qui correspond pour l'année 2023 à 11 583,02 € par an, soit 961,08 € par mois pour une personne seule et 17 905,06 € par an, soit 1 492 € par mois pour un couple marié ou pacsé²⁹, il n'a pas à déclarer la somme versée directement à l'établissement pour payer ses frais de séjour³⁰.

Cette exonération concerne à la fois la prise en charge directe à titre de pensions alimentaires des dépenses d'hospitalisation ou d'hébergement en établissement (1) des ascendants privés de ressources suffisantes aidés par leurs enfants ou petits-enfants (2) des enfants majeurs infirmes dénués de ressources aidés par leurs parents. Elle représente au total 16 M€ en 2022³¹.

1.1.3. Les aides au logement

Pour réduire son coût d'hébergement en établissement, une personne âgée qui réside en EHPAD, USLD ou en résidence autonomie peut bénéficier d'une aide au logement prévue par le code de la sécurité sociale et le code de la construction et de l'habitation³².

Le bénéficiaire peut recevoir soit l'aide personnalisée au logement (APL) si l'établissement est conventionné³³ soit l'allocation de logement sociale (ALS) dans le cas contraire.

1.1.3.1. Conditions d'attribution

Le résident doit résider régulièrement sur le territoire français et son hébergement constituer sa résidence principale (occupée au moins huit mois par an).

²⁷ Réponse ministérielle n° 38788 de M. Pierre CARDO, JO, AN du 26août 1996.

²⁸ <https://www.impots.gouv.fr>.

²⁹ Circulaire Cnav 2023-3 du 9 janvier 2023.

³⁰ Bulletin officiel des finances publiques – impôts (BOFIP) BOI-RSA-PENS-10-30 §90.

³¹ Annexe au projet de loi de finances pour 2023, Evaluation des voies et moyens – Tome II Les dépenses fiscales.

³² Code de la construction et de l'habitation, Livre VIII : aides personnelles au logement.

³³ Plus de la moitié des EHPAD selon l'enquête EHPA 2019 de la DREES. En 2019, 5 812 des 10 525 établissements déclarent être conventionnés.

1.1.3.2. Détermination du niveau de l'aide

Le montant reçu dépend :

- ♦ des ressources du résident, sans que soit prise en compte la valeur de son patrimoine ; cette dérogation est prévue à l'article L822-5 du code de la construction et de l'habitation pour les demandeurs résidant en EHPAD ou en résidence autonomie ; seul est pris en compte le revenu imposable. Ainsi, le minimum vieillesse et l'ASH ne sont pas pris en considération ; **ce sont les résidents les plus modestes qui en bénéficient, car le plafond de ressources est de 0,95 SMIC, soit 1 170 € par mois ;**
- ♦ du coût de l'hébergement (le loyer) ;
- ♦ du lieu de l'établissement : la zone géographique entre en compte dans le calcul de l'aide au logement. A titre d'illustration, son montant maximum en zone 2³⁴ s'établit à 260 € par mois.

1.1.3.3. Montants et bénéficiaires

En 2022, 125 261 personnes âgées vivant en établissement étaient bénéficiaires d'une aide au logement³⁵. Le modèle *autonmix* de la DREES évalue la dépense de l'aide au logement en établissement à 324 M€ en 2019 pour un montant moyen de 148 € par mois par bénéficiaire³⁶.

1.1.4. Le chèque énergie

Le chèque énergie³⁷ prend en charge une partie des dépenses d'énergie incluses dans la redevance en établissement d'accueil (EHPAD, résidences autonomie, USLD).

Depuis 2021³⁸, l'ensemble des gestionnaires d'Établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), EHPAD, résidences autonomie, établissements de soins de longue durée (ESLD) et USLD ont l'obligation d'accepter les chèques énergie remis par leurs résidents.

³⁴ Arrêté du 17 mars 1978 révisé relatif au classement des communes par zones géographiques.

³⁵ Allstat FR6 au titre du mois de juin 2022. Ensemble des foyers bénéficiaires des AL vivant en foyer PA/PI, maison de retraite ou EHPAD non bénéficiaires de l'AAH et vivant seul.

³⁶ « Aide à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ? », *Les Dossiers de la DREES n° 99*, juillet 2022.

³⁷ Code de l'énergie, article L124-1 et R124-1 à R124-16.

³⁸ Loi n°2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique.

1.1.4.1. Conditions d'attribution

Le chèque énergie bénéficie aux résidents dont le revenu fiscal de référence (RFR)³⁹ par unité de consommation (UC) est inférieur à 10 800 € par an, correspondant à un RFR de 900 € par mois.

1.1.4.2. Détermination du niveau de l'aide

Le montant reçu dépend :

- ◆ de la composition du foyer fiscal par UC ;
- ◆ du RFR.

Si le rapport entre le RFR et le nombre d'UC est inférieur à 10 800 € par UC par an, le foyer peut recevoir un chèque énergie d'un montant qui varie en fonction des revenus (cf. *supra*).

1.1.4.3. Montants et bénéficiaires

En 2023, son montant varie entre 48 et 277 € par an, soit 12 à 23,08 € par mois, en fonction du RFR par UC, selon un barème fixé par arrêté ministériel⁴⁰.

1.2. La réduction d'impôt pour dépenses de dépendance en hébergement

Le code général des impôts (CGI)⁴¹ prévoit une réduction d'impôt sur le revenu de 25% des sommes réglées au titre de l'hébergement et de la dépendance par personne hébergée dans un EHPAD ou une USLD durant l'année.

1.2.1. Conditions d'attribution

Pour bénéficier de la réduction d'impôt, le résident doit remplir les conditions suivantes :

- ◆ supporter des dépenses liées à la dépendance ;
- ◆ être domicilié fiscalement en France ;

³⁹ Le revenu fiscal de référence est calculé à partir du revenu net imposable auquel sont ajoutés notamment certains revenus exonérés d'impôt, certains revenus soumis à un prélèvement libératoire (par exemple revenus des capitaux mobiliers), certains abattements déductibles, certaines charges déductibles du revenu et les plus-values immobilières taxables.

⁴⁰ Arrêté du 24 février 2021 modifiant le seuil d'éligibilité au chèque énergie et instituant un plafond aux frais de gestion pouvant être déduits de l'aide spécifique.

⁴¹ Article 199 *quindecies* du code général des impôts (CGI).

- ♦ vivre dans un établissement de soins en France⁴², ou un établissement fournissant des prestations de nature et de qualité comparables dans l'Union européenne ou dans l'Espace économique européen⁴³.

1.2.2. Détermination du niveau de l'aide

La réduction d'impôt correspond à 25% du montant des dépenses effectivement supportées par le contribuable tant au titre de la dépendance que de l'hébergement, dans la limite de l'impôt avant réduction. Ces sommes ne peuvent excéder un plafond de 10 000 € par personne hébergée. Au total, **la réduction maximale correspond donc à 208,33 € par mois**. Par construction, seules les personnes imposées peuvent en bénéficier. La réduction d'impôt ne bénéficie, par définition, qu'aux foyers qui payent effectivement l'impôt sur le revenu. Ainsi, si 424 000 foyers fiscaux ont déclaré des dépenses ouvrant droit à la réduction d'impôt « dépendance » en 2021⁴⁴, seuls 232 000 d'entre eux ont effectivement bénéficié de la réduction d'impôt.

La pension alimentaire versée par un obligé alimentaire au résident doit être déclarée dans les ressources de ce dernier afin que le contributeur puisse bénéficier de la déduction de ses revenus imposables du montant de la pension (cf. encadré 3).

Pour déterminer les dépenses effectivement supportées, sont déduites des dépenses liées à la dépendance et à l'hébergement les montants des allocations ou aides versées au titre de ces dépenses.

1.2.3. Montants et bénéficiaires

En 2021, sur les 424 000 foyers fiscaux ayant déclaré les dépenses ouvrant droit à la réduction d'impôt⁴⁵, 232 000 ménages en auraient bénéficié⁴⁶, pour une dépense totale en établissement de 271 M€ (prévisions 2022 et 2023 : 272 M€)⁴⁷. Le gain moyen par foyer bénéficiaire s'élève à 1 172€ en 2021⁴⁸. Depuis 2017, le gain par foyer bénéficiaire a diminué de 167 €.

⁴² Dans un établissement ou service mentionné au 6° du I de l'article L312-1 du CASF ou dans un établissement délivrant des soins de longue durée mentionné au dixième alinéa du 3° de l'article L6143-5 du CSP.

⁴³ Excepté le Liechtenstein.

⁴⁴ Fichier des revenus 2020, LF 2021.

⁴⁵ Fichier des revenus 2020, LF 2021.

⁴⁶ Simulation Orison. Fichier des revenus 2020, LF 2021.. Les bénéficiaires figurant au tome II des Voies et moyens (423 827) correspondent aux bénéficiaires théoriques, pris dans un sens plus large. Ils désignent tous les foyers fiscaux qui déclarent des dépenses ouvrant droit à l'avantage fiscal, qu'ils obtiennent ou non une diminution de leur cotisation.

⁴⁷ Annexe au projet de loi de finances pour 2023, Evaluation des voies et moyens – Tome II Les dépenses fiscales.

⁴⁸ Fichiers des revenus 2016 à 2020 à la 6ème émission.

2. Les autres revenus qui contribuent au soutien à l'hébergement des personnes âgées dépendantes en établissement

En dehors des aides destinées spécifiquement au financement de l'hébergement en EHPAD, les personnes âgées en perte d'autonomie s'appuient sur l'ensemble de leurs ressources pour financer leurs frais d'hébergement et de dépendance.

2.1. Les revenus de la personne âgée

Le revenu disponible brut constitue la base du financement du séjour en établissement de la personne âgée. Les aides visant à soutenir le financement du séjour en EHPAD constituent une partie de ce revenu.

Il s'agit de prendre en compte l'ensemble des revenus du ménage de la personne âgée : revenus d'activité, revenus de remplacement, revenus du patrimoine et prestations sociales, auxquelles sont soustraits les différents impôts directs, cotisations et contributions sociales.

Le revenu mensuel d'une personne âgée de plus de 75 ans en EHPAD s'élevait à 1 603 € en moyenne en 2016, déduction faite des impôts. Il est de 100 € de plus pour une personne sans conjoint vivant à domicile⁴⁹. En moyenne, les résidents en EHPAD ont un revenu moyen de 1 554 € par mois⁵⁰.

2.2. Les autres aides que peuvent toucher les personnes âgées et qui contribuent au financement du séjour en EHPAD

2.2.1. L'allocation de solidarité aux personnes âgées⁵¹

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) est une aide destinée aux personnes âgées de plus de 65 ans⁵² résidant régulièrement en France et disposant de faibles ressources. Elle est versée par les organismes en charge de la retraite de base.

Pour en bénéficier, les revenus d'une personne seule ne doivent pas dépasser 961,08€ par mois et les revenus du couple ne doivent pas dépasser 1 492,08 € brut par mois en 2023⁵³. Les revenus pris en compte sont ceux des trois mois précédant la demande ou, à défaut, si les revenus dépassent le montant admis, les revenus des douze mois la précédant.

⁴⁹ « Revenus, dépenses contraintes et patrimoine des séniors », HCFEA, 2022.

⁵⁰ Enquête EHPA 2019.

⁵¹ Article L815-1 à L816-3 et R810-1 à R816-3 du code de la sécurité sociale.

⁵² 62 ans en cas d'invalidité ou de handicap.

⁵³ Circulaire Cnav 2023-3 du 9 janvier 2023.

Le montant maximum versé est de 961,08 € par mois, soit 11 533,02 € par an pour une personne seule et de 1492,08 € par mois, soit 17 905,06 € par an pour un couple marié ou pacsé⁵⁴.

L'ASPA correspond donc à la différence entre ce montant maximum et les revenus considérés.

La récupération sur succession s'applique à l'ASPA, au-delà d'un actif net successoral de 39 000⁵⁵ (100 000 € à compter du 1^{er} septembre 2023⁵⁶).

Au 31 décembre 2022, **475 886 personnes bénéficient de l'ASPA, pour un montant moyen d'allocation de 457 € par mois**⁵⁷.

2.2.2. La prestation de compensation du handicap⁵⁸

La prestation de compensation du handicap (PCH) aide les bénéficiaires à financer certaines dépenses liées au handicap. Elle est versée par le département.

Seules sont bénéficiaires les personnes qui résident de manière stable et régulière en France et qui ont moins de 60 ans. Néanmoins, les personnes qui remplissaient les conditions d'attribution avant 60 ans peuvent en bénéficier⁵⁹.

Des conditions de perte d'autonomie quant à la réalisation d'activités limitativement énumérées⁶⁰ doivent être réunies pour bénéficier de cette aide :

- ◆ rencontrer une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité importante du quotidien ;
- ◆ ou rencontrer une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités importantes du quotidien.

Ces difficultés sont définitives ou d'une durée prévisible d'au moins un an.

La PCH n'est pas cumulable avec l'APA. Les personnes bénéficiaires de la PCH ont un « droit d'option » non définitif lorsqu'elles sont éligibles aux deux dispositifs.

Les dépenses liées au handicap sont prises en charge à hauteur de 100% si les ressources annuelles de patrimoine de la personne handicapée sont inférieures ou égales à 28 621,40 € par an ou à hauteur de 80% au-delà.

⁵⁴ Circulaire Cnav 2023-3 du 9 janvier 2023.

⁵⁵ Article D815-4 du code de la sécurité sociale (CSS).

⁵⁶ La loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 a relevé ce niveau de succession de 39 000 à 100 000 €, et revalorisé en tenant compte de l'inflation et à 150 000 € dans les départements d'outre-mer jusqu'au 31 décembre 2029.

⁵⁷ Système national statistiques prestataires (SNSP-TSTI), CNAV.

⁵⁸ Articles L245-1 à L245-14 du CASF.

⁵⁹ Peuvent également en être bénéficiaires les personnes qui exercent toujours une activité professionnelle ainsi que les personnes bénéficiant de l'allocation compensatrice pour tierce personne ou pour frais professionnel dès lors que, dans l'un ou l'autre cas, elles répondent aux critères d'attribution de la PCH.

⁶⁰ Activités énumérées dans le référentiel de l'annexe 2-5 du CASF.

Une personne âgée vivant en établissement peut percevoir la PCH. Mais son montant est adapté en fonction des charges liées au handicap en établissement, selon les catégories de dépenses : aides humaines, aides techniques, aménagement du logement, aménagement du véhicule, frais de transport, aides exceptionnelles ou spécifiques.

En 2020, **94 200 des 347 000 personnes recevant la PCH, soit 27% des bénéficiaires, avaient plus de 60 ans**⁶¹.

2.2.3. L'allocation aux adultes handicapés

L'allocation aux adultes handicapée (AAH) s'adresse aux personnes en situation de handicap vivant en France et leur assure un revenu minimal. L'allocation est attribuée par le département sous condition de ressources.

Elle est destinée aux personnes de plus de 20 ans⁶² qui ont un taux d'incapacité déterminé par la commission des droits pour l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) d'au minimum 80% et aux personnes dont le taux d'incapacité est compris entre 50% et 79% qui ont une restriction substantielle et durable d'accès à un emploi.

L'AAH continue d'être versée après le départ à la retraite uniquement si le bénéficiaire a un taux d'incapacité d'au moins 80%, en complément d'un avantage vieillesse, dès lors que le montant de cet avantage est inférieur à celui de l'AAH. Les personnes dont le taux d'incapacité est compris entre 50% et 79% cessent de la recevoir à partir de l'âge légal du départ à la retraite.

Les personnes sans ressource reçoivent le montant maximal de l'AAH qui est de 956,65 €. Les personnes recevant une pension ou une rente perçoivent la différence entre le montant de ce revenu et le montant maximal de l'AAH.

Fin 2018, 14% des 1,19 M d'allocataires de l'AAH avaient plus de 60 ans⁶³.

2.2.4. L'abattement spécial accordé aux personnes âgées et aux invalides⁶⁴

Les contribuables âgés de plus de 65 ans et les invalides de condition modeste peuvent bénéficier, pour le calcul de l'impôt, d'un abattement sur le revenu imposable.

⁶¹ DREES, enquête Aide sociale, données au 31 décembre 2020.

⁶² Ou 16 ans lorsque la personne n'est plus à la charge de ses parents pour le bénéfice des prestations familiales.

⁶³ DREES, Minima sociaux et prestations sociales, 2020.

⁶⁴ Article 157 *bis* du CGI.

Annexe III

L'abattement s'applique aux personnes âgées de plus de 65 ans au 31 décembre de l'année d'imposition et aux personnes invalides au sens de l'article 195 du CGI⁶⁵. Il ne s'applique qu'une seule fois pour les personnes remplissant les deux conditions⁶⁶.

Le montant de l'abattement dépend du revenu net global de l'ensemble du foyer fiscal⁶⁷ et il est relevé chaque année.

En 2022, il s'élève à 1 284 € si le revenu n'excède pas 15 560 € et à 1 242 € si le revenu est compris entre 15 560 € et 25 040 €⁶⁸. Cette déduction est doublée si les deux époux remplissent les conditions d'âge et sont soumis à une imposition commune. Au-delà, aucun abattement n'est accordé.

Cet abattement a bénéficié à 6,7 M de ménages pour une dépense de 328 M€ en 2021⁶⁹.

⁶⁵ c, d et d bis du 1 de l'article 195 du CGI, à savoir les contribuables titulaires soit d'une pension militaire d'invalidité pour une invalidité d'au moins 40 % ; soit d'une pension d'invalidité pour accident du travail d'au moins 40 % ; soit de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité » prévue à l'article L. 241-3 du code l'action sociale et des familles (CASF).

⁶⁶ Réponse ministérielle n° 14897 de M Souquet, JO déb. Sénat du 15 novembre 1974.

⁶⁷ CE, décision du 13 mai 1991, n°67393

⁶⁸ Décret n°2022-787 du 4 mai 2022.

⁶⁹ Annexe au projet de loi de finances pour 2023, Evaluation des voies et moyens – Tome II Les dépenses fiscales.

ANNEXE IV

Données et travaux statistiques et financiers

SYNTHESE

Cette annexe vise à présenter les différents angles d'analyse développés par la mission en mobilisant les différentes données disponibles.

Elle **souligne tout d'abord les effets puissants qu'a et que va avoir la dynamique de vieillissement de la population française**, tout particulièrement en termes de prise en charge en établissement : toutes choses égales par ailleurs, le besoin serait de plus de 200 000 personnes supplémentaires prises en charge à horizon 2070. Cette même partie souligne les **tensions et difficultés rencontrées par l'aide sociale départementale**, au sein de laquelle le secteur d'intervention au profit des personnes âgées dépendantes demeure le plus petit.

Cette annexe présente ensuite **les financements mobilisés au titre des politiques d'autonomie et de lutte contre la dépendance des personnes âgées**. Ces moyens ont **systematiquement cru au cours des dernières décennies et de manière tendancielle plus forte que les autres dépenses sociales**. La 5^{ème} branche, créée en 2021, présente **une situation relativement favorable au sein de la sécurité sociale**, en ce que son déficit annoncé est réputé être limité dans le temps et que son ampleur a été corrigée à la baisse. Au-delà, cette approche permet de comparer les efforts consacrés aux personnes âgées et aux personnes handicapées et de **souligner combien le risque autonomie est financé par des recettes assises sur les revenus d'activité**, aspect que la mission propose d'ajuster.

Par la suite, **l'annexe analyse les structures d'hébergement des personnes âgées et le profil des résidents**. Elle met en avant **combien les établissements sont les structures accueillant les personnes âgées les plus modestes, les plus dépendantes et les plus fragiles**. Prêter une attention au financement des structures et des séjours constitue donc un choix de solidarité et de redistribution. Or, actuellement, **la structure de soutiens permet certes de diminuer le reste à charge mais le taux d'effort, notamment des plus bas revenus, demeure très important**. Les soutiens épousent en outre **une courbe en « U » ou en « J » qui conduit les ménages à revenus moyens à être moins soutenus que les ménages plus aisés**. Le système actuel est donc celui de **paradoxes forts, renforcés par l'analyse de l'ASH qui, elle aussi, ne semble pas remplir l'ensemble des objectifs assignés**. Une évolution est donc souhaitable.

Annexe IV

Enfin, au risque de certains redites, **l'annexe rappelle l'impact des différenciations territoriales en termes d'offres, de coûts et de mode de prise en charge** : plus que des soutiens territorialisés, il semble y avoir de réelles différences de traitement entre citoyens présentant les mêmes caractéristiques sociales ou sanitaires, selon l'endroit dans lequel ils résident.

Cette annexe permet ainsi de fonder et documenter de nombreux éléments avancés dans le rapport : celui-ci renvoie fréquemment aux développements ci-après.

SOMMAIRE

SYNTHESE

INTRODUCTION

A.	<u>UNE ANNEXE A VISEE DESCRIPTIVE, PRESENTANT LES DONNEES NE POUVANT ETRE DECRITES DANS LE RAPPORT</u>	8
B.	<u>LES DONNEES DISPONIBLES SUR LES PERSONNES AGEES DEPENDANTES : UN CHAMP ENCORE EN CONSTRUCTION</u>	9
C.	<u>DES TRAVAUX STATISTIQUES EN PLEIN ESSOR ET A ENCOURAGER, A L'INSTAR DE LA PRISE EN COMPTE ANNONCEE DES PATRIMOINES DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES DANS LES MOIS A VENIR</u>	12
1.	<u>LE CADRE GENERAL : LE DEFI DU VIEILLISSEMENT ET LES TENSIONS EN MATIERE D'AIDE SOCIALE DEPARTEMENTALE, TOUT PARTICULIEREMENT PRESENTES EN MATIERE DE GESTION DE LA DEPENDANCE</u>	14
1.1.	<u>Le vieillissement de la population : un défi majeur et incontournable en particulier pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes</u>	14
1.1.1.	<u>Une population de plus en plus âgée, une hausse très forte des 85 ans et plus, une population largement féminisée</u>	14
1.1.2.	<u>Toutes choses égales par ailleurs, un besoin estimé à plus de 200 000 personnes supplémentaires hébergées à l'horizon 2050 avec des impacts territoriaux très variables</u>	15
1.1.3.	<u>Le vieillissement de la population pose à nouveau la question de la prise en charge des personnes âgées dépendantes alors que l'intervention publique demeure toujours plébiscitée par les Français</u>	17
1.2.	<u>Les soutiens publics aux personnes âgées sont largement portés par les départements dans un contexte de fortes tensions et de fortes diversités territoriales</u>	18
1.2.1.	<u>Les soutiens aux personnes âgées sont assurés notamment par l'aide et l'action sociales des départements</u>	18
1.2.2.	<u>Les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes sont très variables selon les départements</u>	20

<u>2. LE SOUTIEN A L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES, UNE POLITIQUE RELATIVEMENT RECENTE MAIS EN ESSOR CONSTANT</u>	22
2.1. <u>Bien que prioritaires au cours des dernières années, les moyens mobilisés au bénéfice des personnes âgées demeurent inférieurs à ceux alloués aux personnes handicapées</u>	22
2.2. <u>Une politique de soutien aux personnes âgées en essor croissant et protégeant 1,3 million de bénéficiaires</u>	23
2.3. <u>Les moyens croissants mobilisés permettent aussi des mesures de soutien au parc immobilier et aux investissements à ce titre</u>	24
<u>3. L'AUTONOMIE, DERNIERE BRANCHE CREEE AU SEIN DU REGIME GENERAL, A VU SON ROLE CONFORTE DEPUIS 2021</u>	24
3.1. <u>Des recettes et des dépenses en hausse tendancielle, un retour à l'équilibre programmé dans les prochaines années</u>	25
3.2. <u>Un poids modeste au sein de la sécurité sociale, une situation relativement plus favorable</u>	26
3.3. <u>Les comptes de la CNSA, périmètre différent de celui des LFSS, une approche plus précise et confirmant les tendances observées par ailleurs</u>	27
3.3.1. <u>Une situation globalement favorable, des financements en hausse</u>	27
3.3.2. <u>Le poids important des dépenses au profit des personnes âgées</u>	28
3.3.3. <u>Un financement reposant presque exclusivement sur la contribution sociale généralisée (CSG)</u>	28
3.3.4. <u>Un financement actuel reposant sur une très forte mise à contribution des revenus d'activité</u>	29
3.3.5. <u>Une évolution du financement pouvant passer par la CRDS</u>	30
<u>4. LES STRUCTURES D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES : UN CHAMP EN TRANSFORMATION, UN SYSTEME DE PRISE EN CHARGE DES PLUS MODESTES ET DES PLUS FRAGILES</u>	32
4.1. <u>Les structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, des évolutions sectorielles prononcées</u>	32
4.1.1. <u>Un nombre de solutions d'hébergement en hausse</u>	32
4.1.2. <u>Une tendance forte à la médicalisation des structures de prise en charge</u>	32
4.1.3. <u>Des solutions d'hébergement très largement portées par le secteur public dont le poids est cependant décroissant</u>	33
4.1.4. <u>Une dimension structurante pour les établissements : l'habilitation à l'aide sociale</u>	33
4.2. <u>Au sein des plus âgés, la population accueillie dans les structures d'hébergement est relativement plus fragile, plus âgée et plus féminine</u>	34
4.2.1. <u>Plus de 730 000 personnes accueillies, une forte prévalence de femmes âgées voire très âgées</u>	34
4.2.2. <u>Les différents types d'établissement ou la segmentation des populations accueillies</u>	36
4.2.3. <u>Des résidents en établissement plus souvent isolés et en difficulté</u>	41
4.2.4. <u>Les revenus et le diplôme : des déterminants du séjour en établissement</u>	43
4.3. <u>Le départ en hébergement, un choix qui varie selon les départements considérés</u>	49
4.4. <u>Des soutiens publics laissant un reste à charge variable</u>	50
4.4.1. <u>Une comparaison difficile des prises en charge à domicile et en établissement</u>	50
4.4.2. <u>Des coûts de séjours variables selon les structures</u>	52
4.4.3. <u>Une prise en charge publique très variable</u>	57
4.4.4. <u>Des soutiens publics variés devant être réappréciés</u>	63

Annexe IV

4.4.5.	<u>Les modalités de financement du reste à charge demeurent largement inconnues</u>	64
4.5.	<u>Une analyse indispensable et spécifique de l'aide sociale à l'hébergement (ASH)</u>	65
4.5.1.	<u>Un recours à l'ASH, source de fortes interrogations</u>	66
4.5.2.	<u>Un nombre relativement stable de bénéficiaires, des dépenses en forte hausse</u>	68
4.5.3.	<u>Un financement spécifique, une solidarité intervenant au premier chef entre personnes modestes et fragiles</u>	69
4.5.4.	<u>Un dispositif source d'une territorialisation aux impacts puissants mais inconnus donc difficiles à apprécier</u>	70
4.5.5.	<u>Les données récentes sur l'ASH confortent et enrichissent nombre de ces analyses</u>	77
5.	<u>LA COMPETENCE DES DEPARTEMENTS EN MATIERE D'ACTION SOCIALE ENGENDRE DES DISPARITES TERRITORIALES PRONONCEES</u>	81
5.1.	<u>Une offre d'hébergement en établissements pour personnes âgées en perte d'autonomie diversifiée entre les territoires</u>	82
5.1.1.	<u>Un paysage très diversifié de l'offre de places en EHPAD en fonction des départements</u>	82
5.1.2.	<u>Des tarifs variables entre départements</u>	86
5.2.	<u>Une gestion territorialisée des prestations à l'origine de disparités entre départements</u>	89
5.2.1.	<u>Des différences territoriales dans la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)</u>	89
5.2.2.	<u>Des modalités diverses de gestion de l'aide sociale à l'hébergement (ASH)</u>	91
5.3.	<u>Une hétérogénéité qui a des effets puissants</u>	93
5.3.1.	<u>Une nécessité : appréhender les dépenses de santé dans leur ensemble pour élaborer une stratégie sanitaire et médicosociale cohérente</u>	93
5.3.2.	<u>Un autre impact de la territorialisation : les tarifs</u>	95

INTRODUCTION

A. Une annexe à visée descriptive, présentant les données ne pouvant être décrites dans le rapport

Cette annexe vise à **présenter les données statistiques mobilisées** par la mission dans le cadre de ses travaux, dans une approche descriptive et semi exhaustive. En effet, les études relevant du champ de la mission sont légion

¹. Elles peuvent être publiques ou relever de la littérature grise ou administrative². Ces analyses ne sont pas toutes présentées ici, mais la présente annexe peut y faire renvoi.

Elle est **descriptive** : elle vise à présenter les données statistiques clés et mobilisables relevant du champ de la mission en embrassant de très nombreuses perspectives, allant des impacts globaux du vieillissement jusqu'à la comparaison des prises en charge entre handicap et dépendance. Elle présente également la situation financière à jour à la date de parution du rapport.

Elle recherche **une certaine exhaustivité** : elle mobilise l'ensemble des données portées à la connaissance de la mission. Ces données sont le plus souvent accessibles en ligne, en particulier sur le site de la DREES³ ou de l'évaluation des politiques de sécurité sociale⁴.

Ainsi, elle a vocation à **permettre au lecteur d'apprécier les données disponibles et l'usage que la mission a pu en faire pour guider ses travaux**, le rapport ne pouvant - par nature - présenter ce niveau de détail.

Pour autant, la production de ces nombreuses données chiffrées ne peut conduire à faire l'économie d'**une approche critique des statistiques disponibles sur le champ du grand âge et de leurs limites intrinsèques**.

¹ Par exemple, l'Institut des politiques publiques a publié récemment une étude dont le titre ne doit pas donner à penser qu'elle ne permet pas de mieux cerner les caractéristiques des personnes âgées dépendantes hébergées en EHPAD (A. Carrière, D. Roy et L. Toulemon, *Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives*, rapport IPP n°41, 16 mars 2023). Au-delà, les travaux du Conseil de l'Age au sein du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) constituent des points d'appui incontournables (voir en particulier HCFEA, *Comparaison des coûts de prise en charge d'une personne en perte d'autonomie selon le lieu de vie*, note, 16 novembre 2021 ; *Revenus, dépenses contraintes et patrimoine des seniors*, rapports adoptés le 14 avril et le 8 novembre 2022).

² La DREES a ainsi été amenée à simuler l'impact de très nombreuses mesures, cette annexe et le rapport peuvent y renvoyer. Ces travaux constituent un point d'appui dans la perspective des changements susceptibles d'être conduits. Au-delà, des travaux et rapports ont été produits par l'administration pour ses seuls besoins internes, il y est fait référence sous le label « travaux administratifs non publiés ».

³ Voir <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

⁴ Voir <https://evaluation.securite-sociale.fr/home.html>

B. Les données disponibles sur les personnes âgées dépendantes : un champ encore en construction

Dans la continuité des nombreuses recommandations formulées à ce sujet⁵, **les travaux statistiques se sont largement développés au cours des dernières années, à l'initiative en particulier de la DREES. Pour autant, ils continuent à être empreints de limites importantes.** Les données sont le plus souvent issues d'enquêtes dont les tendances sont extrapolées en population générale. Si les millésimes réguliers des **enquêtes** (encadré 1) ont permis de renforcer la maîtrise de ces données, elles présentent un degré de **fiabilité moindre que les données issues directement de systèmes de gestion** des personnes protégées qui visent à une plus grande exhaustivité. Ce système n'existe pas en ce que chaque conseil départemental a été amené à mettre en place de manière isolée son système d'information sans qu'une consolidation nationale de ces données puisse être assurée. **Les rares champs de consolidation nationale sont liés à des problématiques de gestion** : ainsi, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) mène des travaux sur ce champ ; de même la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a été amenée à récupérer des données sur les établissements (recensement et identification, tarifs et autres informations) afin de remplir sa mission légale d'information⁶. Ces approches demeurent partielles et présentent **des degrés de fiabilité et d'exhaustivité notablement moindres relativement aux autres champs des politiques sociales.**

Encadré n°1 : Les enquêtes EHPA et Care

L'enquête EHPA

L'enquête auprès des établissements pour personnes âgées (EHPA) est réalisée pour la première fois en 1985. Le questionnaire porte alors sur l'année 1984. Son objectif, défini par la Commission des statistiques « Solidarité-Santé », est alors d'apporter des informations relatives à l'activité des établissements accueillant des personnes âgées, à leur personnel et à leurs résidents. Dans les premières éditions de l'enquête, seule la partie du questionnaire recueillant des informations sur l'établissement est exhaustive. Les volets concernant les résidents ne concernent alors qu'un échantillon d'établissements (le volet est alors nommé « Enquête clientèle »).

Depuis 1996, l'enquête jusque-là réalisée tous les deux ans devient quadriennale et comporte systématiquement un volet clientèle. Au fil du temps, le questionnaire a évolué : un volet sur le bâti a notamment été ajouté en 2003, ainsi qu'un volet relatif aux pathologies et à la morbidité d'un échantillon de résidents. Ce dernier volet, demandant de grands investissements aux établissements (le volet est à compléter par le médecin traitant des résidents), n'est reconduit qu'une édition sur deux. La dernière enquête réalisée porte sur l'année 2019. La prochaine enquête sera collectée au premier semestre 2024 sur les données portant sur l'année 2023.

L'enquête EHPA, exhaustive sur son champ, est réalisée auprès des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées. La liste des établissements à enquêter est obtenue à partir du Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS).

Ce champ recouvre actuellement **quatre catégories** du secteur médico-social :

⁵ Voir par exemple, D. Libault, *Grand âge, le temps d'agir*, rapport issu de la concertation nationale grand âge et autonomie, mars 2019.

⁶ Voir <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>

(i) Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (Ehpad) (catégorie 500 du répertoire FINESS) : établissements médicalisés spécialisés dans l'accueil en chambre, signataire d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec le conseil départemental et l'ARS et dont l'activité principale est l'hébergement ;

(ii) Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées percevant des crédits de l'assurance maladie (catégorie 501 du répertoire FINESS) : structures médicalisées qui accueillent des personnes âgées dépendantes dans des proportions inférieures ou égales à 15 % de GIR 1 à 3 et 10 % de GIR 1 et 2. Ils ne signent pas de CPOM ;

(iii) Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA) ne percevant pas de crédits d'assurance maladie (catégorie 502) : structures non médicalisées spécialisées dans l'accueil en chambre ;

(iv) Les Résidences Autonomie (dénommées Logements-Foyers jusqu'en 2015) (catégorie 202 du répertoire FINESS) : proposant un accueil en logement regroupé (logement de type F1/F2 ...).

À ces quatre catégories d'établissements d'hébergement, s'ajoutent les Centres d'accueil de jour pour personnes âgées (catégorie 207 du répertoire FINESS), ainsi que les quelques établissements expérimentaux pour personnes âgées (au nombre de 48 en 2019).

Le champ comprend également des structures du secteur sanitaire : les Établissements de Soins de Longue Durée (catégorie 362) ; les hôpitaux ayant une activité de soins de longue durée.

Au total, plus de 11 000 établissements ont été enquêtés en 2019.

L'enquête Care-Institutions

L'enquête CARE-Institutions (Capacités, Aides et Ressources des seniors) a été menée fin 2016 par la DREES, avec le soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), auprès de **3 300 personnes de plus de 60 ans résidant de manière permanente en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), maisons de retraite non Ehpad et établissements de soins de longue durée (SLD). Un volet de l'enquête a aussi été mené auprès de leurs aidants informels.** L'enquête se compose, en effet, de trois volets :

(i) le volet « établissements », destiné aux établissements. Il permet de collecter des informations générales sur celui-ci. L'établissement renseigne également des données de cadrage sur le lieu de vie des seniors avant leur entrée en établissement, les allocations perçues directement ou versées à l'établissement (aide personnalisée à l'autonomie, aide sociale à l'hébergement, allocation de logement social, aide personnalisée au logement) et les montants de ces allocations ;

(ii) le volet « seniors », destiné aux personnes âgées vivant dans ces établissements. Il s'intéresse à leur état de santé, à leurs limitations fonctionnelles, aux aides techniques et aménagements intérieurs auxquels ils ont recours, aux restrictions d'activités auxquelles ils sont confrontés, à l'aide humaine qu'ils reçoivent au quotidien, aux allocations qu'ils perçoivent pour faire face à leur dépendance et aux moyens qu'ils utilisent pour financer leur hébergement en maison de retraite. Les seniors inaptes à répondre seuls sont aidés par un proxy, c'est-à-dire par une autre personne les connaissant et les aidant à répondre, voire répondant à leur place.

Les modalités de réponse proposées aux seniors au sujet des moyens qu'ils utilisent pour financer leurs dépenses liées à la perte d'autonomie (aides techniques, aménagements de la chambre, appareil auditif, aidants professionnels, frais d'accueil en institution) sont : puiser dans votre épargne ; économiser sur d'autres postes de dépenses ; vendre une partie de votre patrimoine (maison, appartement, terrain...) ; faire un emprunt auprès d'un établissement bancaire ; faire un emprunt auprès d'une personne de votre entourage ; demander à quelqu'un de votre entourage de payer à votre place une partie de ces dépenses ; aucune de ces choses (réponse unique).

(iii) le volet « aidants », destiné aux aidants informels (non professionnels) des seniors.

Source : DREES, Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi?, juillet 2022.

Ces données reposent sur des hypothèses, dont les conséquences sont parfois très lourdes, tout particulièrement pour apprécier la situation des personnes dépendantes accueillies en établissement. Par exemple, **les données disponibles sont le plus souvent reconstituées à partir des données d'enquête, projetées en**

population générale en opérant des simulations complémentaires. Le champ des personnes âgées dépendantes présente à cet égard une situation spécifique en ce que les informations sont moindres que celles disponibles sur le champ des personnes âgées prises en charge à domicile : nombre des informations pour les personnes accueillies en établissement sont partagées entre différents acteurs⁷ sans que des rapprochements soient aisés voire possibles.

Le raisonnement proposé repose ainsi la plupart du temps sur des approches conventionnelles et simplifiées qui sont produites via des dispositifs de simulation⁸.

Par exemple, de manière récurrente, faute de données disponibles, une des conventions est que toutes les personnes résidant en EHPAD font valoir -hormis pour l'aide sociale à l'hébergement le plus souvent- 100% de leurs droits à prestations. Ce point est assez contestable. Les données recueillies via l'enquête assurée par la mission (voir annexe 6) tendent à largement tempérer cette approche qui est adoptée faute de mieux. L'impact est néanmoins très fort en ce qu'il conduit par nature à sous-estimer potentiellement le reste à charge supporté par chaque résident.

De même, **le raisonnement est souvent produit de manière moyenne, ce qui dissimule logiquement des situations individuelles contrastées.** La mission a été amenée à demander à la DREES de produire des données plus fines (passage des déciles aux vingtiles). Ces travaux ont confirmé les tendances observées sur un champ plus large. Mais ces approches consolidées dissimulent des cas individuels très différents. Or, la bonne appréhension de ces situations individuelles revêt une importance clé pour quiconque entend agir sur le reste à charge.

Afin de bien mettre en garde le lecteur, **les administrations statistiques présentent de manière régulière les redressements effectués et les simplifications retenues, le plus souvent faute de mieux⁹.** Ces limites n'interdisent pas tout usage des données mais elles doivent être prises en compte par le lecteur. **Dans cette annexe, les**

⁷ Outre les conseils départementaux, les agences régionales de santé et les organismes d'assurance maladie disposent de données indispensables. Mais l'essentiel de la déperdition est lié aux informations disponibles uniquement dans les établissements, ceux-ci devant respecter les cadres et procédures de prise en charge définis département par département et parfois acteur par acteur. Pour toutes ces raisons, la consolidation des éléments apparaît des plus difficiles sinon improbables dans la situation actuelle. Une simplification et une plus grande intégration en gestion permettraient de lever nombre de ces limites. Elles ne peuvent cependant être motivées par de seules considérations de pilotage et de fiabilité statistiques.

⁸ En particulier le modèle *Autonomix* développé par la DREES, présenté de manière détaillée sur le site internet (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/le-modele-de-microsimulation-autonomix>).

⁹ La DREES présente les modes de mesure retenus dans les enquêtes auprès des établissements et départements sur son site. Une approche synthétique des limites rencontrées en établissement est par ailleurs proposée dans les publications de référence. Voir en particulier, DREES (S. Boneschi, A. Miron de L'Espinay), *Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix – Résultats 2019*, Les dossiers de la DREES, n° 99, juillet 2022.

données simulées et à la moyenne sont mises en avant comme présentant ces fragilités et les commentaires sous les tableaux et les graphes visent à permettre de mesurer les limites et éventuels « angles morts » statistiques.

C. Des travaux statistiques en plein essor et à encourager, à l'instar de la prise en compte annoncée des patrimoines des personnes âgées dépendantes dans les mois à venir

Sur plusieurs années, l'enrichissement des travaux et données statistiques et financiers est incontestable. Au demeurant, la création de la cinquième branche est un élément fort d'incitation à l'amélioration de ces informations et travaux. Le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale dédié à l'autonomie est un des nouveaux moyens de valorisation des données existantes et mobilisables¹⁰.

De même, le débat en loi de financement de la sécurité sociale permet de renforcer l'analyse financière de la prise en charge de l'autonomie.

Les perspectives de fiabilisation et d'enrichissement sont nombreuses. Une, en particulier, doit être soulignée ici. Dans un contexte de difficultés à limiter le reste à charge *via* un recours à des assurances privées ou *via* une extension de la prise en charge publique, la question de la mobilisation de toutes les facultés des personnes hébergées est posée de manière régulière. **La DREES va, dans les prochains mois, réaliser une avancée décisive en proposant une approche des patrimoines des personnes âgées dépendantes en utilisant les différentes enquêtes statistiques disponibles.** Cette amélioration permettra de mieux cerner la situation de l'ensemble des personnes âgées dépendantes et surtout de celles qui sont hébergées dans des structures dédiées.

En effet, cette dimension concerne les personnes prises en charge au titre de l'aide sociale à l'hébergement pour lesquelles les frais de séjour ont vocation à être récupérés sur leur actif successoral. Elle concerne également les autres personnes hébergées, en ce que connaître leur patrimoine permet de mesurer de manière plus fine l'effort réel qui leur est demandé et les choix et arbitrages qu'elles effectuent.

Aussi, **l'enjeu de l'amélioration de la connaissance des caractéristiques des personnes âgées dépendantes et de celles accueillies en établissement demeure-t-il central.** La relative méconnaissance statistique actuelle ne peut cependant, pour la mission, justifier à nouveau une éventuelle inaction. Bien au contraire, les données disponibles permettent le plus souvent de décrire une situation appelant logiquement une action nouvelle et résolue.

¹⁰ Voir <https://evaluation.securite-sociale.fr/home/autonomie.html>.

Annexe IV

Cette annexe insiste sur ces dimensions en présentant successivement : le cadre général du vieillissement de la population et les tensions en matière d'action sociale départementale (1) ; le développement fort et récent de la politique d'autonomie (2) ; la situation financière de la 5^{ème} branche (3) ; la nature des soutiens apportés aux personnes hébergées en établissement (4) ; enfin, l'impact des différences départementales (5).

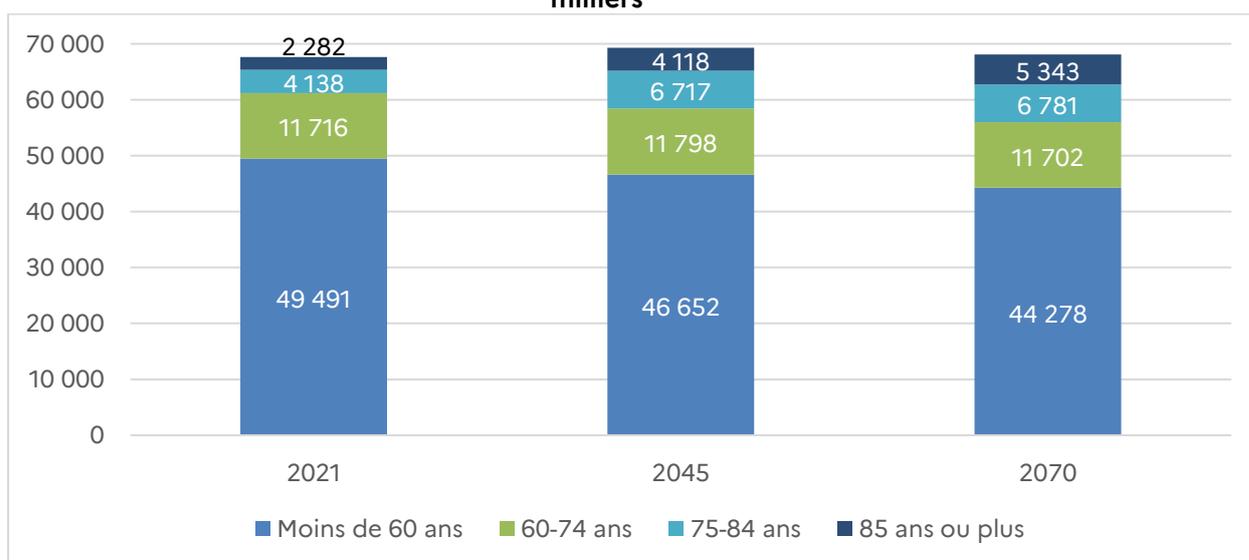
1. Le cadre général : le défi du vieillissement et les tensions en matière d'aide sociale départementale, tout particulièrement présentes en matière de gestion de la dépendance

1.1. Le vieillissement de la population : un défi majeur et incontournable en particulier pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes

1.1.1. Une population de plus en plus âgée, une hausse très forte des 85 ans et plus, une population largement féminisée

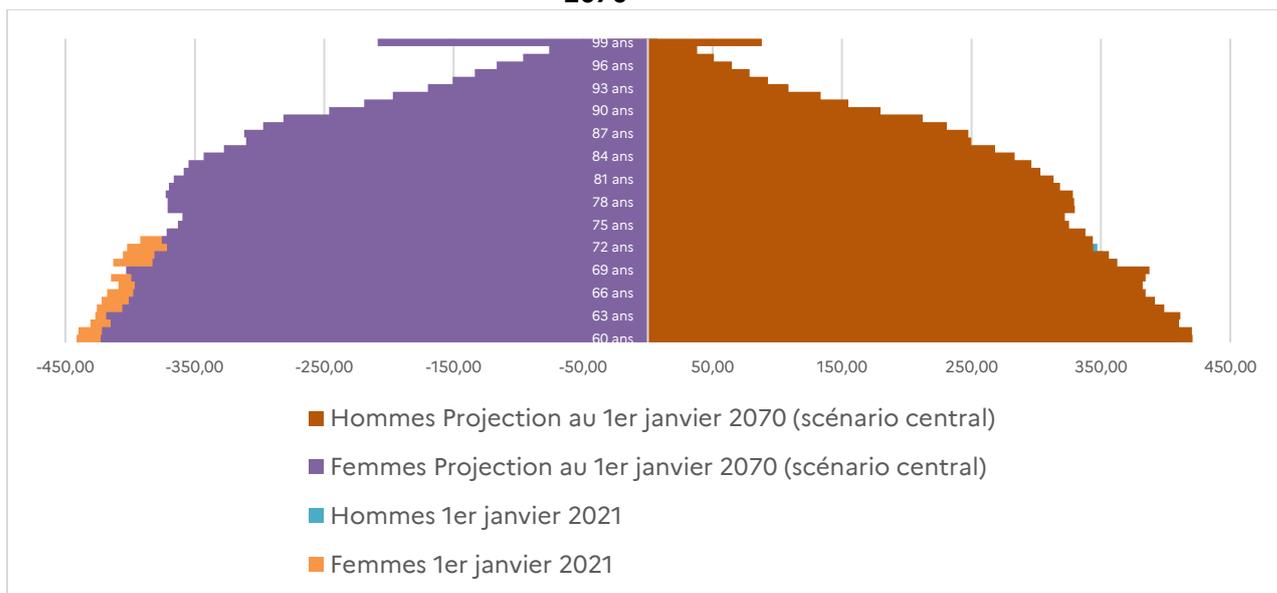
Le vieillissement de la population française est la principale évolution démographique que connaîtra notre pays dans les décennies à venir. En effet, **la population des plus de 60 ans va passer de 18M à 23M en 2045 et 24M en 2070** (graphique 1).

Graphique 1 : Répartition par âge de la population, aux 1^{er} janvier 2021, 2045 et 2070 – en milliers



Source : Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021) ; Insee, projections de population 2021-2070 (scénario central).

La hausse du poids des plus de 60 ans dans la population est avant tout portée par **une hausse très forte des personnes âgées de 75 à 84 ans et surtout, de 85 ans et plus** (cette seconde catégorie va plus que doubler entre aujourd'hui et 2070). **Cette population** de personnes âgées et très âgées **sera avant tout féminine** (graphique 2). De plus, les personnes âgées augmentent, en nombre, à tous les âges, entre 2021 et 2070, hormis pour la population des femmes entre 60 et 72 ans.

Graphique 2 : Pyramide des âges des personnes de 60 ans ou plus aux 1^{er} janvier 2019 et 2070

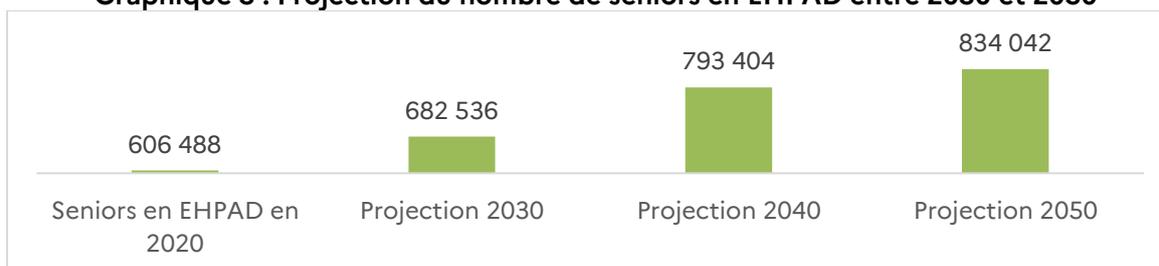
Source : DREES, L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion - Édition 2022, décembre 2022 [Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021) ; Insee, projections de population 2021-2070]. Champ : France métropolitaine et DROM.

1.1.2. Toutes choses égales par ailleurs, un besoin estimé à plus de 200 000 personnes supplémentaires hébergées à l'horizon 2050 avec des impacts territoriaux très variables

La mission n'avait pas vocation à s'intéresser aux liens entre prise en charge domicile (celle qui est plébiscitée par les personnes âgées) et en établissement. Naturellement, les actions en cours visant à centrer les solutions d'hébergement sur les personnes les plus dépendantes et les plus fragiles auront un impact sur les besoins capacitaires et les modes de prise en charge en établissement ou à domicile.

L'enjeu est en effet tout à fait central en ce que, **à comportements inchangés, les simulations conduisent à estimer le besoin au niveau national à près de 230 000 personnes prises en charge en établissement** (graphique 3). Ces tendances ne revêtent qu'un caractère indicatif mais soulignent les tensions à l'œuvre, tensions qui peuvent avoir un effet sur les tarifs pratiqués donc le reste à charge.

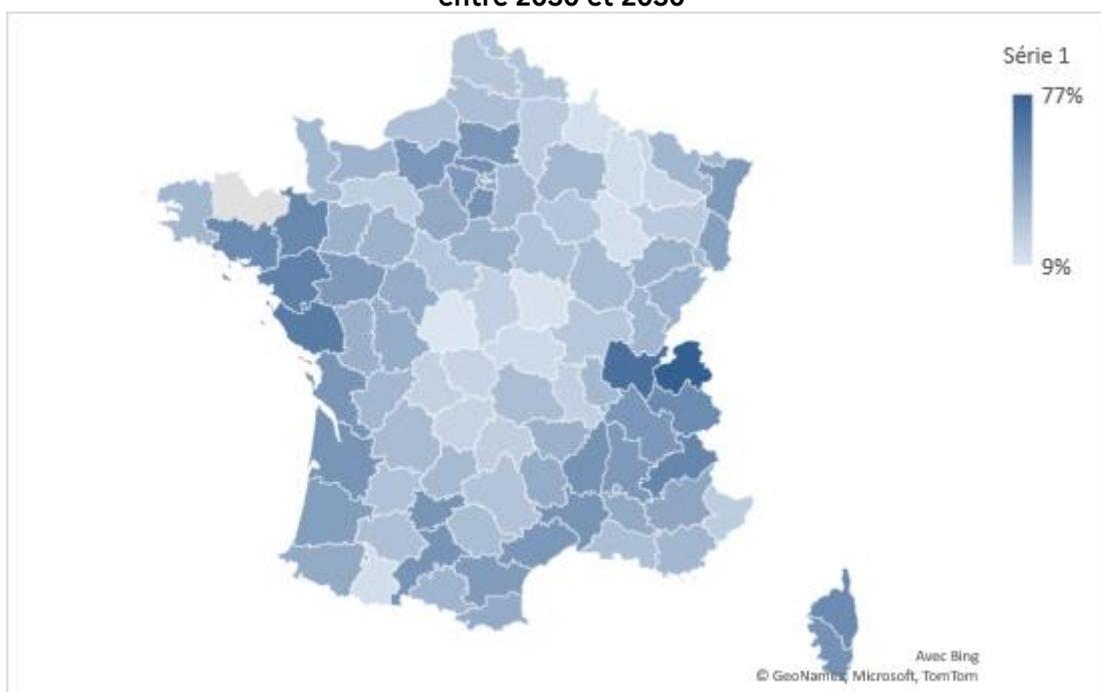
Graphique 3 : Projection du nombre de seniors en EHPAD entre 2030 et 2050



Source : Modèle Livia, données DREES, pôle data IGAS.

Globalement l'augmentation semble connaître des dynamiques départementales en apparence proches. En effet, sur l'ensemble du territoire, la hausse est de +38%. L'augmentation moyenne par département est de +36%. La médiane d'augmentation par département est de +34%. **Mais plusieurs départements connaissent des évolutions opposées** (graphique 4), entre par exemple l'Indre (+9%) et la Haute-Savoie (+77%).

Graphique 4 : Evolution par département de métropole du nombre de seniors en EHPAD entre 2030 et 2050



Source : Modèle Livia, données DREES, pôle data IGAS.

Les défis auxquels sont confrontés les départements divergent fortement (tableau 1) selon le vieillissement projeté de la population et le niveau actuel d'équipement. Ce second point doit cependant être tempéré : les projections effectuées partent de l'existant en supposant donc que l'offre actuelle de prise en charge en établissement est adaptée sur tout le territoire, approche qui est largement à corriger (voir *infra*).

Tableau 1 : 10 départements connaissant les plus fortes hausses et 10 départements connaissant les plus faibles hausses de seniors en EHPAD entre 2030 et 2050 – en %

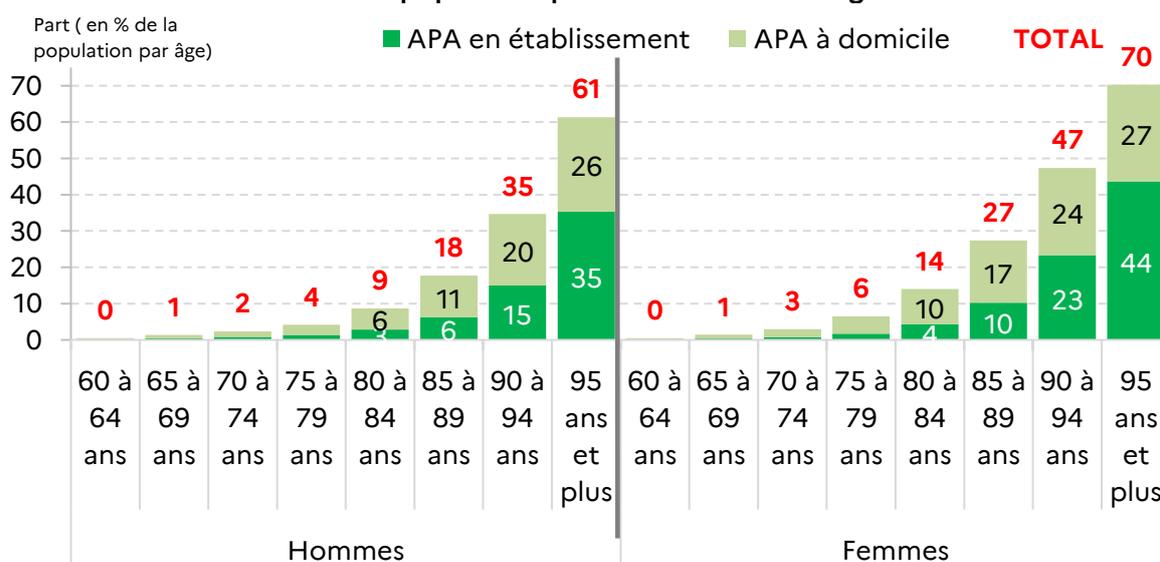
10 plus faibles hausses		10 plus fortes hausses	
Indre	9%	Savoie	55%
Nièvre	10%	Morbihan	55%
Ardennes	12%	Haute-Corse	55%
Haute-Marne	12%	Ille-et-Vilaine	56%
Hautes-Pyrénées	13%	Hautes-Alpes	57%
Meuse	14%	Loire-Atlantique	59%
Allier	15%	Vendée	62%
Meurthe-et-Moselle	17%	Seine-et-Marne	64%
Creuse	18%	Ain	69%
Corrèze	18%	Haute-Savoie	77%

Source : Modèle Livia, données DREES, pôle data IGAS.

1.1.3. Le vieillissement de la population pose à nouveau la question de la prise en charge des personnes âgées dépendantes alors que l'intervention publique demeure toujours plébiscitée par les Français

Le vieillissement de la population et en particulier de sa frange la plus âgée constitue un défi pour la prise en charge de la dépendance. En effet, **quel que soit le sexe, le niveau de couverture augmente avec l'âge, tout comme celui de prise en charge non plus à domicile mais en établissement** (graphique 5). Ainsi, **pour les 95 ans et plus**, plus de six hommes sur dix et plus de sept femmes sur dix sont bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie. Parmi les personnes prises en charge, **entre les deux tiers et les trois quarts sont hébergées en établissement**.

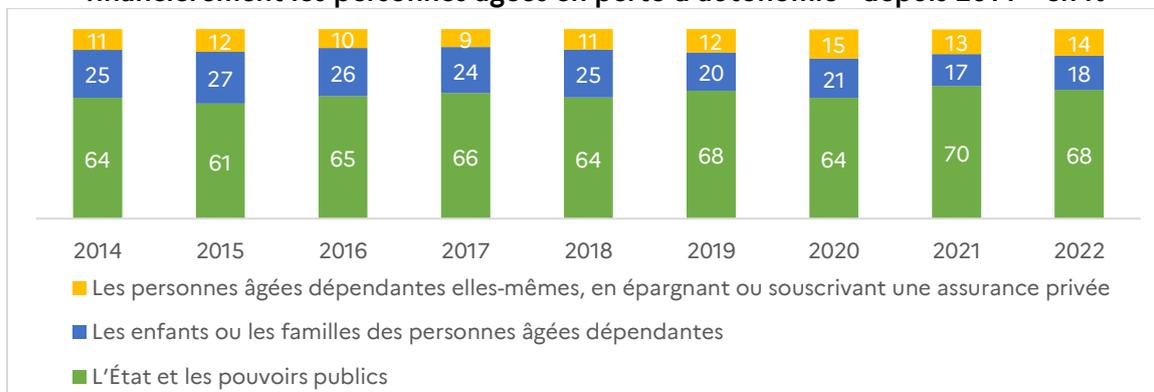
Graphique 5 : Part des bénéficiaires de l'APA payés au titre du mois de décembre 2021 dans la population par sexe et tranche d'âge



Source : DREES, enquête Aide sociale ; INSEE, Estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2022 (résultats arrêtés fin 2022).

Face à ces défis, les Français se prononcent massivement (plus des deux tiers des répondants) et de manière très régulière pour un essor de l'action publique (graphique 6).

Graphique 6 : Opinion des enquêtés quant aux acteurs devant prendre en charge financièrement les personnes âgées en perte d'autonomie - depuis 2014 – en %



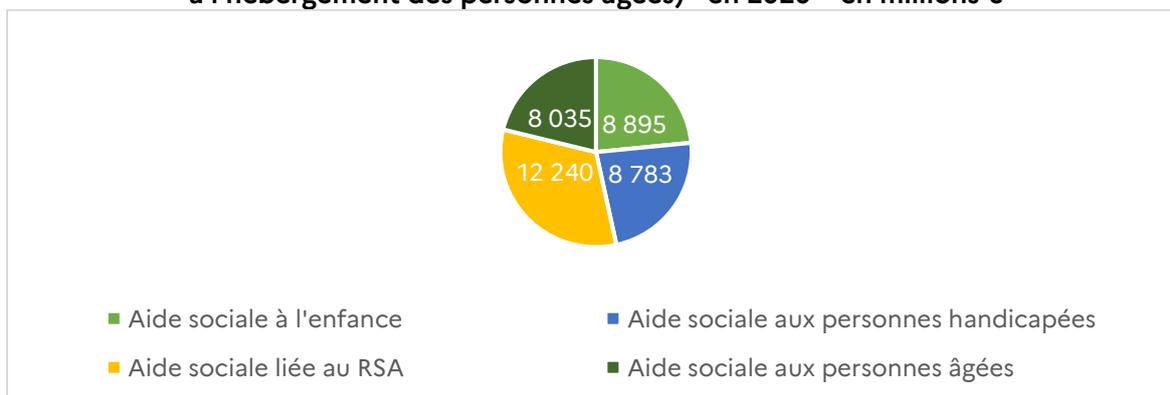
Source : DREES, Baromètre d'opinion 2014-2022. Travaux mission.

1.2. Les soutiens publics aux personnes âgées sont largement portés par les départements dans un contexte de fortes tensions et de fortes diversités territoriales

1.2.1. Les soutiens aux personnes âgées sont assurés notamment par l'aide et l'action sociales des départements

Près d'un euro sur deux de dépenses d'aide et d'action sociales des départements est consacré aux politiques d'autonomie, un petit quart des efforts financiers départementaux étant destiné à la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile ou en établissement (graphique 7).

Graphique 7 : Dépenses brutes d'aide sociale des départements (après déduction des récupérations sur bénéficiaires, tiers payants et succession dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées) - en 2020 – en millions €

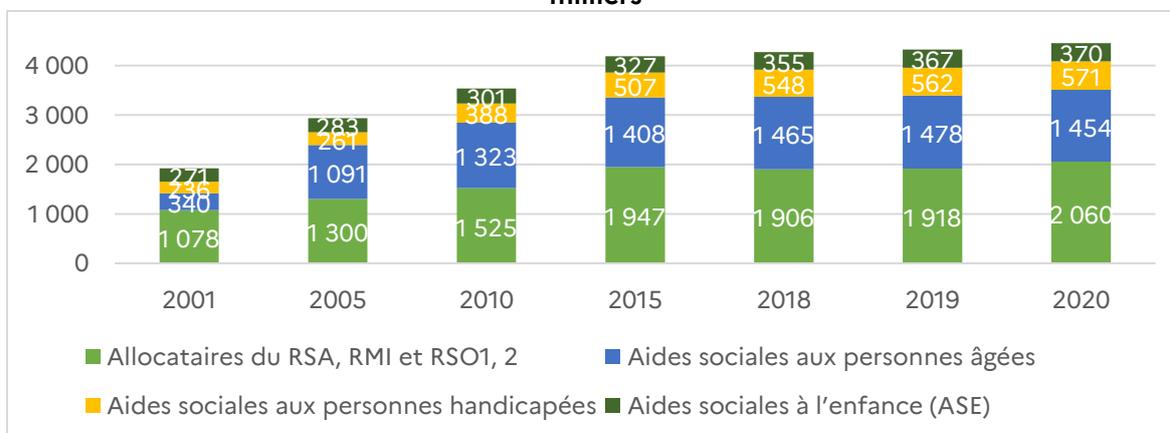


Source : DREES, enquête Aide sociale; DGFIP.

Avec les actions d'insertion, les soutiens accordés aux personnes âgées sont ceux qui ont le plus fortement augmenté au cours des deux dernières décennies. Le

nombre d'aides sociales distribuées à nos aînés a été multiplié par plus de quatre entre 2001 et 2020 (graphique 8).

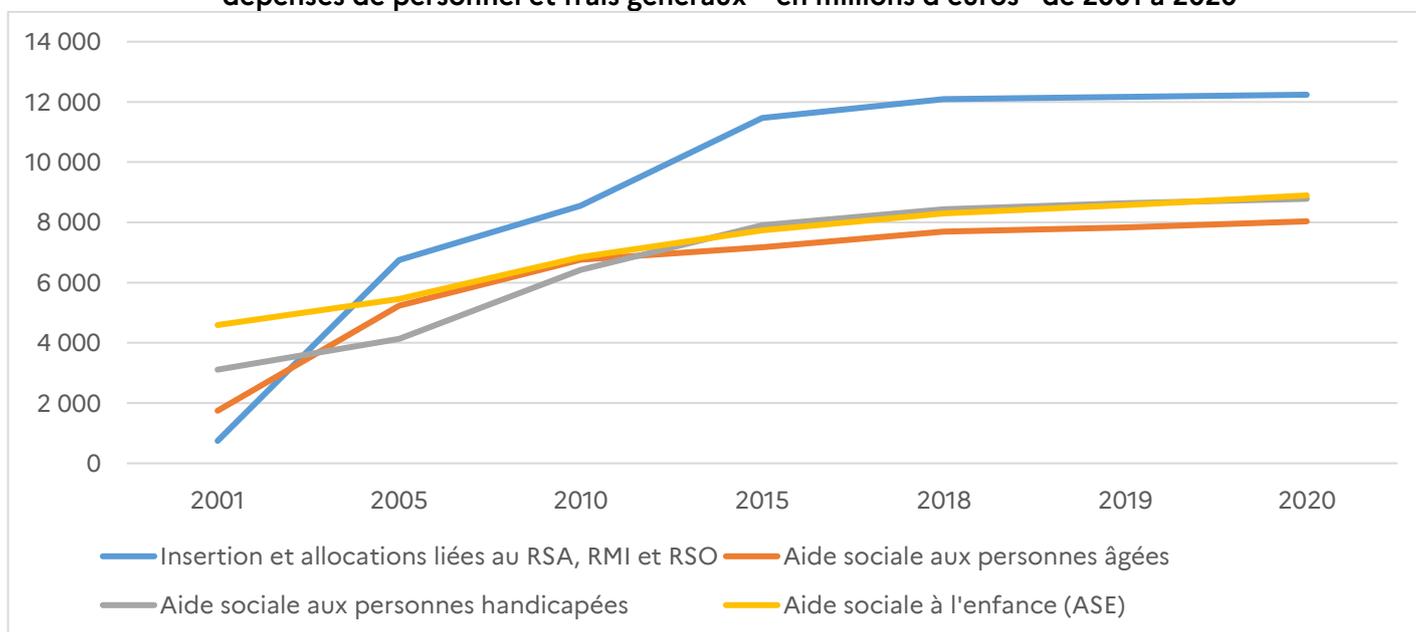
Graphique 8 : Les aides sociales départementales en décembre, de 2001 à 2020 – en milliers



Source : DREES, enquête Aide sociale ; CNAF ; CCMSA.

Mais ce nombre dissimule **un montant relativement moindre des soutiens accordés** : en montants, les dépenses mobilisées pour aider les personnes âgées ont amorcé une tendance de rattrapage par rapport aux soutiens accordés aux enfants et aux personnes handicapées (graphique 9).

Graphique 9 : Les dépenses d'aide sociale départementale – par catégories - hors dépenses de personnel et frais généraux – en millions d'euros - de 2001 à 2020

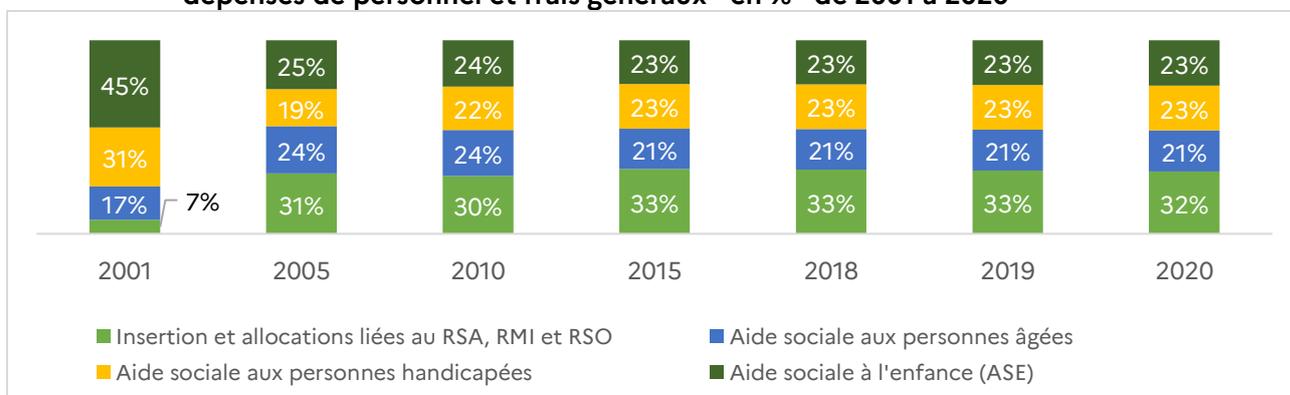


Source : DREES, enquête Aide sociale. Pour l'aide sociale aux personnes âgées, les montants sont après déduction des récupérations sur bénéficiaires, tiers payants et succession dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement.

Depuis 2015, la part des dépenses au profit des personnes âgées dépendantes est stable dans les dépenses d'aide et d'action sociales : à hauteur de 21%, il s'agit du

plus petit poste de dépense au sein des politiques sociales départementales (graphique 10).

Graphique 10 : Les dépenses d'aide sociale départementale - par catégories - hors dépenses de personnel et frais généraux - en % - de 2001 à 2020

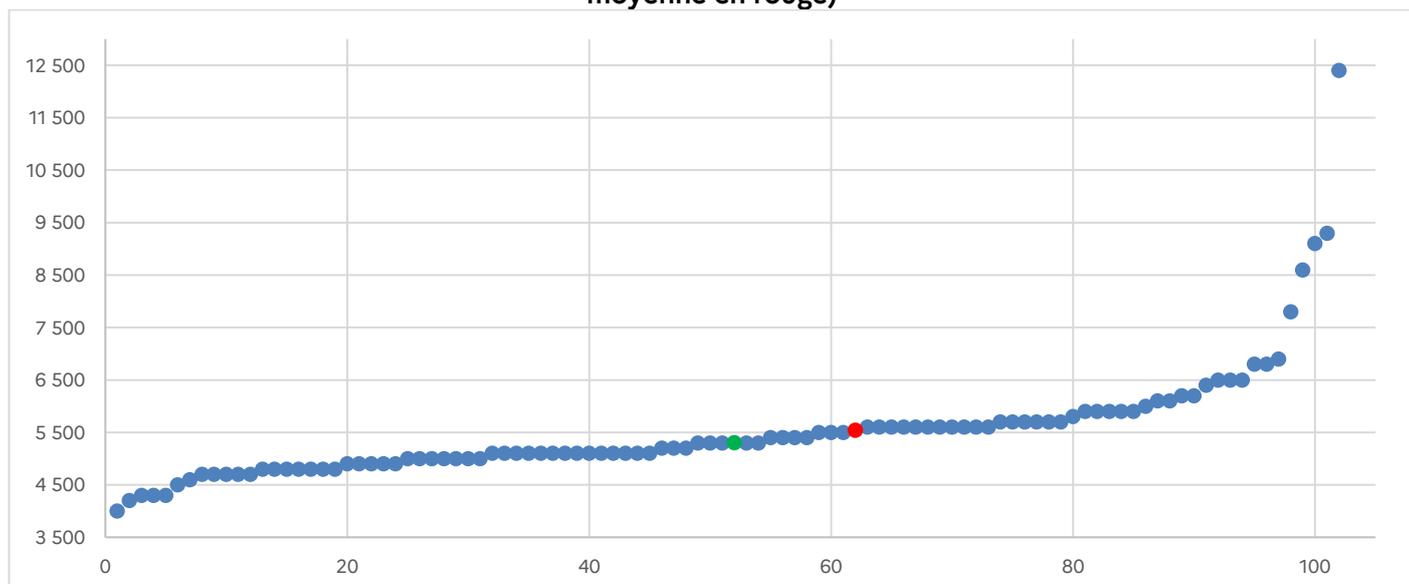


Source : DREES, enquête Aide sociale. Pour l'aide sociale aux personnes âgées, les montants sont après déduction des récupérations sur bénéficiaires, tiers payants et succession dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement.

1.2.2. Les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes sont très variables selon les départements

Les dépenses moyennes par personne âgée accompagnée varient selon les départements dans un rapport d'un à trois, voire un à quatre (un département en situation atypique), la distribution de ces montants moyens montrant les différences notables de politiques menées par chaque département (graphique 11).

Graphique 11 : Dépenses brutes moyennes par bénéficiaire d'une aide sociale aux personnes âgées, en 2020 - en euros par bénéficiaire - par département (médiane en vert, moyenne en rouge)

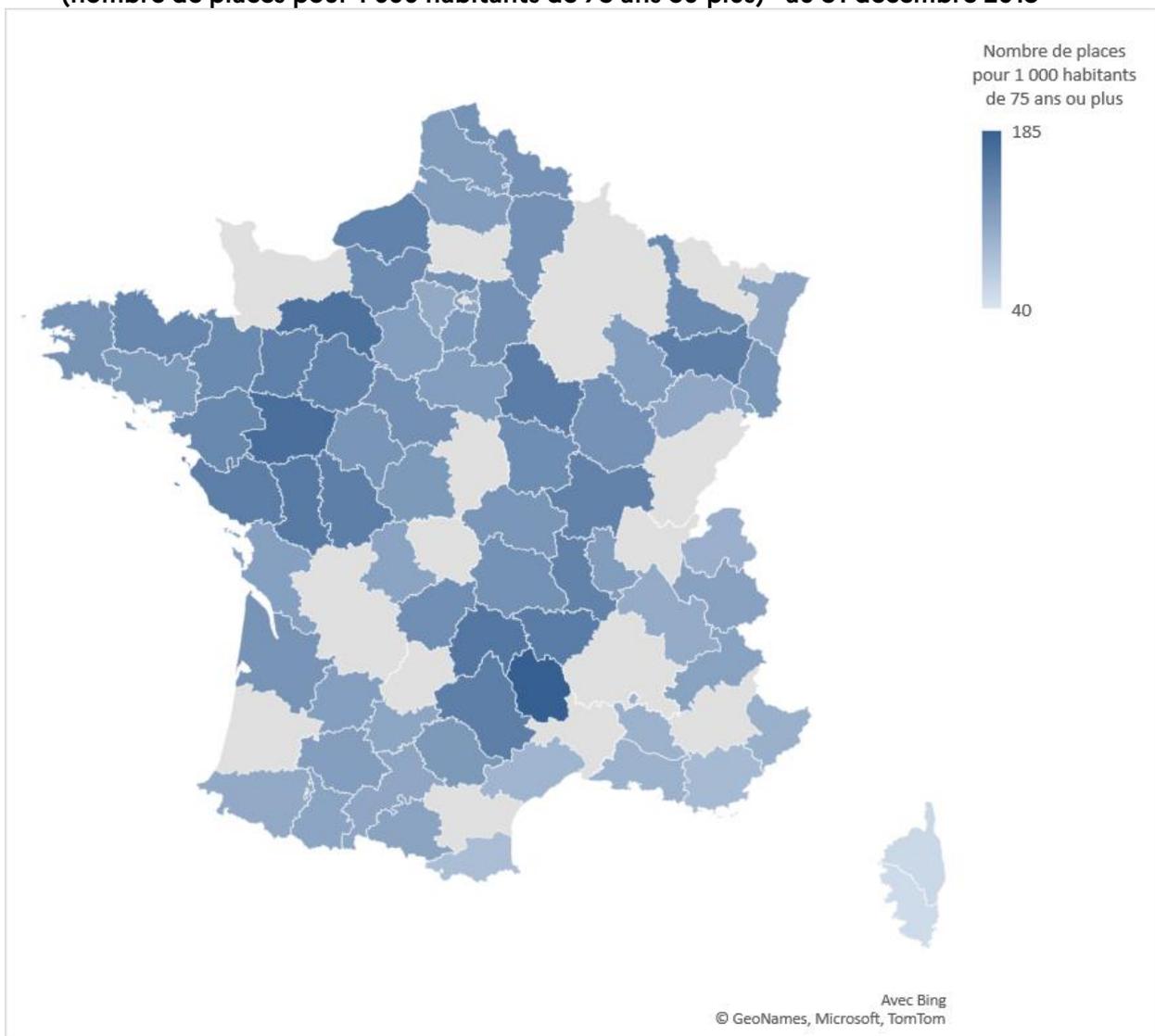


Source : DREES, L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion - Édition 2022, décembre 2022. Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Annexe IV

En ce qui concerne les établissements pour personnes âgées dépendantes, sans prendre en compte l'éventuelle prévalence territoriale des situations de dépendance, **le nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus varie dans un rapport de 1 (La Réunion) à près de 5 (Lozère)**. La disparité d'équipement en places d'hébergement entre territoires est manifeste (graphique 12).

Graphique 12 : Taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées (nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus) - au 31 décembre 2019



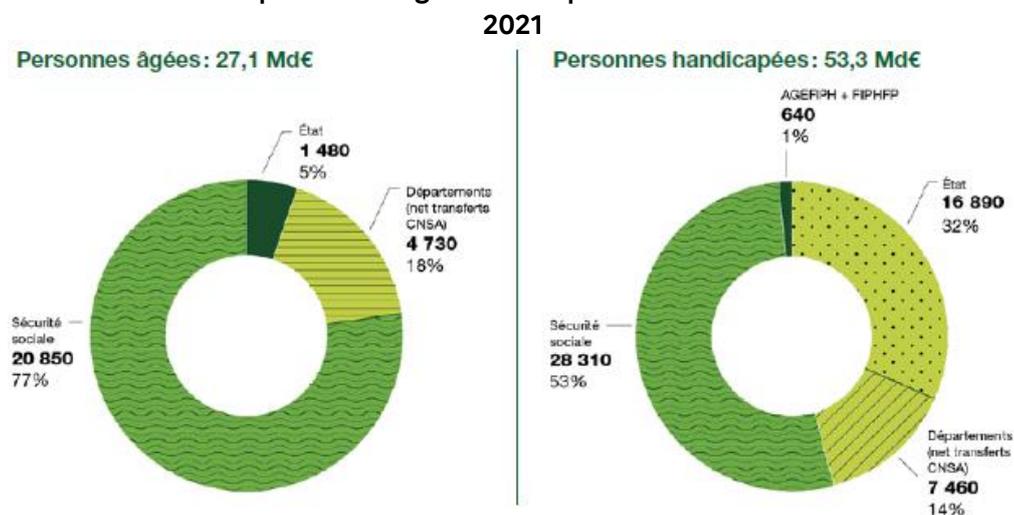
Source : DREES, L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion - Édition 2022, décembre 2022. Champ : France métropolitaine.

2. Le soutien à l'autonomie des personnes âgées, une politique relativement récente mais en essor constant

2.1. Bien que prioritaires au cours des dernières années, les moyens mobilisés au bénéfice des personnes âgées demeurent inférieurs à ceux alloués aux personnes handicapées

Les financements publics mobilisés au profit des personnes handicapées sont près de deux fois supérieurs à ceux mobilisés au bénéfice des personnes âgées dépendantes (graphique 13).

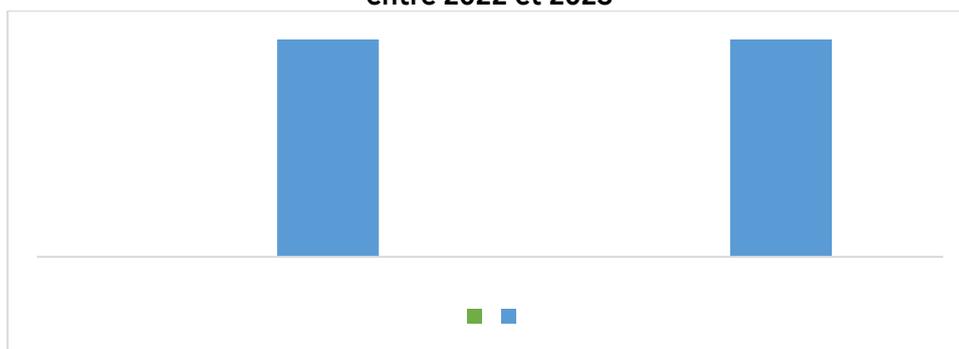
Graphique 13 : Montant total des financements publics dédiés à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap en 2021



Source : REPSS 2022 in CNSA, Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, 2023.

Pour autant, sur le seul champ relevant des dépenses d'assurance maladie, la priorité donnée à la prise en charge des personnes âgées dépendantes est clairement assumée. En effet, si la croissance est très forte sur les deux champs - et notoirement plus importante que la croissance globale de l'Ondam - sur dix ans, la priorité donnée aux personnes âgées se traduit par une hausse supérieure de quatre points (graphique 14).

Graphique 14 : Evolution comparée de l'objectif global de dépenses personnes âgées (PA) et de l'objectif global de dépenses personnes handicapées (PH) – entre 2014 et 2023 et entre 2022 et 2023

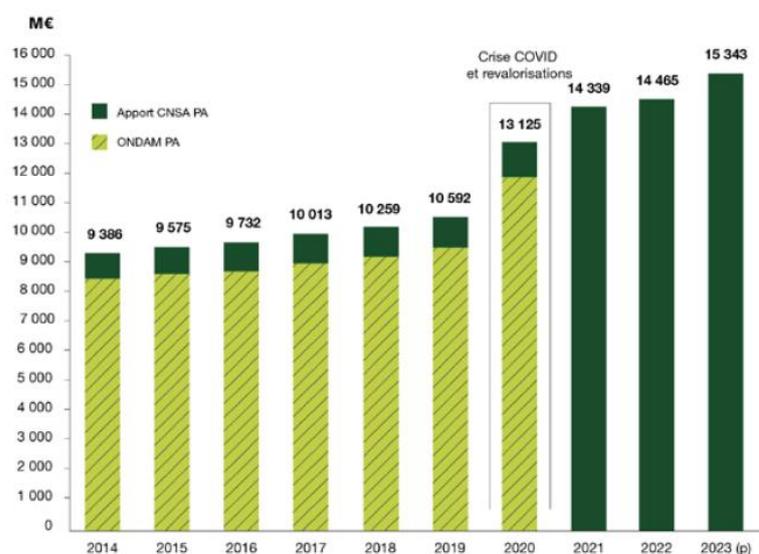


Source : Budgets CNSA in CNSA, Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, 2023.

2.2. Une politique de soutien aux personnes âgées en essor croissant et protégeant 1,3 million de bénéficiaires

Ainsi, entre 2014 et 2023, l'effort annuel au profit de la prise en charge sanitaire des personnes âgées a été augmenté de près de six milliards d'euros (graphique 15). Les revalorisations des rémunérations après la crise sanitaire du COVID-19 mobilisent cependant plus d'un tiers de ces montants supplémentaires.

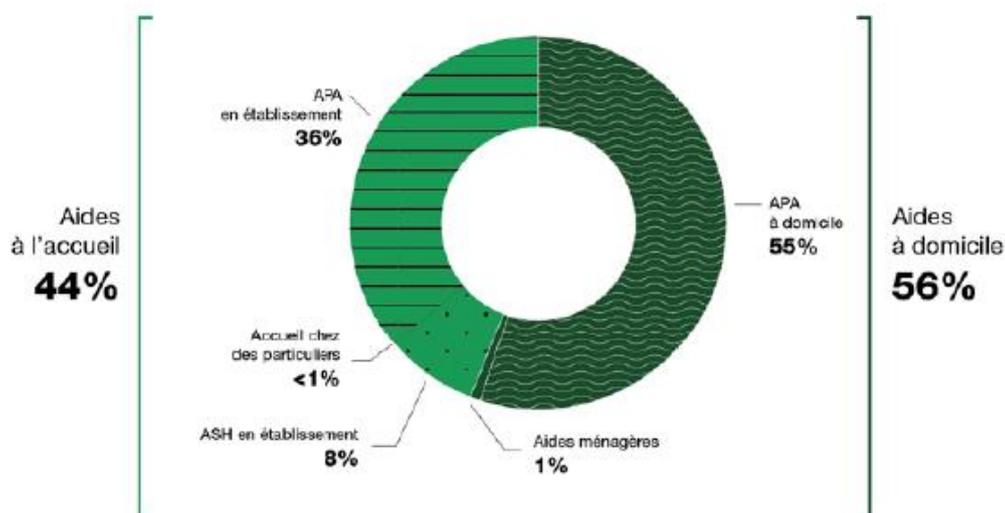
Graphique 15 : Evolution de l'objectif global des dépenses (OGD) personnes âgées (PA) entre 2014 et 2023



Source : Budgets CNSA in CNSA, Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, 2023.

L'effort demeure des plus significatifs en ce que fin 2021, on dénombre 1,3 million de bénéficiaires au titre de l'APA, dont 790 000 à domicile et 536 000 en établissement (graphique 16).

Graphique 16 : Répartition des aides sociales aux personnes âgées à domicile et en établissement au 31 décembre 2021 (en effectifs bénéficiaires)

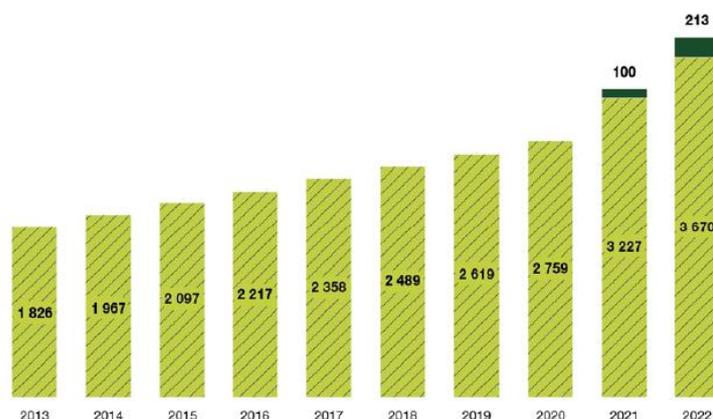


Source : DREES, enquête Aide sociale in CNSA, Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, 2023.

2.3. Les moyens croissants mobilisés permettent aussi des mesures de soutien au parc immobilier et aux investissements à ce titre

Entre 2013 et 2022, les mesures d'aide à l'investissement portées par la CNSA ont été multipliées par plus de deux, soit une **hausse du soutien public annuel à l'investissement de plus de deux milliards d'euros** (graphique 17).

Graphique 17 : Évolution de l'aide à l'investissement notifiée (en cumulé) de 2013 à 2022 (en M€)



Source : CNSA, Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, 2023.

Une priorité est donnée aux investissements dans le champ de la dépendance : l'aide à l'investissement immobilier représente, **en 2022, 4 525 projets dont 70% pour les personnes âgées** et 30% pour les personnes en situation de handicap. Les évaluations soulignent combien ces soutiens publics ont **un effet levier : 1€ d'aide de la CNSA générerait plus de 7€ de travaux**⁸⁰.

La CNSA fait ainsi état dans son rapport d'activité 2022 de plusieurs données clés. En 2022, plus de 240M€ sont mobilisés pour rénover 178 EHPAD engageant 1,8Md€ de travaux pour 13 390 places. En 2021-2022, on dénombre 437 EHPAD réhabilités (plus de 35 000 places). Depuis 2021, 522,3M€ de subventions ont été versées par la CNSA pour permettre des travaux à hauteur de 3,8Mds€ dans le champ de l'hébergement des personnes âgées.

3. L'autonomie, dernière branche créée au sein du régime général, a vu son rôle conforté depuis 2021

La branche autonomie intègre ici les dépenses en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Mais le champ embrassé par les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) n'est pas intégral ou universel : en particulier, les dépenses des départements ne sont pas retracées en LFSS⁸¹.

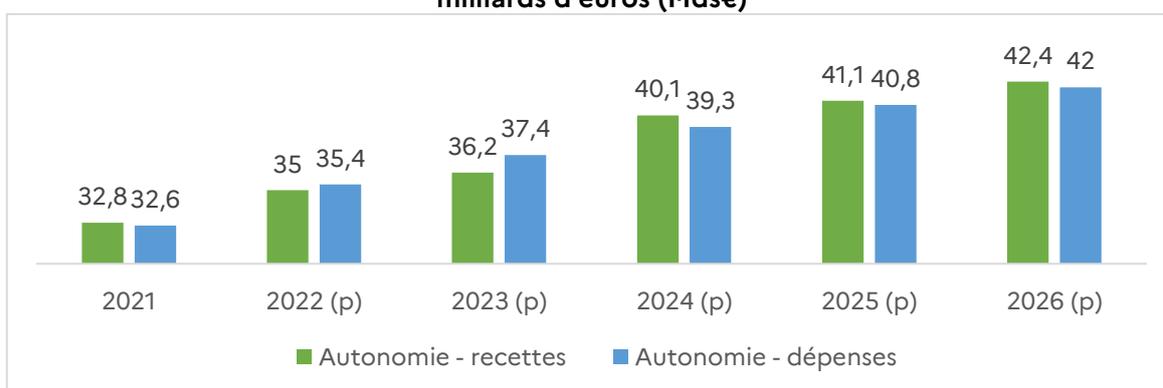
⁸⁰ Voir CNSA, Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, 2023.

⁸¹ Pour cerner le périmètre exact, voir les annexes au PLFSS et les rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale.

3.1. Des recettes et des dépenses en hausse tendancielle, un retour à l'équilibre programmé dans les prochaines années

Entre 2021 et 2026, les montants consacrés à la politique d'autonomie par la sécurité sociale devraient augmenter de 30%, soit de l'ordre de 10Mds€ (graphique 18). Cette politique est portée par l'affectation d'une part plus importante de la contribution sociale généralisée (CSG) à la branche : il a en effet été arrêté lors de la création de la 5^{ème} branche qu'une **fraction supplémentaire de 0,15% de CSG** (2,3 milliards d'euros) serait affectée à la branche autonomie de la sécurité sociale à compter de 2024.

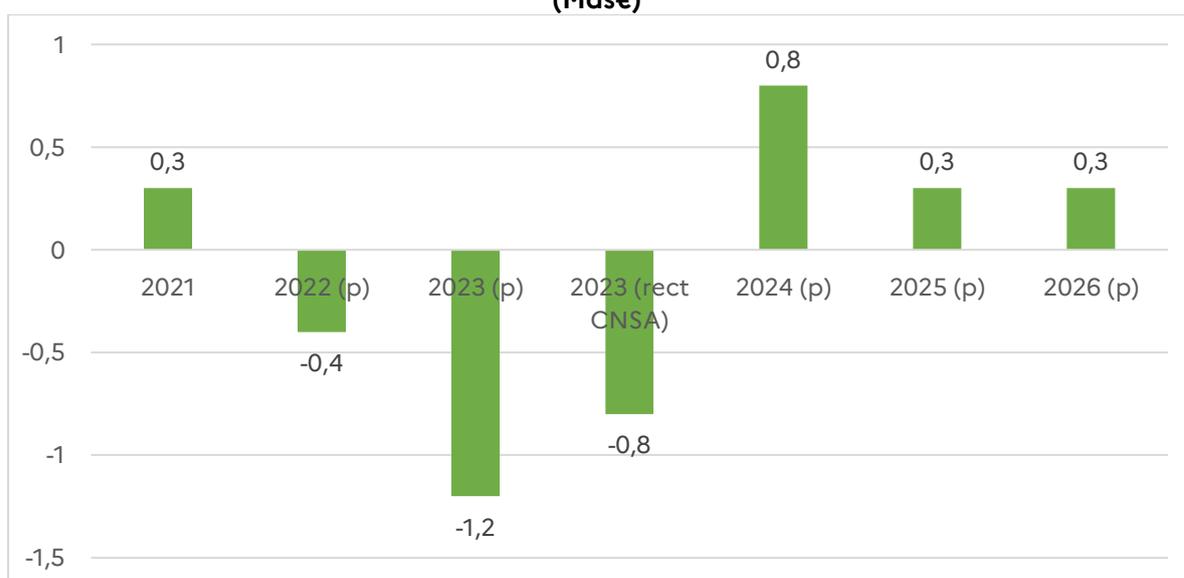
Graphique 18 : Situation financière de la branche autonomie du régime général – en milliards d'euros (Mds€)



Source : Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 (dispositions législatives et annexes). (p)= prévision.

Pour autant, la **branche autonomie présente des déficits au titre des années 2022 et 2023**. La prévision au titre de 2023 a été revue récemment par la CNSA au regard du plus fort dynamisme des recettes (graphique 19).

Graphique 19 : Solde de la branche autonomie du régime général – en milliards d'euros (Mds€)

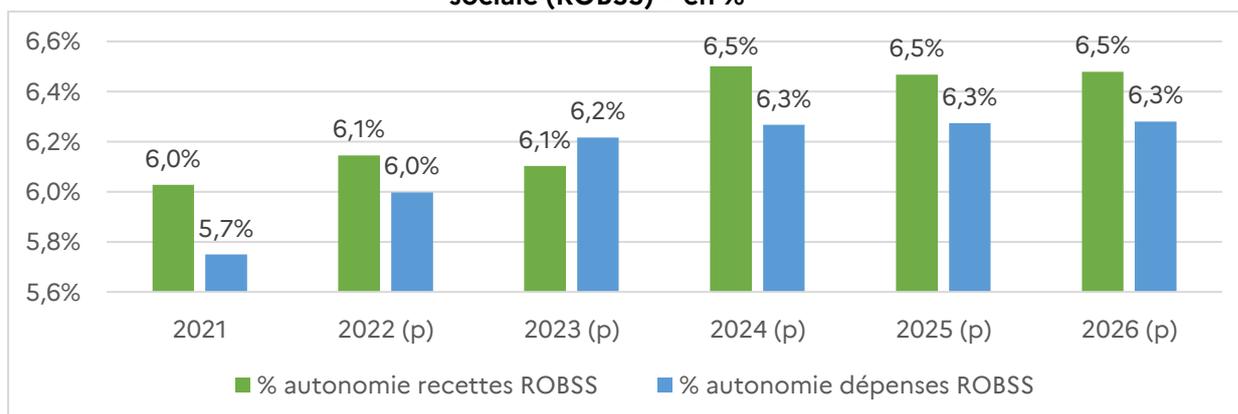


Source : Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 (dispositions législatives et annexes). (p)=prévision ; (rect CNSA)= budget rectificatif CNSA, juin 2023.

3.2. Un poids modeste au sein de la sécurité sociale, une situation relativement plus favorable

Si l'effort en faveur des politiques d'autonomie prises en charge par la sécurité sociale est indéniable, **le poids du risque autonomie au sein de la sécurité sociale demeure modéré, de l'ordre de 6%** des dépenses et des recettes (graphique 20).

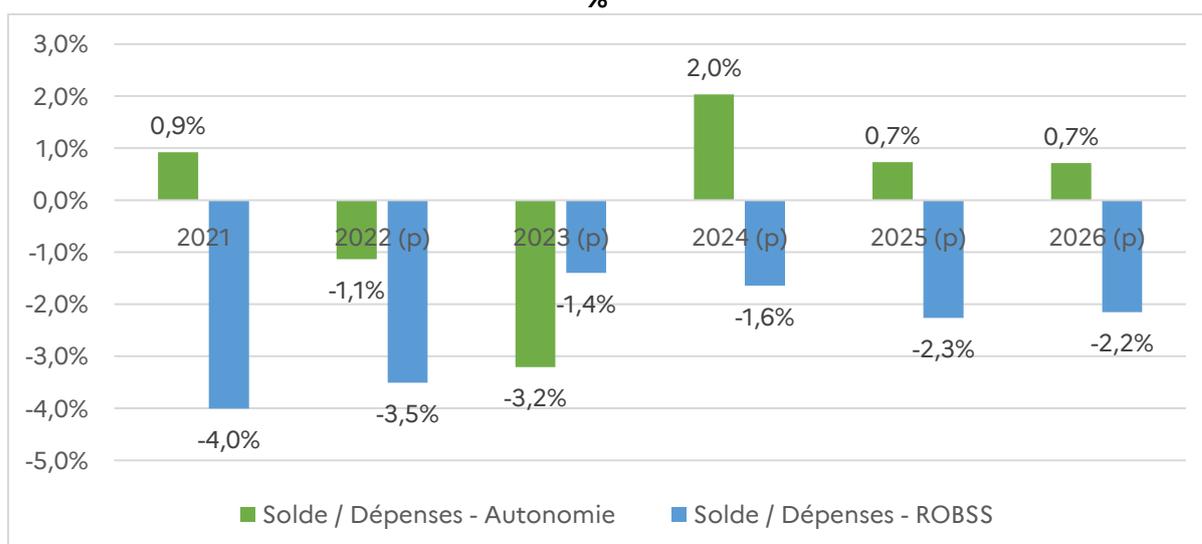
Graphique 20 : Poids des recettes et dépenses de la branche autonomie du régime général dans les recettes et dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS) – en %



Source : *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 (dispositions législatives et annexes)*. (p)= prévision.

Le financement de la branche autonomie est cependant très protégé : si elle présente des déficits sur deux années, leur importance doit largement être relativisée au regard de la situation financière d'ensemble de la sécurité sociale (graphique 21).

Graphique 21 : Rapport entre le solde et les dépenses de la branche autonomie du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS) – en %



Source : *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 (dispositions législatives et annexes)*. (p)= prévision.

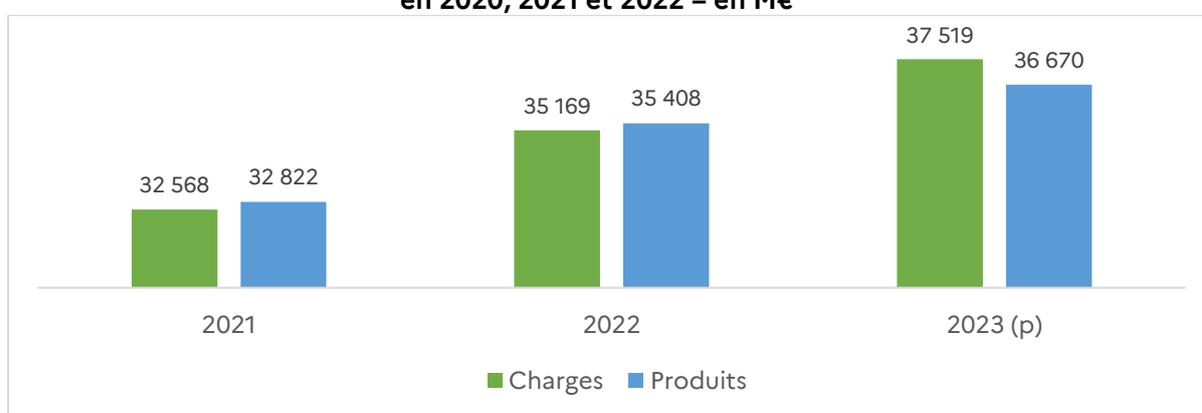
3.3. Les comptes de la CNSA, périmètre différent de celui des LFSS, une approche plus précise et confirmant les tendances observées par ailleurs

3.3.1. Une situation globalement favorable, des financements en hausse

Si les données figurant en loi de financement de la sécurité sociale sont articulées avec les données comptables produites par la CNSA, il existe des différences de périmètre. L'analyse de l'action de la CNSA permet de préciser l'importance des efforts consentis et leur impact financier plus fin.

Entre 2021 et 2023, les charges de la CNSA augmentent de près de 5Mds€ soit +15% (graphique 22).

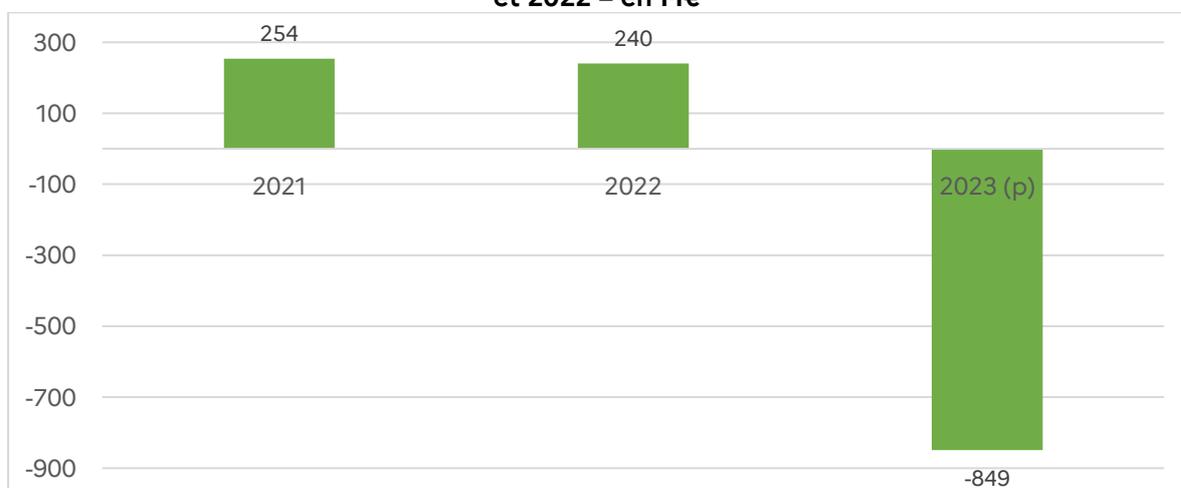
Graphique 22 : Charges et produits de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en 2020, 2021 et 2022 – en M€



Source : Rapport de la commission des comptes, mai 2023. Travaux mission. (p)= prévision.

Comme indiqué précédemment, le solde pour 2023 est déficitaire mais cela représente *a priori* une situation d'ordre ponctuel (graphique 23).

Graphique 23 : Solde de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en 2020, 2021 et 2022 – en M€

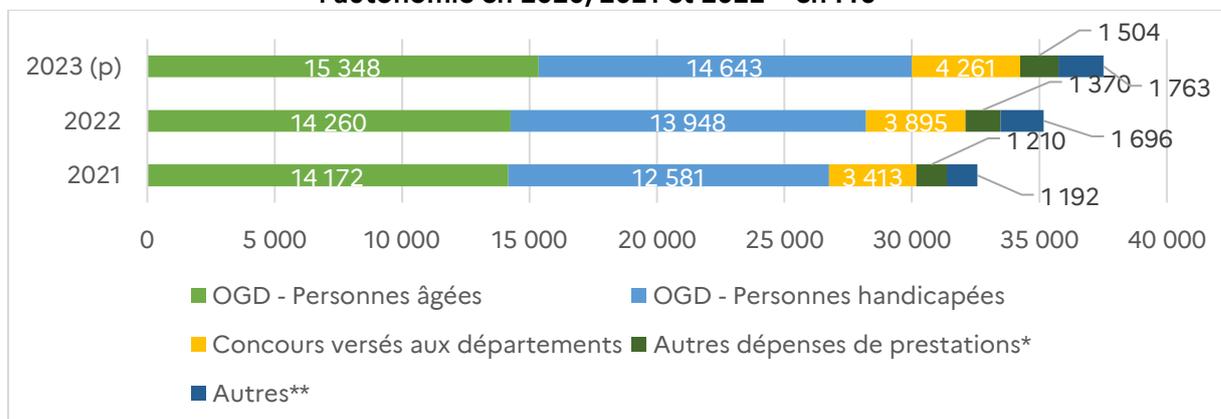


Source : Rapport de la commission des comptes, mai 2023. Travaux mission. (p)= prévision.

3.3.2. Le poids important des dépenses au profit des personnes âgées

Parmi les dépenses supportées par la CNSA, celles liées directement au **soutien des personnes âgées dépendantes** sont le premier poste, elles augmentent de plus d'1Md€ entre 2021 et 2023 soit + 8% (graphique 24).

Graphique 24 : Charges par catégories de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en 2020, 2021 et 2022 – en M€



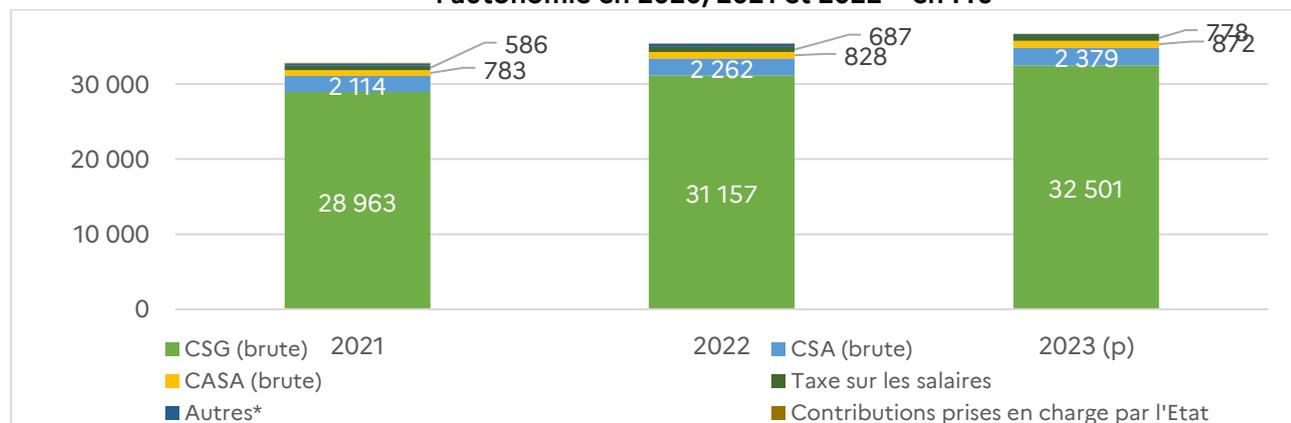
Source : Rapport de la commission des comptes, mai 2023. Travaux mission.

(p)= prévision. *= Dépenses d'AEH, d'aide aux aidants et provisions et admissions en non-valeur nettes de reprises sur prestations. **= Charges de gestion courante ; autres charges nettes ; Majorations et pénalités, charges nettes liées au non recouvrement et autres produits selon le rapport CCSS ; Transferts RG-Acoss ; Dotation ONDAM ; Dépenses AVPF ; Compensation RG Acoss.

3.3.3. Un financement reposant presque exclusivement sur la contribution sociale généralisée (CSG)

La CSG représente 90% des produits de la branche autonomie (graphique 25).

Graphique 25 : Recettes par catégorie de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en 2020, 2021 et 2022 – en M€



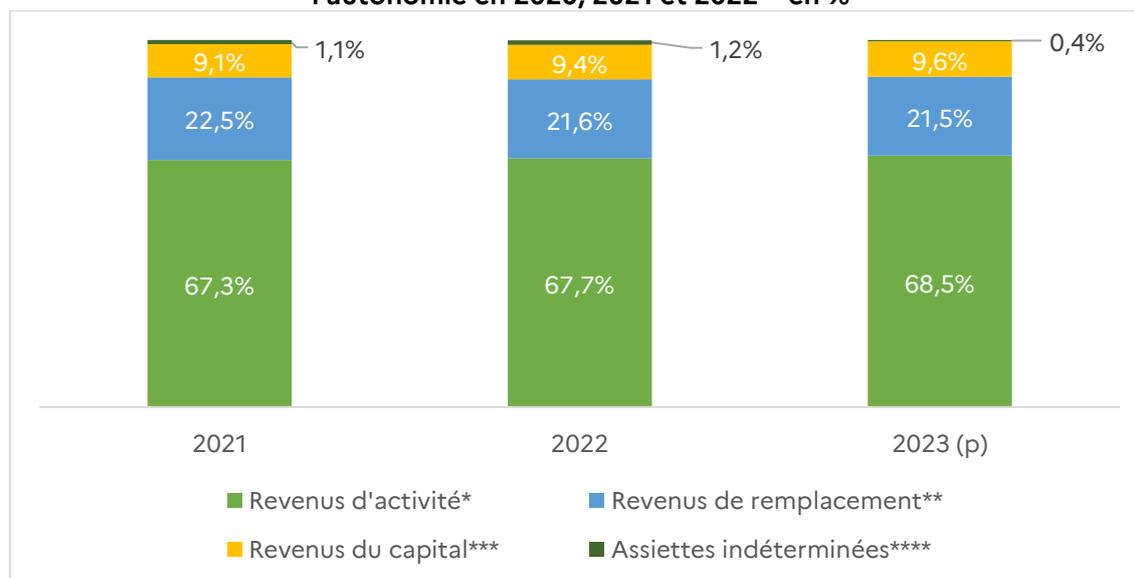
Source : Rapport de la commission des comptes, mai 2023. Travaux mission. (p)= prévision ; *= Majorations et pénalités, charges nettes liées au non recouvrement et autres produits selon le rapport CCSS ; transferts RG-Acoss et dotation ONDAM ; Financement des dotations aux établissements de santé pour le soutien de l'investissement ; fraction du prélèvement social sur les revenus du capital (4M€ en 2022).

3.3.4. Un financement actuel reposant sur une très forte mise à contribution des revenus d'activité

Outre la CSG, la CNSA bénéficie de deux prélèvements créés afin de financer les politiques d'autonomie. La contribution de solidarité autonomie (CSA) correspond à un prélèvement de 0,3% à la charge de l'employeur sur les rémunérations versées. Elle concerne donc les employeurs publics et privés ainsi que les employeurs étrangers affiliés à un régime français de Sécurité sociale et les particuliers employeurs. Elle n'est pas due par les travailleurs non-salariés. La contribution additionnelle de solidarité autonomie (CASA) est un prélèvement de 0.3% sur certains revenus bruts de remplacement : les retraites, les pensions d'invalidité et les allocations de préretraite.

Mais, compte tenu du poids de la CSG dans le financement de la branche autonomie, **les recettes finançant le risque autonomie sont très largement prélevées sur les revenus d'activité (plus des deux tiers du produit)**, les revenus de remplacement constituent la deuxième assiette (un peu plus d'un cinquième du produit – graphique 26).

Graphique 26 : Assiette des recettes finançant la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en 2020, 2021 et 2022 – en %

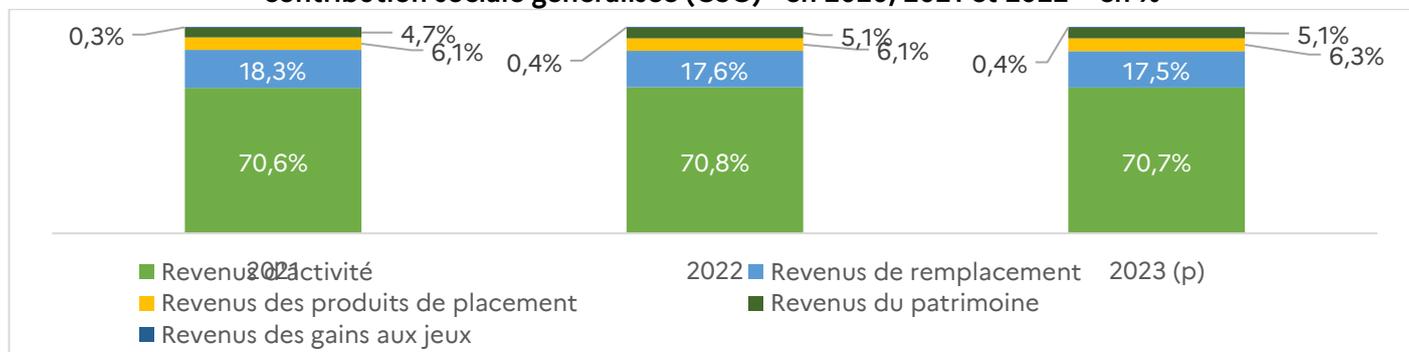


Source : Rapport de la commission des comptes, mai 2023. Travaux mission. (p)= prévision.
 *= CSG sur revenus d'activité ; CSA sur revenus d'activité ; Taxe sur les salaires. **= CSG sur revenus de remplacement ; CASA. ***= CSG sur revenus du capital ; CSA sur revenus du capital ; prélèvement social sur les revenus du capital (4M€ en 2022). ****= Majorations et pénalités, charges nettes liées au non-recouvrement et autres produits selon le rapport CCSS ; transferts RG-Acoss et dotation ONDAM ; Financement des dotations aux établissements de santé pour le soutien de l'investissement ; Contributions prises en charge par l'Etat.

3.3.5. Une évolution du financement pouvant passer par la CRDS

Pour sa part, le produit de la CSG repose plus fortement sur les revenus d'activité et moins sur les revenus de remplacement (graphique 27).

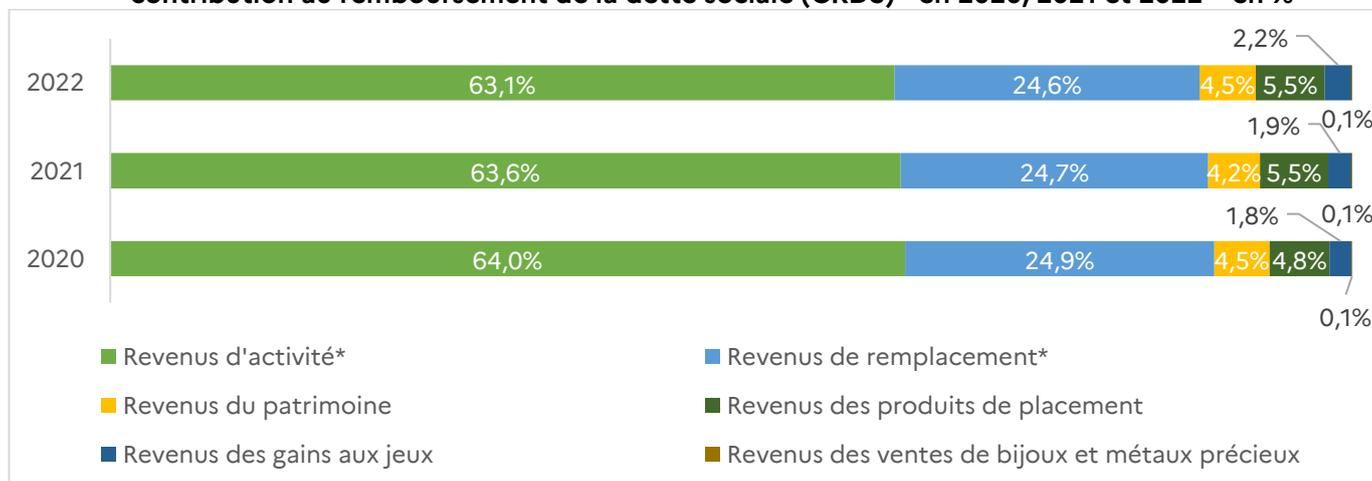
Graphique 27 : Contribution des différentes assiettes au rendement global de la contribution sociale généralisée (CSG) - en 2020, 2021 et 2022 - en %



Source : Rapport de la commission des comptes, mai 2023. Travaux mission. (p)= prévision.

En revanche, la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) a une assiette encore plus large que celle de la CSG en frappant d'autres types de revenus. Son produit dépend des revenus d'activité mais dans une moindre part, les revenus de remplacement contribuant plus fortement à son rendement (graphique 28).

Graphique 28 : Contribution des différentes assiettes au rendement global de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) - en 2020, 2021 et 2022 - en %



Source : Rapport de la commission des comptes, mai 2023 ; Comptes 2022 et Rapport d'activité 2022 de la CADES. Travaux mission. (p)= prévision. Le rapport de la CCSS ne présente pas la répartition du rendement de la CRDS par assiette. Les données publiques produites par la CADES conduisent à considérer que le rendement de la CRDS sur les revenus d'activité et de remplacement se répartit à environ 72% pour les revenus d'activité (71% en 2021 et 73% en 2022) et 28% pour les revenus de remplacement (29% en 2021 et 27% en 2022). C'est cette clef conventionnelle qui est appliquée ici.

La CRDS a en outre pour caractéristique d'avoir un rendement dynamique : +1,1Md€ entre 2020 et 2022 (graphique 29).

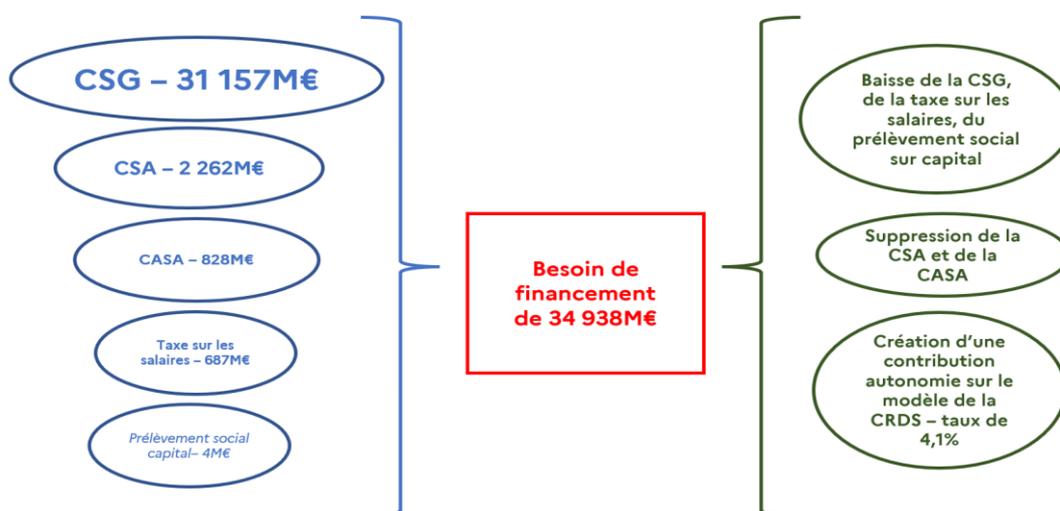
Graphique 29 : Rendement de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) - en 2020, 2021 et 2022 – en M€



Source : Rapport de la commission des comptes, mai 2023 ; Comptes 2022 et Rapport d'activité 2022 de la CADES. Travaux mission.

Ainsi, dans le cas envisagé par la mission d'une suppression de la CSA et de la CASA et d'une baisse de la CSG, la création d'une nouvelle contribution unique autonomie pourrait se faire en partant de la démarche retenue pour la CRDS, en créant une contribution nouvelle en lieu et place des prélèvements existants d'un **taux estimé à 4,1%** (graphique 30). Ce nouveau prélèvement aurait pour caractéristique de mettre à contribution tant les revenus d'activité que les revenus de remplacement, d'être supporté par les actifs, quel que soit leur statut, ou les inactifs, de frapper tous les revenus envisageables dans une approche de recherche de financement, stable, dynamique et pleinement solidaire.

Graphique 30 : Equivalent entre les impôts et taxes affectées à la CNSA et la CRDS - en 2022 – en M€ et en taux de prélèvement



Source : Travaux mission. Données issues du rapport de la commission des comptes, mai 2023 ; Comptes 2022 et Rapport d'activité 2022 de la CADES.

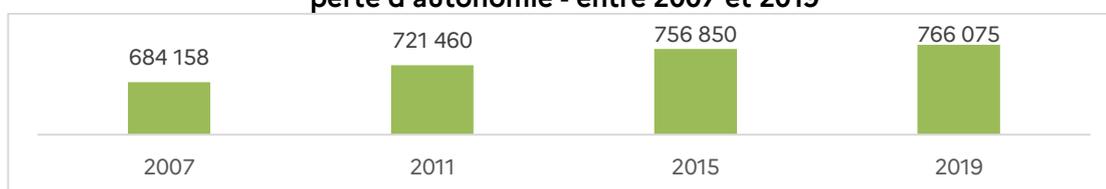
4. Les structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : un champ en transformation, un système de prise en charge des plus modestes et des plus fragiles

4.1. Les structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, des évolutions sectorielles prononcées

4.1.1. Un nombre de solutions d'hébergement en hausse

Entre 2007 et 2019, le nombre de places pour prendre en charge des personnes âgées en perte d'autonomie a augmenté de 12% (graphique 31).

Graphique 31 : Nombre de places en établissements accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie - entre 2007 et 2019

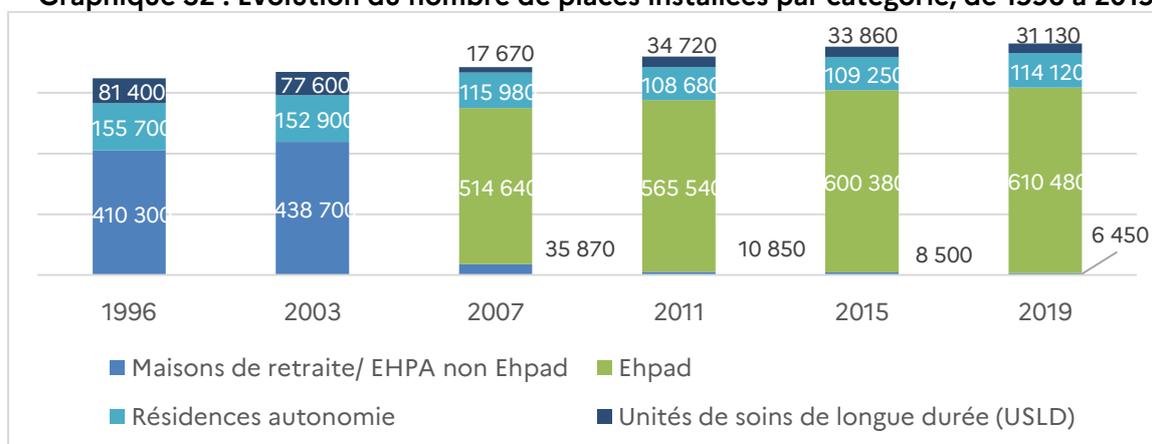


Source : DREES, Enquêtes EHPA, millésimes 2007, 2011, 2015 et 2019.

4.1.2. Une tendance forte à la médicalisation des structures de prise en charge

L'accroissement des capacités de prise en charge cache des évolutions sectorielles assez fortes (graphique 32). **Cette hausse a largement été portée par les EHPAD (+19% de places)** dont la part dans les places d'hébergement est passée de 75 à 80%. L'évolution est manifeste : aux anciennes EHPA non-EHPAD ont succédé les EHPAD qui ont largement porté la hausse des capacités. **Le mouvement de médicalisation de la prise en charge est ainsi incontestable**

Graphique 32 : Évolution du nombre de places installées par catégorie, de 1996 à 2019

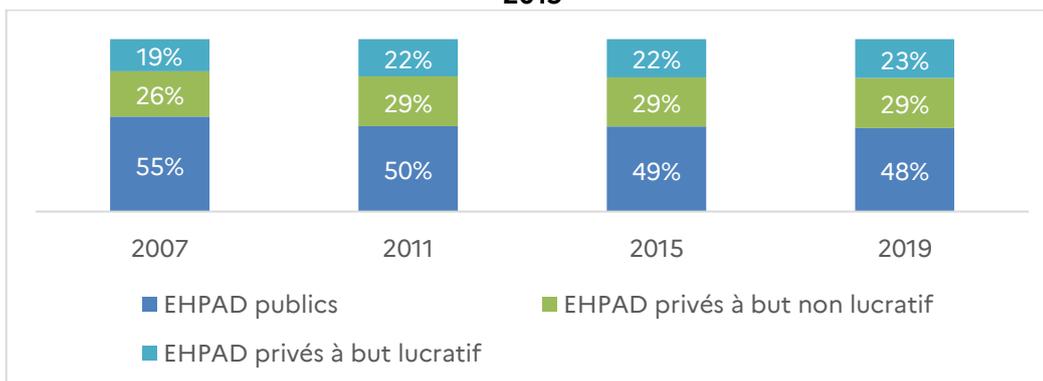


Source : DREES, enquêtes EHPA, millésimes 2007, 2011, 2015 et 2019.

4.1.3. Des solutions d'hébergement très largement portées par le secteur public dont le poids est cependant décroissant

Le déploiement de solutions d'hébergement a très largement été porté par les acteurs publics (graphique 33). Mais cette dynamique s'est peu à peu infléchi : **l'offre de places en EHPAD n'est plus majoritairement publique, la part du secteur privé a progressivement crû (+ 7 points en 12 ans).**

Graphique 33 : Répartition des places selon le statut de l'EHPAD - en % - entre 2007 et 2019



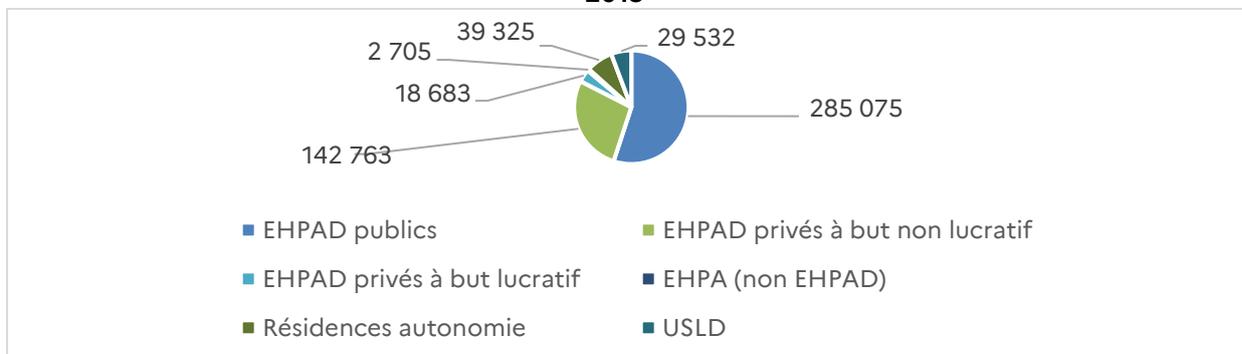
Source : DREES, Enquêtes EHPA, millésimes 2007, 2011, 2015 et 2019.

4.1.4. Une dimension structurante pour les établissements : l'habilitation à l'aide sociale

Le dispositif ASH demeure totalement structurant pour le cadre économique et de financement des établissements : en effet, les tarifs d'hébergement des places habilitées sont déterminés par chaque département, ces tarifs sont les seuls à être intégralement administrés. Pour les résidents, il y a là une garantie de disposer de places à un tarif maîtrisé, pour les établissements, leur financement est tributaire du tarif arrêté par le département.

En 2019, près de 7 places sur 10 sont habilitées à l'aide sociale (graphique 34).

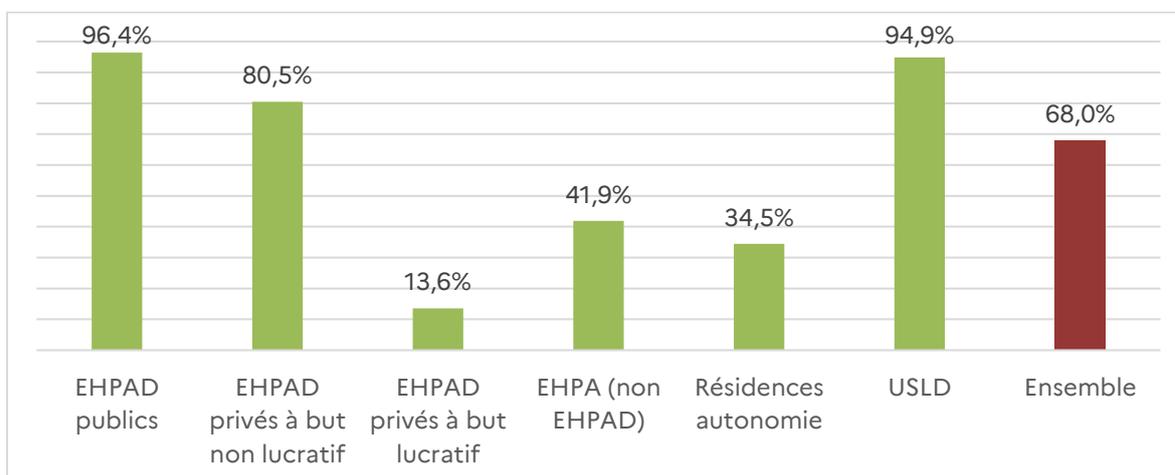
Graphique 34 : Nombre de places habilitées à l'aide sociale - par type de structures - en 2019



Source : DREES, enquête Aide sociale. Travaux mission.

Le poids des places habilitées est déterminant pour les entités publiques (plus de 9 places sur 10 des EHPAD publics et USLD) et pour les structures privées à but non lucratif (8 places sur 10). Il est bien moindre dans toutes les autres structures. Les impacts des procédures d'habilitation à l'aide sociale concernent donc avant tout ces deux types de structures (graphique 35).

Graphique 35 : Part des places habilitées à l'aide sociale dans l'ensemble des places d'hébergement - par type de structures - en % - en 2019



Source : DREES, enquête Aide sociale. Travaux mission.

4.2. Au sein des plus âgés, la population accueillie dans les structures d'hébergement est relativement plus fragile, plus âgée et plus féminine

4.2.1. Plus de 730 000 personnes accueillies, une forte prévalence de femmes âgées voire très âgées

La spécificité des résidents en EHPAD apparaît d'autant plus prégnante au regard des populations résidant dans d'autres structures, et en particulier les résidences autonomie, dimension éclairée par une publication récente qui n'est pas approfondie ici⁸².

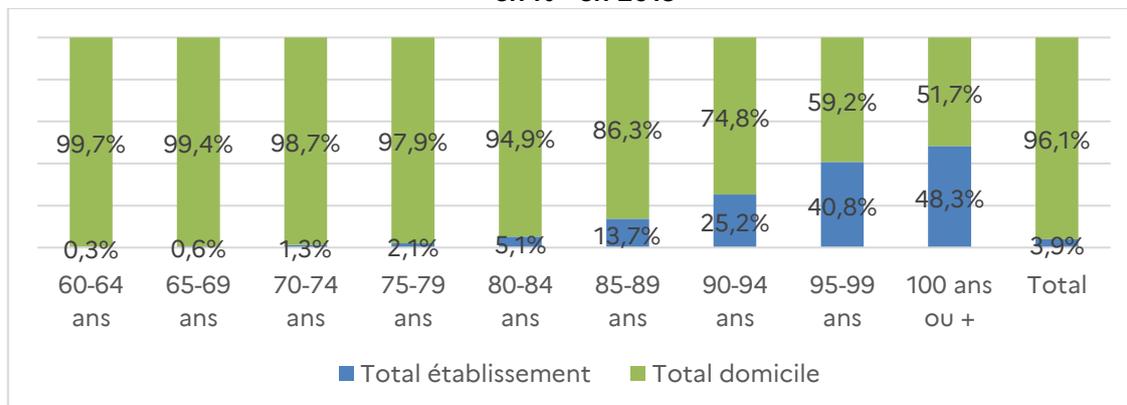
De même, des travaux récents ont mis en avant l'existence de catégories de résidents en EHPAD qui n'étaient pas identifiés précédemment : des hommes relativement jeunes, avec de faibles ressources et pris en charge sur une longue période. Cette catégorie n'est pas analysée ici en tant que telle. Sa prise en charge justifierait des travaux dédiés. Mais cette seule catégorie n'explique pas la position relative spécifique des personnes accueillies en établissement par rapport aux autres personnes âgées⁸³.

⁸² DREES (L. Esteban), *Résidences-services seniors : des résidents au niveau de vie supérieur à celui des seniors en logement ordinaire*, Études et résultats, mars 2023, n°1261.

⁸³ Voir A. Carrière, D. Roy et L. Toulemon (Institut des politiques publiques), *Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives*, rapport IPP n°41, 16 mars 2023.

Sans surprise, la part des personnes prises en charge en établissement croît avec l'âge : les centenaires sont ainsi pour moitié à domicile et pour moitié en établissement (graphique 36).

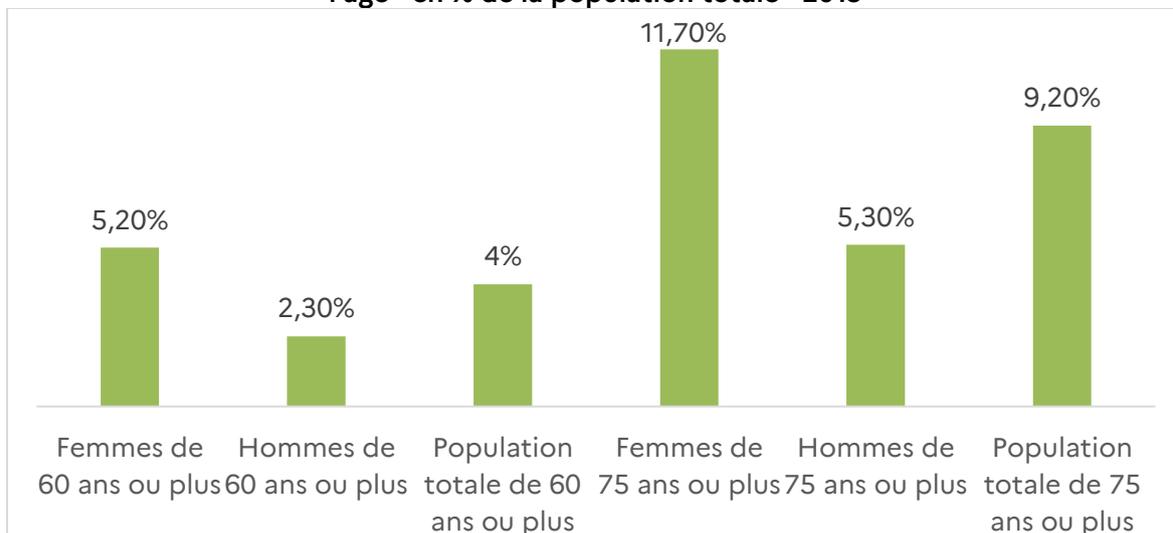
Graphique 36 : Répartition de la population selon le type de résidence – par tranche d'âge – en % - en 2019



Source : DREES, enquêtes Care-Ménages (2015) et Care-Institutions (2016). Travaux mission.

En France, fin 2019, 730 000 personnes fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées ou y vivent, soit 10 % des personnes de 75 ans ou plus et un peu moins d'un tiers de celles de 90 ans ou plus. Cette dernière part est en baisse de 5 points depuis 2015 (graphique 37).

Graphique 37 : Population en établissement (EHPAD, USLD et EHPA non-EHPAD) - selon l'âge - en % de la population totale - 2019

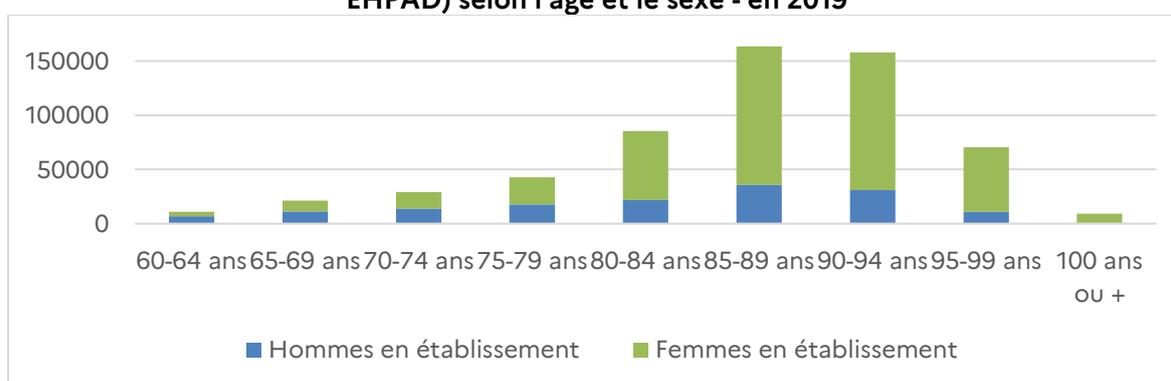


Source : DREES, enquêtes Care-Ménages (2015) et Care-Institutions (2016) in DREES, Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ? Une comparaison à partir des enquêtes Care-Ménages et Care-Institutions, Les dossiers de la DREES, février 2023, n°104 (Delphine Roy - DREES et Institut des politiques publiques).

L'hébergement temporaire ou l'accueil de jour concerne 4 % des personnes âgées accompagnées. Huit personnes sur dix sont accueillies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)⁸⁴.

La population prise en charge dans les établissements est largement féminine et âgée, le profil type étant une femme ayant plus de 80 ans (graphique 38).

Graphique 38 : Répartition de la population en établissement (EHPAD, USLD et EHPA non-EHPAD) selon l'âge et le sexe - en 2019



Source : DREES, enquêtes Care-Ménages (2015) et Care-Institutions (2016). Travaux mission.

L'analyse de la répartition de la population selon le sexe et le lieu de résidence conforte cette analyse (tableau 2).

Tableau 2 : Répartition de la population selon le type de résidence – par tranche d'âge et par sexe – en % - en 2019

	60-64 ans	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100 ans ou +	Total
Hommes en établissement	0,4%	0,7%	1,3%	1,8%	3,6%	8,4%	16,4%	42,0%	25,2%	2,3%
Hommes à domicile	99,6%	99,3%	98,7%	98,2%	96,4%	91,6%	83,6%	58,0%	74,8%	97,7%
Femmes en établissement	0,2%	0,5%	1,2%	2,3%	6,0%	16,6%	28,9%	40,6%	50,8%	5,2%
Femmes à domicile	99,8%	99,5%	98,8%	97,7%	94,0%	83,4%	71,1%	59,4%	49,2%	94,8%

Source : DREES, enquêtes Care-Ménages (2015) et Care-Institutions (2016). Travaux mission.

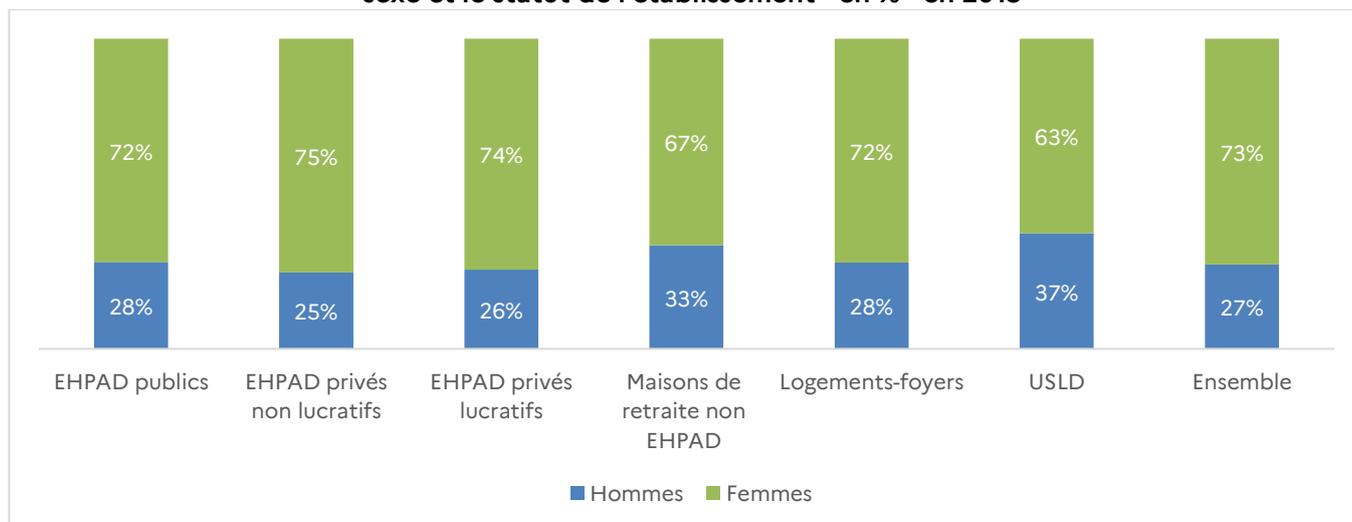
4.2.2. Les différents types d'établissement ou la segmentation des populations accueillies

Si globalement près des trois quarts des personnes âgées dépendantes accueillies dans des structures d'hébergement sont des résidentes, la part des femmes est variable selon la structure d'hébergement considérée. **Les structures les plus féminisées sont les EHPAD privés à but non lucratif ou à but lucratif** (graphique 39).

⁸⁴ DREES (A. Balavoine), *Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées - Premiers résultats de l'enquête EHPA 2019*, Etudes et résultats, juillet 2022, n°1237.

Annexe IV

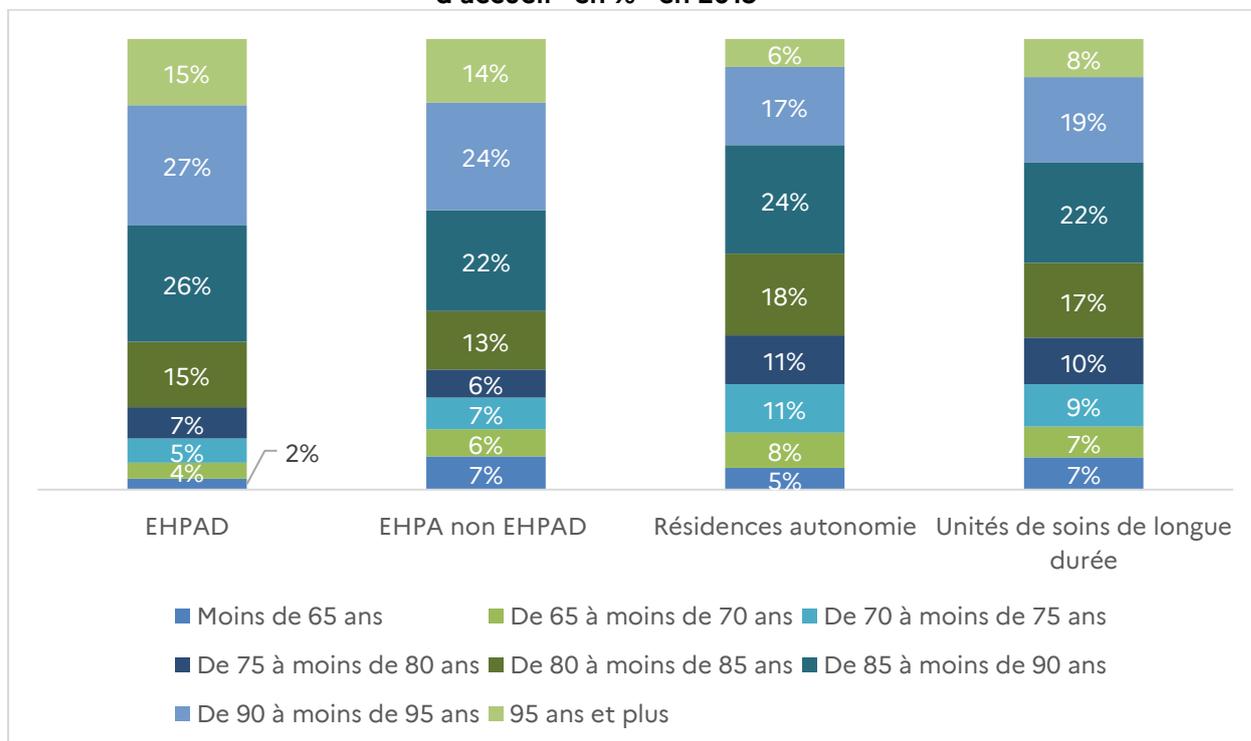
Graphique 39 : Répartition des personnes âgées dépendantes en établissement - selon le sexe et le statut de l'établissement - en % - en 2019



Source : DREES, Enquêtes EHPA, millésime 2019.

S'agissant de la structure par âge, les EHPAD sont les structures d'hébergement qui accueillent les populations les plus âgées, par rapport aux résidences autonomie ou aux unités de soins de longue durée (graphique 40).

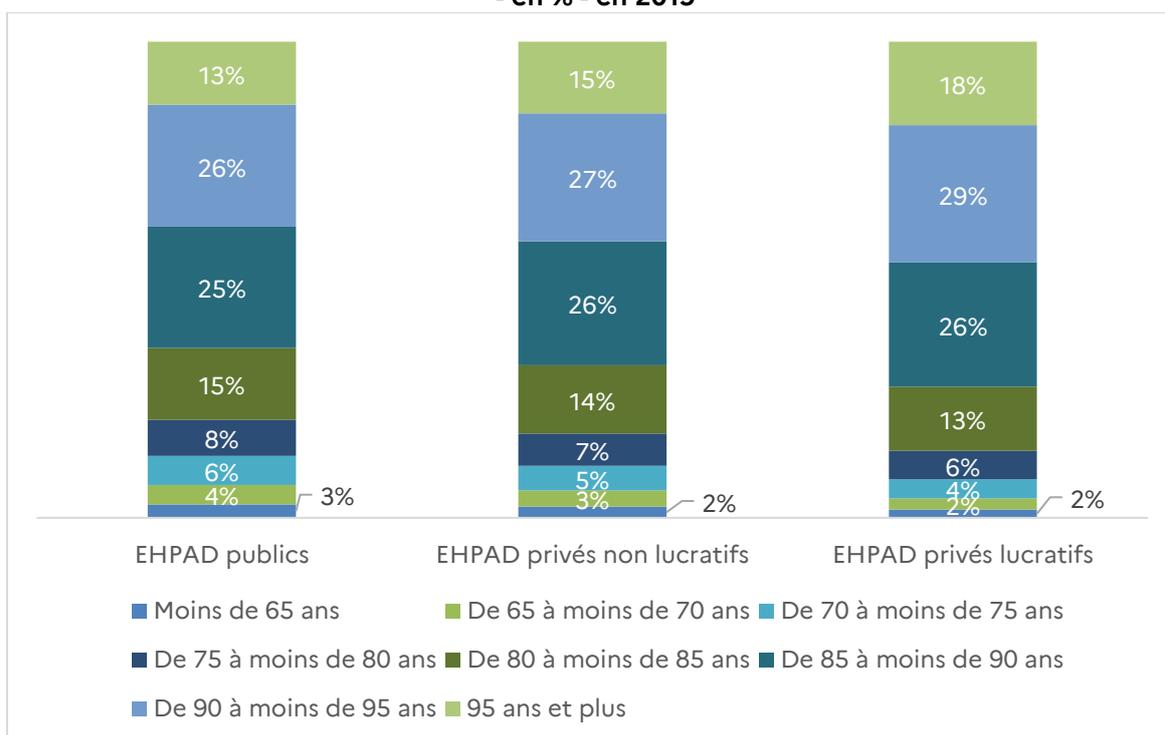
Graphique 40 : Structure par âge des résidents accueillis - selon le type de structures d'accueil - en % - en 2019



Source : DREES, Enquêtes EHPA, millésime 2019.

La population accueillie en EHPAD est globalement plus âgée dans les structures privées, les publics rejoignant ces structures ont en effet le plus souvent eu plus de possibilités de rester plus longtemps à leur domicile, chez des proches ou dans le logement intermédiaire (graphique 41).

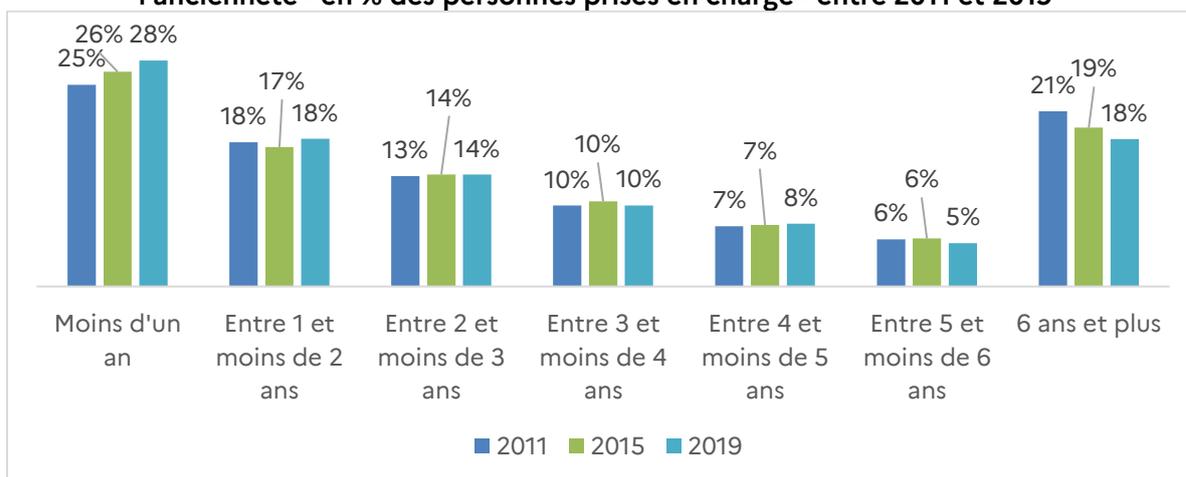
Graphique 41 : Structure par âge des résidents accueillis dans les EHPAD - selon leur statut - en % - en 2019



Source : DREES, Enquêtes EHPA, millésime 2019.

Entre 2011 et 2019, la tendance est très nettement à la **baisse de la durée moyenne de séjour des résidents dans les structures d'hébergement. Mais la part des séjours longs de deux ans et plus évolue cependant assez peu** (graphique 42).

Graphique 42 : Personnes âgées dépendantes prises en charge dans une structure - selon l'ancienneté - en % des personnes prises en charge - entre 2011 et 2019



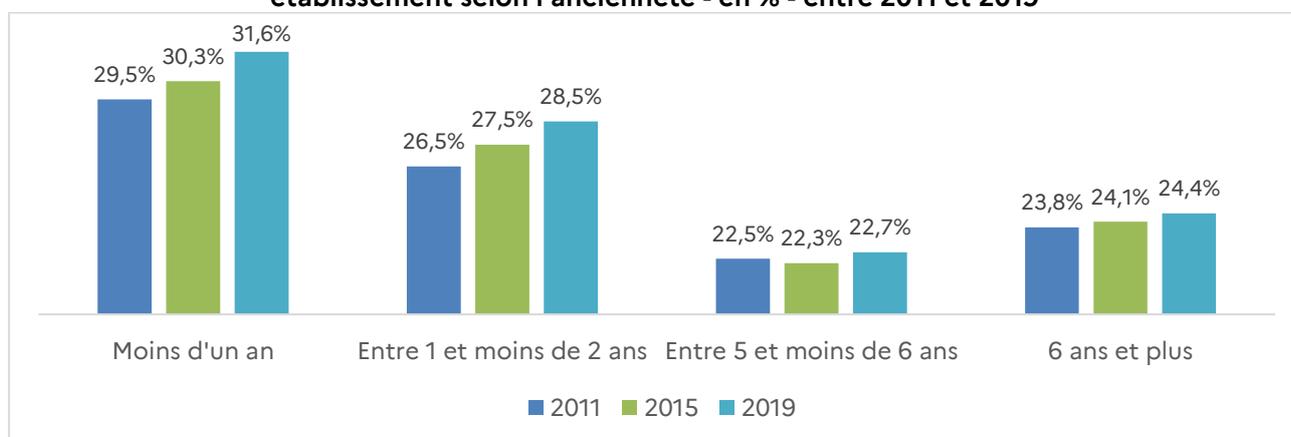
Source : DREES, Enquêtes EHPA, millésimes 2011, 2015 et 2019.

Par ailleurs, comme le souligne une étude récente⁸⁵, **la proportion des hommes pris en charge en établissement, tout comme l'ancienneté moyenne de leur séjour sont**

⁸⁵ Voir A. Carrière, D. Roy et L. Toulemon (Institut des politiques publiques), *Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives*, rapport IPP n°41, 16 mars 2023.

croissantes (graphique 43).

Graphique 43 : Poids relatif des hommes dans la population prise en charge en établissement selon l'ancienneté - en % - entre 2011 et 2019



Source : DREES, Enquêtes EHPA, millésimes 2011, 2015 et 2019.

Dans l'ensemble, **l'ancienneté moyenne du séjour a baissé entre 2015 et 2019**. Cette baisse est plus prononcée dans les EHPAD publics. Seuls les EHPAD privés à but lucratif voient l'ancienneté moyenne de leurs résidents augmenter entre 2015 et 2019 (tableau 3).

Tableau 3 : Ancienneté moyenne des résidents dans la structure à la date de l'enquête en 2015 et 2019

Catégorie d'établissement	Ancienneté moyenne - 2015	Ancienneté moyenne - 2019	Evolution 2019/2015
EHPAD publics	3 ans et 7 mois	3 ans et 4 mois	- 3 mois
EHPAD privés à but non lucratif	3 ans et 6 mois	3 ans et 3 mois	- 3 mois
EHPAD privés à but lucratif	2 ans et 9 mois	2 ans et 10 mois	+ 1 mois
EHPA non EHPAD	3 ans et 6 mois	3 ans et 2 mois	- 4 mois
Unités de soins de longue durée	2 ans et 10 mois	2 ans et 9 mois	- 1 mois
Logements-foyers / résidences	5 ans et 2 mois	4 ans et 11 mois	- 3 mois
Ensemble	3 ans et 7 mois	3 ans et 5 mois	- 2 mois

Source : DREES, Enquêtes EHPA, millésimes 2015 et 2019.

Dans tous les EHPAD, la tendance va au vieillissement des résidents. A contrario, les unités de soins de longue durée, les EHPA non-EHPAD et les résidences autonomes voient l'âge moyen de leurs résidents diminuer. Par ailleurs, parmi les EHPAD, **les structures publiques accueillent des populations globalement plus jeunes** (tableau 4).

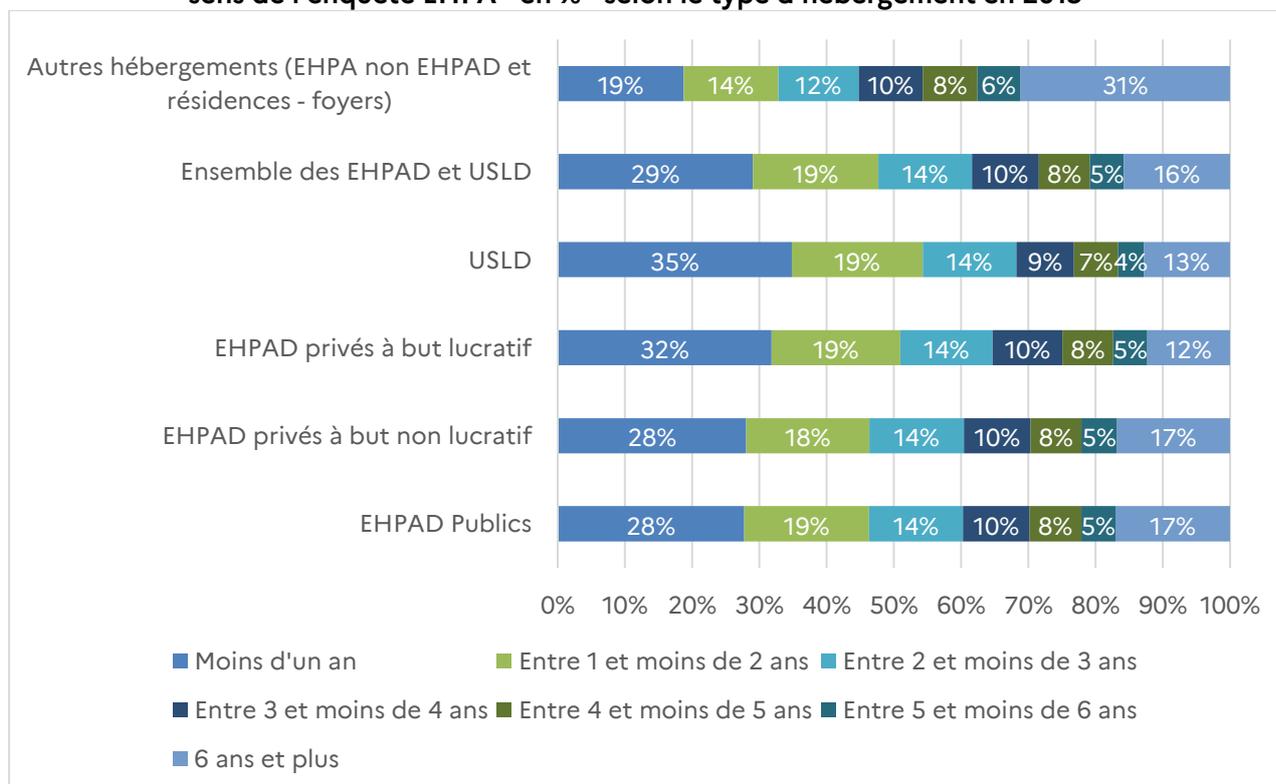
Tableau 4 : Age moyen des résidents dans la structure à la date de l'enquête en 2015 et 2019

Catégorie d'établissement	Âge moyen - 2015	Âge moyen - 2019	Evolution 2019/2015
EHPAD publics	85 ans et 9 mois	86 ans et 2 mois	+ 5 mois
EHPAD privés à but non lucratif	86 ans et 8 mois	87 ans	+ 4 mois
EHPAD privés à but lucratif	87 ans et 5 mois	88 ans et 1 mois	+ 8 mois
EHPA non EHPAD	84 ans et 12 mois	84 ans et 9 mois	- 3 mois
Unités de soins de longue durée	83 ans et 4 mois	82 ans et 9 mois	- 7 mois
Logements-foyers / résidences	82 ans et 8 mois	82 ans et 7 mois	- 1 mois
Ensemble	85 ans et 9 mois	86 ans et 1 mois	+ 4 mois

Source : DREES, Enquêtes EHPA, millésimes 2015 et 2019.

Cependant, l'ancienneté moyenne du séjour dissimule des réalités bien plus diverses : **les séjours sont d'une durée bien plus longue dans les EHPA non-EHPAD, les résidences et les foyers. Les durées de séjour sont par ailleurs tendanciellement plus longues dans les EHPAD publics, devant les EHPAD privés à but non lucratif et les EHPAD privés à but lucratif.** Les USLD sont les structures dans lesquelles les séjours sont le plus fréquemment d'une durée relativement moindre (graphique 44).

Graphique 44 : Ancienneté de séjour dans les différentes catégories d'établissements au sens de l'enquête EHPA - en % - selon le type d'hébergement en 2019



Source : DREES, Enquêtes EHPA, millésimes 2019.

Ainsi, l'analyse par structure souligne la relativement grande vulnérabilité des structures publiques, devant les établissements privés à but non lucratif et les entités lucratives. Elles sont celles qui comptent les résidents qui ont les durées de

séjour les plus prononcées et, dans le même temps, qui ne peuvent pratiquer des tarifs libres, car ce sont celles qui dénombrent le plus de places habilitées à l'aide sociale.

4.2.3. Des résidents en établissement souvent plus isolés et en difficulté

Reflet de l'importance de pouvoir s'appuyer sur des proches pour demeurer à domicile, **tant les hommes que les femmes sans enfant ou avec un faible nombre d'enfants sont plus souvent présents dans les établissements qu'à domicile**. Ainsi, **les hommes âgés et dépendants sans enfant ont plus de trois fois plus de chance d'être en établissement qu'à domicile** (tableau 5).

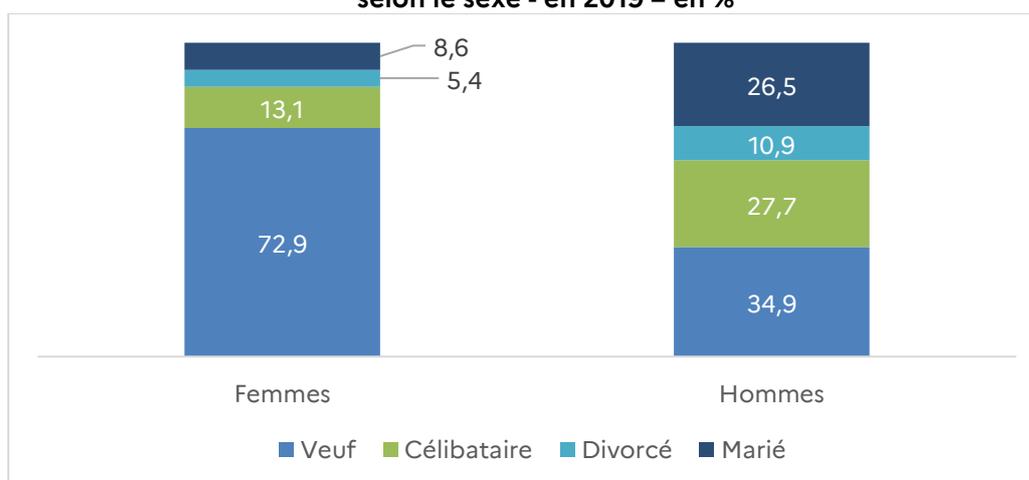
Tableau 5 : Répartition des personnes de 60 ans et plus en France métropolitaine en fonction du nombre d'enfants – selon le sexe et le lieu de résidence – en 2019 – en %

	Nombre d'enfants en vie				
	0	1	2	3	4 ou plus
Hommes en établissement	35,0	18,9	18,7	12,9	14,5
Hommes à domicile	10,5	17,9	36,3	23,4	12,0
Femmes en établissement	22,9	23,6	25,6	14,3	13,5
Femmes à domicile	11,0	21,1	35,6	19,6	12,8
Ensemble en établissement	25,9	22,4	23,9	14,0	13,8
Ensemble à domicile	10,8	19,7	35,9	21,3	12,4

Source : DREES, enquêtes Care-Ménages (2015) et Care-Institutions (2016). Travaux mission. Champ : Personnes de 60 ans ou plus vivant en France métropolitaine, à domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Sans surprise, **le portrait type du résident en EHPAD est une femme veuve**. Les profils célibataires, divorcés et mariés sont notablement plus présents chez les hommes résidents (graphique 45).

Graphique 45 : Statut matrimonial des résidents (EHPAD, USLD et EHPA non-EHPAD) - selon le sexe - en 2019 – en %

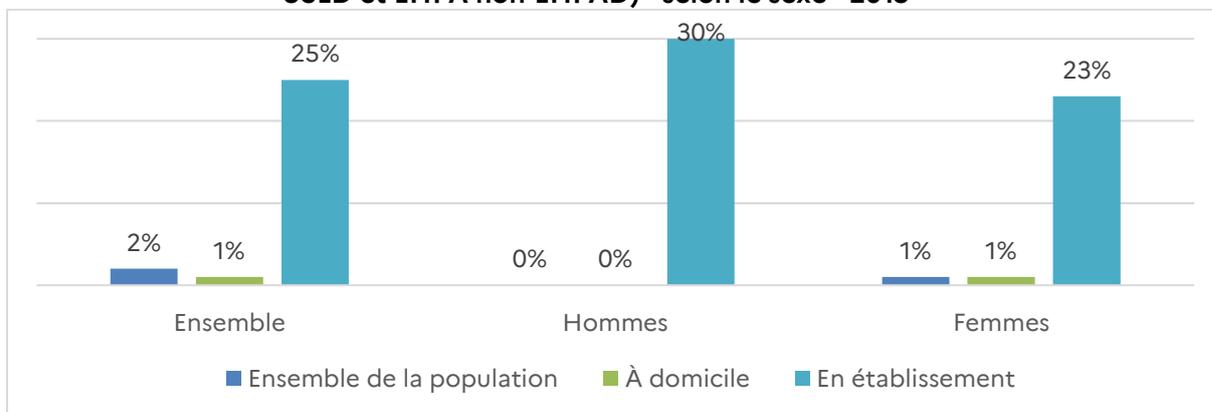


Source : DREES, enquêtes Care-Ménages (2015) et Care-Institutions (2016).

Globalement, **un quart des résidents en EHPAD fait l'objet d'une mesure de protection juridique** alors que cette proportion est tout à fait négligeable à

domicile. Dans la plupart des cas, **faire l'objet d'une mesure de protection juridique pour une personne âgée conduit donc à une prise en charge en structure d'accueil** pour personne âgée dépendante ou le placement en structure d'accueil est l'occasion de mettre en place la mesure de protection juridique (graphique 46).

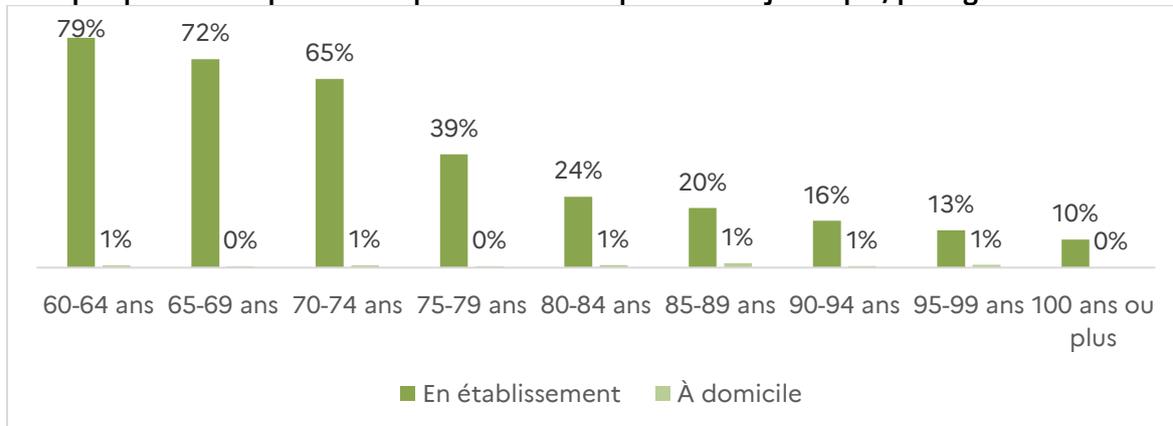
Graphique 46 : Existence d'une mesure de protection juridique des résidents (EHPAD, USLD et EHPA non-EHPAD) - selon le sexe - 2019



Source : DREES, enquêtes Care-Ménages (2015) et Care-Institutions (2016).

Quel que soit leur âge, les personnes sous protection juridique sont quasiment toutes résidentes dans des structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (graphique 47).

Graphique 47 : Proportion de personnes sous protection juridique, par âge et lieu de vie



Source : DREES, enquêtes Care-Ménages (2015) et Care-Institutions (2016). Travaux mission. Champ : Personnes de 60 ans ou plus vivant en France métropolitaine, à domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Il y a un lien évident entre le fait de n'avoir aucun enfant en vie et d'être placé en structure d'accueil : **les moins de 70 ans en établissement sont ainsi pour plus de la majorité des personnes âgées ne pouvant s'appuyer sur un enfant vivant** (tableau 6).

Tableau 6 : Proportion des seniors n'ayant aucun enfant en vie, par tranche d'âge, selon le lieu de vie – en 2019

Âge	En établissement (Care-I)	À domicile (Care-M)	Ensemble
60-64 ans	72%	11%	11%
65-69 ans	59%	10%	10%
70-74 ans	38%	10%	10%
75-79 ans	35%	10%	10%
80-84 ans	22%	11%	11%
85-89 ans	21%	14%	14%
90-94 ans	19%	12%	13%
95 ans ou plus	23%	14%	14%
Ensemble	25%	11%	12%

Source : DREES, enquêtes Care-Ménages (2015) et Care-Institutions (2016). Champ : Personnes de 60 ans ou plus vivant en France métropolitaine, à domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Ainsi, l'analyse statistique souligne que l'isolement et la fragilité sont des éléments explicatifs déterminants du séjour en établissement.

4.2.4. Les revenus et le diplôme : des déterminants du séjour en établissement

4.2.4.1. Les résidents en établissements sont les plus modestes des 60 ans et plus

Un autre élément déterminant dans la prise en charge en établissement est le **niveau de revenu** : seule la population des 95 ans et plus à domicile présente des revenus moyens comparables à la même classe d'âge résidant en établissement. Pour toutes les autres classes d'âge, **les revenus des personnes âgées dépendantes en établissement sont inférieurs et souvent très inférieurs à ceux des personnes pouvant demeurer à domicile** (tableau 7).

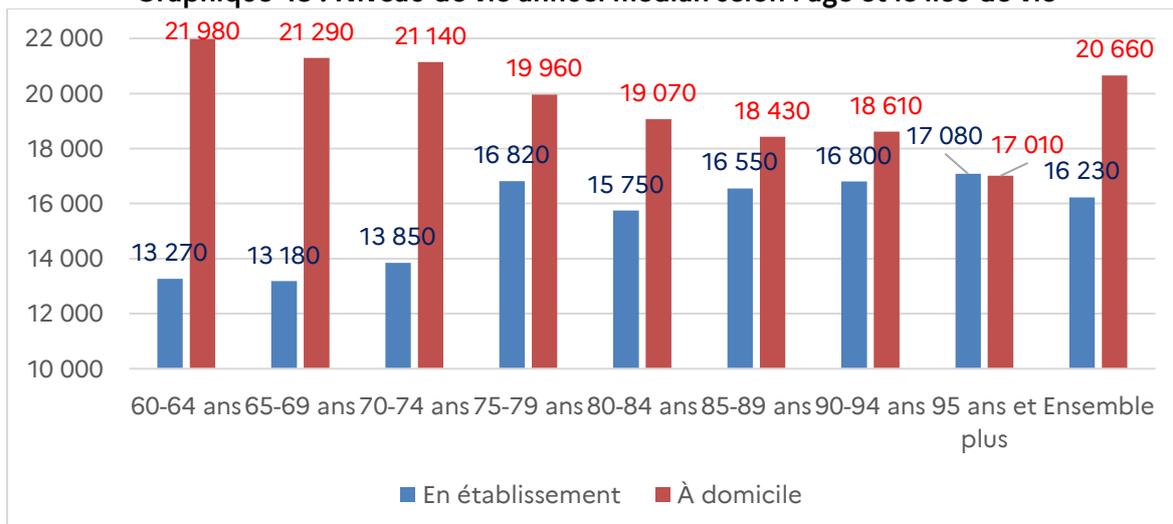
Tableau 7 : Niveau de vie annuel médian selon l'âge et le lieu de vie - en € - par tranche d'âge - 2019

Âge	En établissement en €	À domicile en €	Ecart en €	Ecart en %
60-64 ans	13 270	21 980	8 710	40%
65-69 ans	13 180	21 290	8 110	38%
70-74 ans	13 850	21 140	7 290	34%
75-79 ans	16 820	19 960	3 140	16%
80-84 ans	15 750	19 070	3 320	17%
85-89 ans	16 550	18 430	1 880	10%
90-94 ans	16 800	18 610	1 810	10%
95 ans et plus	17 080	17 010	-70	0%
Ensemble	16 230	20 660	4 430	21%

Source : DREES, enquêtes Care-Ménages (2015) et Care-Institutions (2016).

Le graphique 48 permet de mesurer ces écarts de revenus.

Graphique 48 : Niveau de vie annuel médian selon l'âge et le lieu de vie



Source : Insee-DGFiP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2016 ; DREES, enquête CARE-Institutions 2016, traitement Insee. Travaux mission. Lecture : Au sein du premier dixième des personnes de 60 ans ou plus classées par revenu total de leur ménage, on trouve 8 % de personnes vivant en établissement (donc 92 % de personnes vivant à domicile). Champ : France métropolitaine, personnes de 60 ans et plus vivant en logement ordinaire ou en institution dont le revenu déclaré est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Par ailleurs, la composition du revenu varie fortement selon qu'un ménage compte un senior ou un senior en situation de handicap ou d'autonomie, ces deux dernières caractéristiques sont des éléments de paupérisation par rapport à l'ensemble des ménages (tableau 8).

Annexe IV

Tableau 8 : Décomposition du revenu disponible des ménages comptant au moins un senior, en 2019

Composantes du revenu disponible	Ensemble des ménages	Ensemble des ménages comptant au moins un senior	Ménages comptant au moins un senior en situation de handicap ou de perte d'autonomie
Revenus d'activité¹	72,0	26,3	15,5
Salaires	66,5	22,8	14,2
Revenus d'indépendants	5,4	3,5	1,3
Revenus de remplacement et pensions alimentaires²	30,8	73,7	80,4
Chômage et préretraites	2,9	1,3	0,8
Retraites, pensions d'invalidité et pensions alimentaires	27,9	72,4	79,6
Revenus du patrimoine	9,5	15,8	12,8
Impôts directs³	-18,0	-18,3	-12,9
Prestations sociales non contributives⁴	5,7	2,4	4,3
Prestations familiales ⁵	2,1	0,2	0,1
Allocations logement	1,3	0,5	1,0
Minima sociaux ⁶	1,6	1,5	3,0
Prime d'activité	0,8	0,2	0,2
Ensemble	100	100	100
Revenu disponible mensuel moyen des ménages (en euros)	3203	2924	2570
Niveau de vie mensuel moyen des personnes (en euros)	2099	2234	1932

Source : Insee-DGFIP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) 2019. Données figurant dans les panoramas de la DREES. Travaux mission. Champ : France métropolitaine, ménages vivant dans un logement ordinaire et comptant au moins une personne de 60 ans ou plus, dont le revenu déclaré est positif ou nul.

La pauvreté est notablement plus forte chez les personnes âgées de 60 ans ou plus en situation de perte d'autonomie (tableau 9).

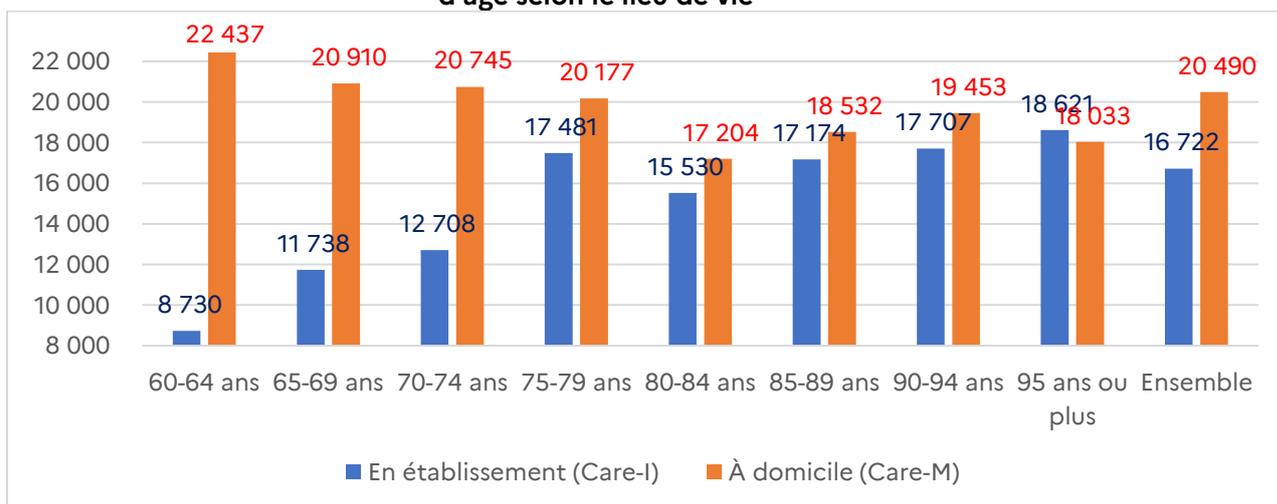
Tableau 9 : Répartition des personnes selon leur niveau de vie, en 2019

	Personnes modestes (niveau de vie < 4 ^e décile)			Personnes avec un niveau de vie ≥ 4 ^e décile	Ensemble
	Ensemble	dont personnes pauvres	dont personnes non pauvres		
Ensemble de la population	40,0	14,6	25,4	60,0	100
Moins de 60 ans	41,4	16,2	25,2	58,6	100
60 ans ou plus	35,9	9,9	26,1	64,1	100
60 ans ou plus, sans perte d'autonomie	34,3	9,1	25,2	65,7	100
60 ans ou plus, en perte d'autonomie	49,0	15,0	34,1	51,0	100

Source : Insee-DGFIP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) 2019. Données figurant dans les panoramas de la DREES. Travaux mission. Champ : France métropolitaine, ménages vivant dans un logement ordinaire et comptant au moins une personne de 60 ans ou plus, dont le revenu déclaré est positif ou nul.

La résidence en établissement est pour partie révélatrice de la faiblesse du revenu individuel : ainsi, les personnes entre 60 et 64 ans résidant en établissement sont celles ayant les revenus les plus faibles de toute la population des plus de 60 ans, puisque leur revenu individuel est près de deux fois inférieur à celui de l'ensemble des résidents en établissement et plus de deux fois inférieur à celui des personnes à domicile (graphique 49).

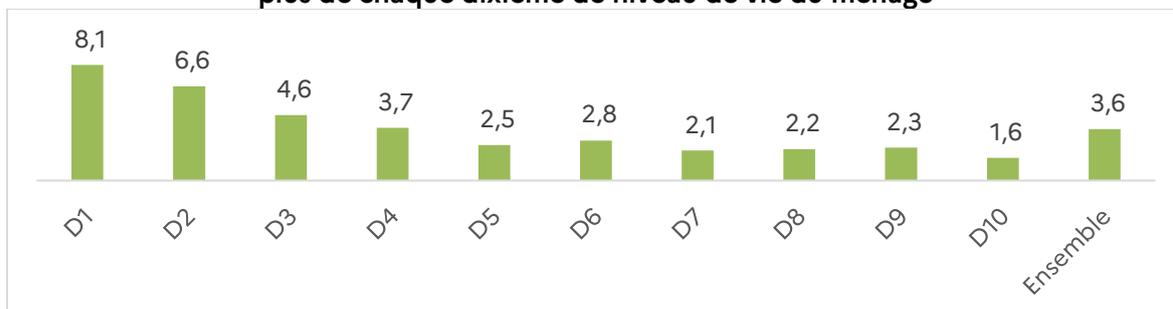
Graphique 49 : Revenu individuel moyen (avant minimum vieillesse) du senior par tranche d'âge selon le lieu de vie



Source : DREES, enquêtes Care-Ménages (2015) et Care-Institutions (2016). Travaux mission. *Note* : Les revenus « individuels » sont ceux que l'on peut rattacher à un contribuable précis dans la déclaration des revenus. Pour les personnes de 60 ans ou plus, il s'agit essentiellement des pensions de retraite. A contrario, les revenus du capital sont déclarés au niveau du foyer fiscal et ne sont donc pas comptés comme du revenu individuel. Le minimum vieillesse n'est pas inclus non plus. *Lecture* : Le revenu individuel moyen des personnes de 60 à 64 ans inclus est de 8 730 euros en établissement, contre 22 437 euros à domicile. *Champ* : Personnes de 60 ans ou plus vivant en France métropolitaine, à domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Enfin, on trouve le plus grand nombre de personnes résidant en établissement pour personnes âgées en perte d'autonomie dans les plus bas revenus : plus le revenu du ménage augmente, plus la probabilité de rester à domicile est forte (graphique 50).

Graphique 50 : Répartition entre domicile et établissement des personnes de 60 ans ou plus de chaque dixième de niveau de vie du ménage



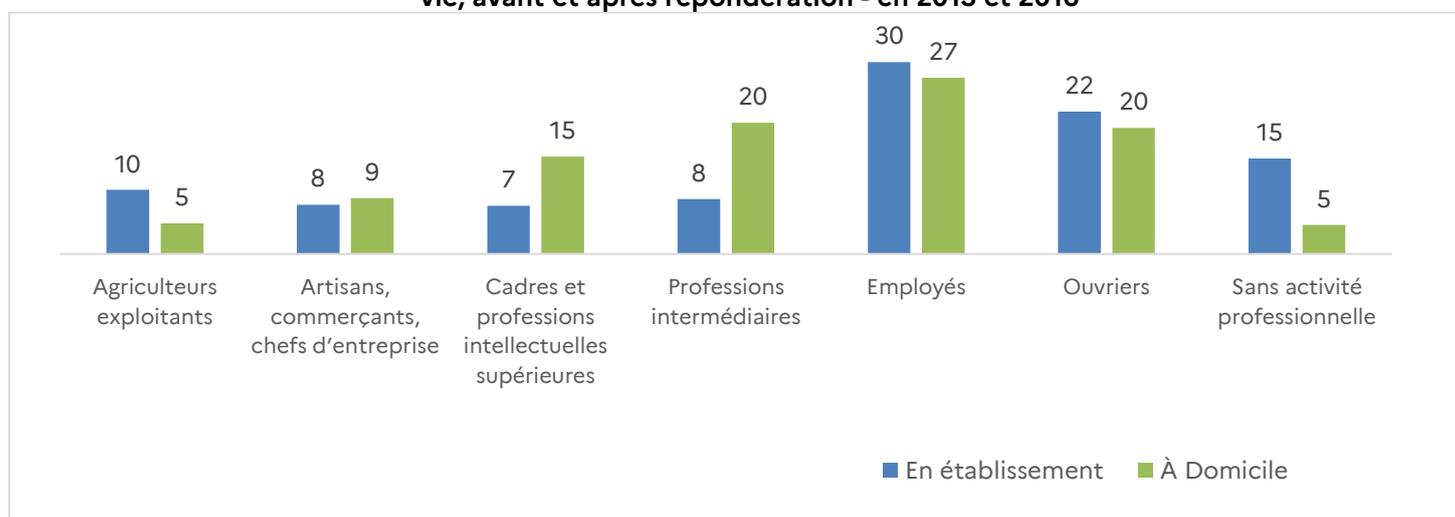
Source : Insee-DGFIP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2016 ; DREES, enquête CARE-Institutions 2016, traitement Insee. Travaux mission. *Lecture* : Au sein du

premier dixième des personnes de 60 ans ou plus classées par revenu total de leur ménage, on trouve 8 % de personnes vivant en établissement (donc 92 % de personnes vivant à domicile). Champ : France métropolitaine, personnes de 60 ans et plus vivant en logement ordinaire ou en institution dont le revenu déclaré est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

4.2.4.2. Le diplôme, autre dimension explicative forte

On constate en établissement une sur-représentation des anciens employés, ouvriers et sans activité professionnelle. A contrario, le domicile est le lieu privilégié des personnes âgées précédemment cadres ou professions intermédiaires (graphique 51).

Graphique 51 : Distribution par ancienne catégorie socioprofessionnelle selon le lieu de vie, avant et après repondération - en 2015 et 2016

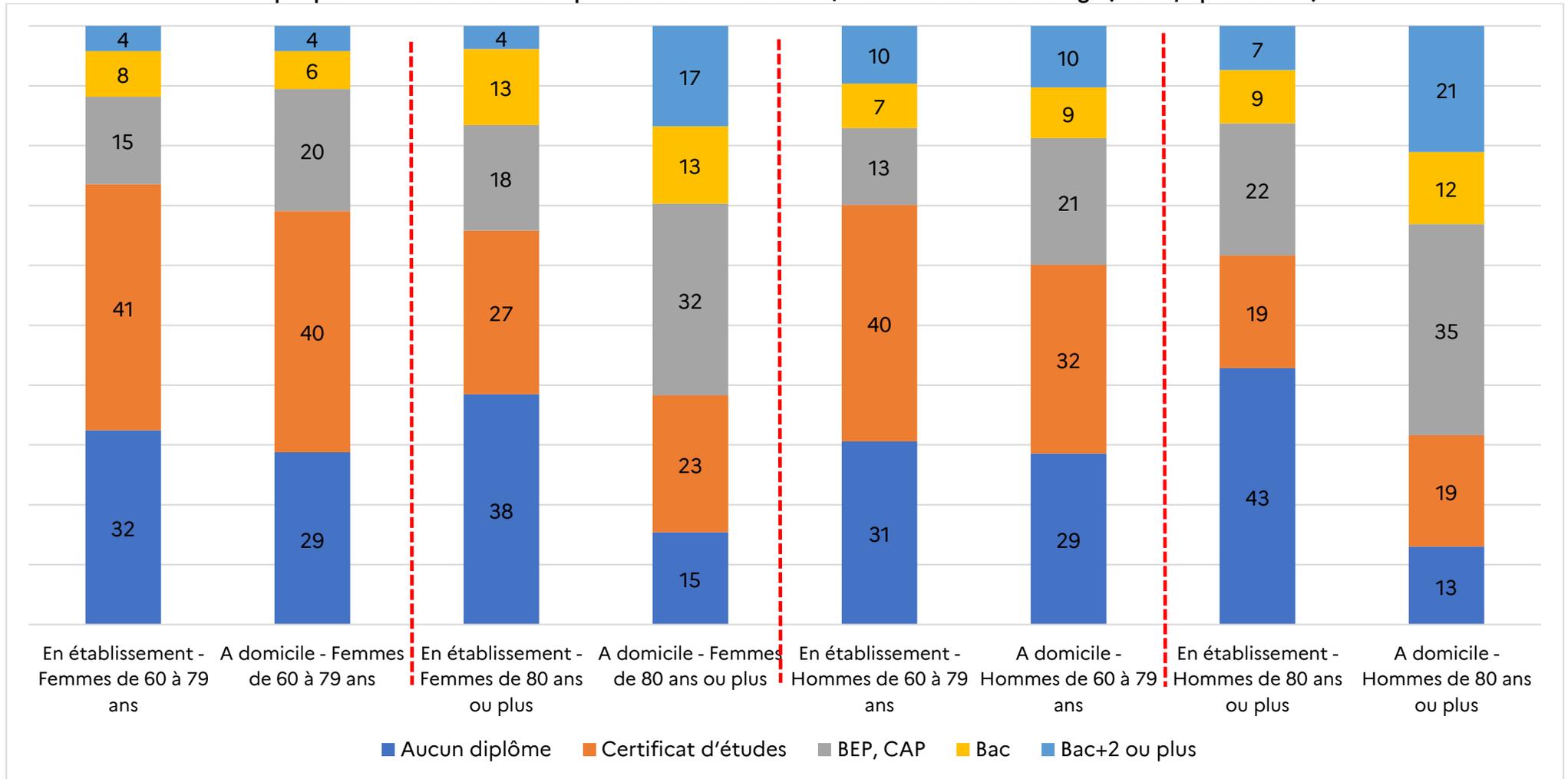


Source : DREES, enquêtes Care-Ménages (2015) et Care-Institutions (2016). Champ : Personnes de 60 ans ou plus vivant en France métropolitaine, à domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées. Il y a 8 % de non-réponses sur la catégorie socioprofessionnelle (CS) en établissement (Care-I) et 0,3 % à domicile (Care-M). Les proportions sont calculées en excluant ces non-réponses.

Les personnes sans diplôme ou avec un niveau modeste d'études sont également surreprésentées en établissement (graphique 52).

Annexe IV

Graphique 52 : Distribution des diplômes selon le lieu de vie, le sexe et la tranche d'âge (avant / après 80 ans)



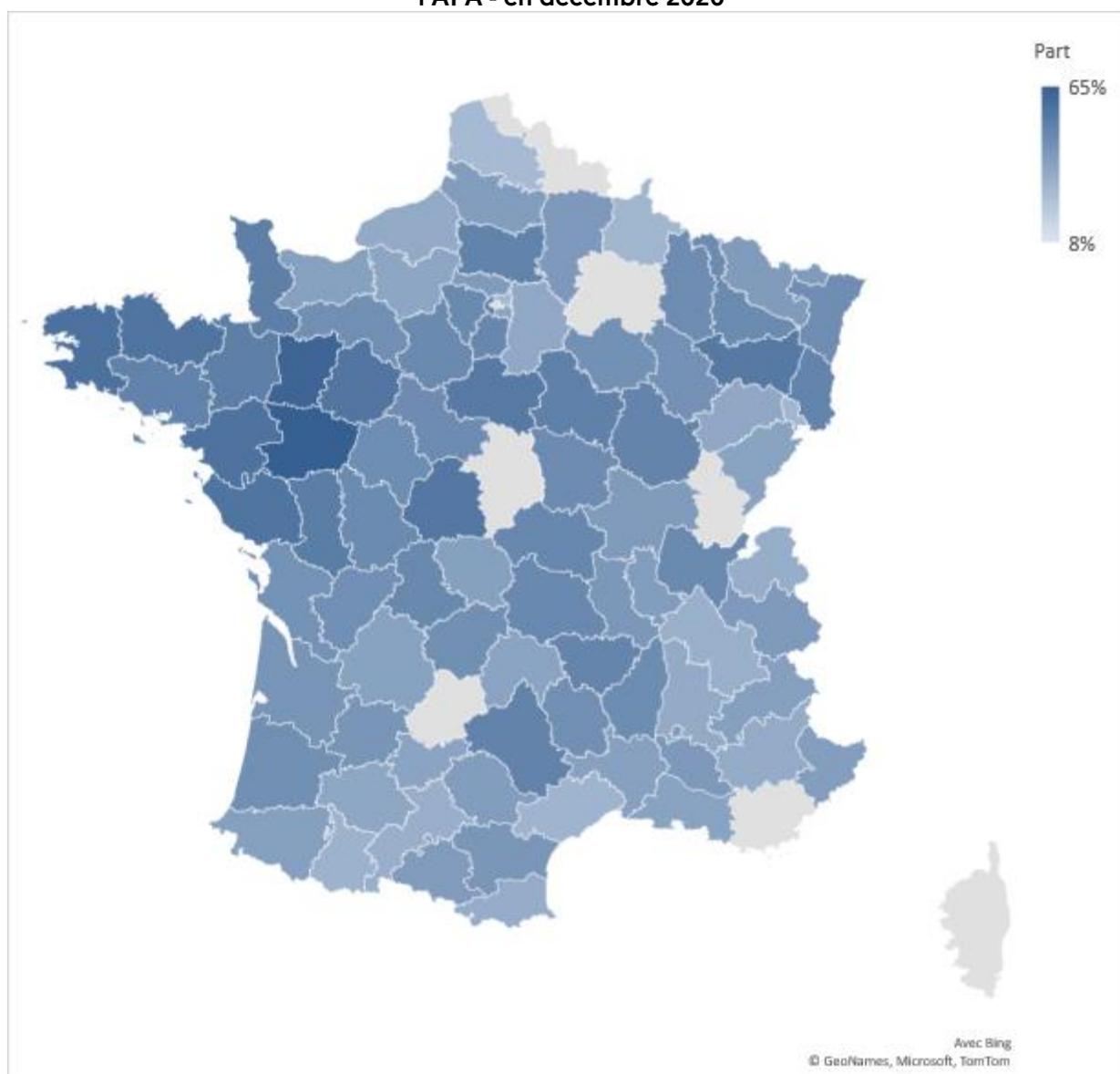
Source : DREES, enquêtes Care-Ménages (2015) et Care-Institutions (2016). Champ : Personnes de 60 ans ou plus vivant en France métropolitaine, à domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

4.3. Le départ en hébergement, un choix qui varie selon les départements considérés

Comme indiqué précédemment (voir *supra*, point 1.2.2), selon les départements, le nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus varie dans un rapport de 1 à près de 5 (Lozère). La disparité d'équipement en place d'hébergement entre territoires est aussi illustrée par d'autres dimensions.

Ainsi, la part des bénéficiaires de l'APA séjournant en établissement varie dans des proportions de 8 % à 65 %. Ces écarts peuvent illustrer des éventuelles différences de prévalence de forte dépendance selon les territoires. Mais le principal élément explicatif semble cependant résider dans la capacité qu'a un territoire donné d'offrir une place d'hébergement à une personne âgée dépendante. Le séjour en établissement semble ainsi, outre les déterminants mentionnés ci-dessus (sexe, âge, revenus, degré de dépendance), aussi relever d'un choix territorial (graphique 53).

Graphique 53 : Part des bénéficiaires de l'APA en établissement parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA - en décembre 2020



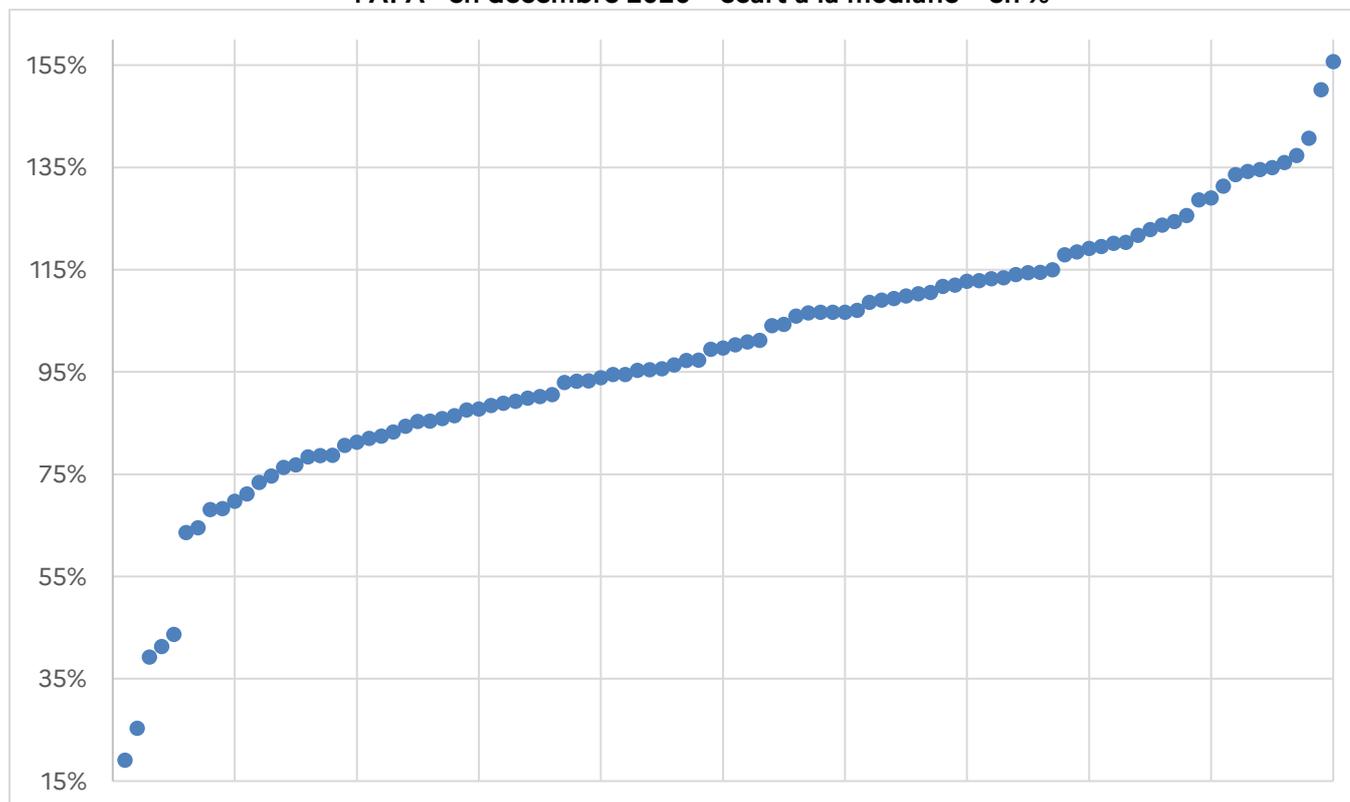
Source : DREES, enquête Aide sociale. Travaux mission.

Si l'on essaye d'objectiver les différences entre les départements, on constate que les cinq départements les plus distants de la performance médiane sont ceux d'outremer et de Corse

Annexe IV

(Réunion - 19% ; Guadeloupe - 25% ; Martinique - 39% ; Collectivité de Corse - 41% ; Guyane - 44%). *A contrario*, les cinq départements affichant les performances les plus prononcées par rapport à la performance médiane présentent *a priori* moins de caractéristiques communes (Loire-Atlantique - 136% ; Finistère - 137% ; Marne - 141% ; Mayenne - 150% ; Maine-et-Loire - 156%). Ainsi, il est possible de déterminer les raisons d'un sous-équipement apparent alors que le relatif sur-équipement semble plus retracer des choix territoriaux (graphique 54).

Graphique 54 : Part des bénéficiaires de l'APA en établissement parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA - en décembre 2020 – écart à la médiane – en %



Source : DREES, enquête Aide sociale. Travaux mission.

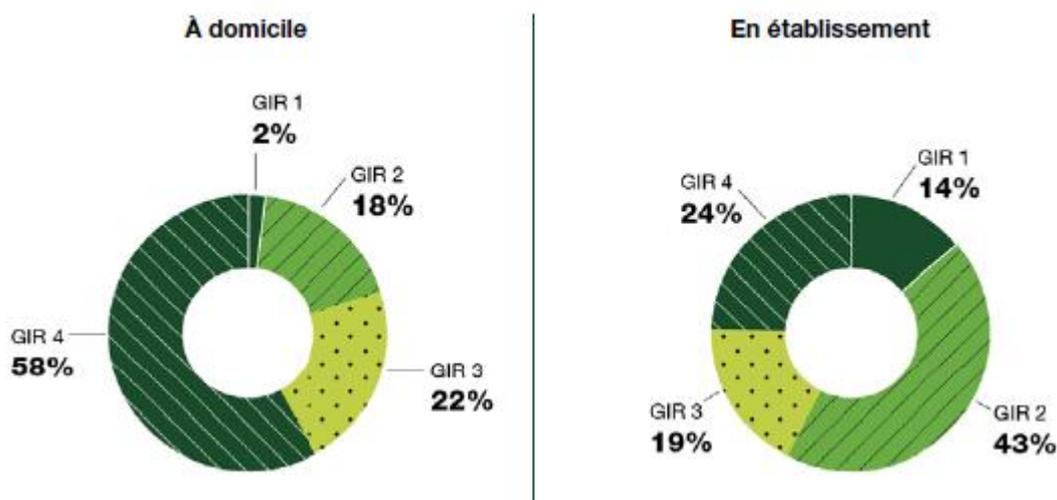
4.4. Des soutiens publics laissant un reste à charge variable

4.4.1. Une comparaison difficile des prises en charge à domicile et en établissement

Comme souligné précédemment, les populations prises en charge à domicile ou en établissement ne sont pas les mêmes : les personnes âgées les plus dépendantes sont beaucoup plus représentées en établissement (graphique 55).

Annexe IV

Graphique 55 : Répartition par GIR des bénéficiaires de l'APA en 2021, à domicile et en établissement



Source : DREES, enquête Aide sociale in CNSA, Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, 2023.

La préoccupation de comparer les prises en charge à domicile et en établissement est non seulement légitime mais pleinement justifiée. L'exercice est cependant des plus ardues et présente des limites fortes. Pour procéder à ces comparaisons, des conventions lourdes doivent être retenues :

- ◆ Les montants sont présentés hors frais de gîte et de couvert, qui sont estimés à 90% du minimum vieillesse soit 813€ par mois en 2020 ;
- ◆ Côté EHPAD, sont incluses les dépenses des trois sections (soins, dépendance et hébergement) ;
- ◆ A domicile, sont compris les champs couverts par l'allocation personnalisée d'autonomie, le crédit d'impôt et une partie des dépenses de soins (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes et psychiatres) ;
- ◆ Dans les deux situations, nombre de coûts masqués ou induits ne sont donc pas potentiellement pris en compte ;
- ◆ Les données ont été retravaillées par la DSS à partir des données DSS, CNAM, INSEE, CNAF, CNSA et DREES⁸⁶.

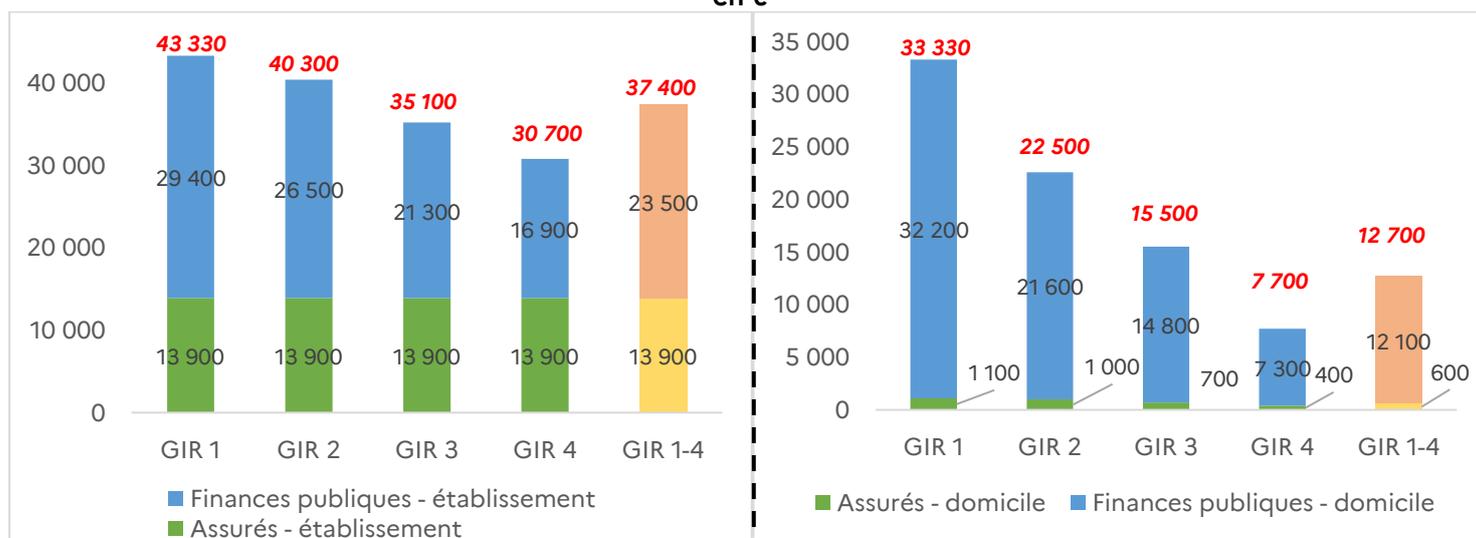
Ces réserves et conventions prises en compte, l'approche comparative (graphique 56) produit trois enseignements clés :

- ◆ **Le coût est trois fois plus élevé en établissement qu'à domicile ;**
- ◆ **La part des dépenses prises en charge par la sphère publique est aussi sans comparaison, au bénéfice des personnes prises en charge à domicile (elle est au global de 95% à domicile et de 63% en établissement) ;**
- ◆ **La part supportée par la personne prise en charge est plus de 23 fois supérieure en établissement qu'à domicile.**

⁸⁶ Pour apprécier la méthodologie retenue, voir les précisions apportées dans le *Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale « autonomie »*, édition 2023, [Autonomie \(securite-sociale.fr\)](https://www.securite-sociale.fr).

Annexe IV

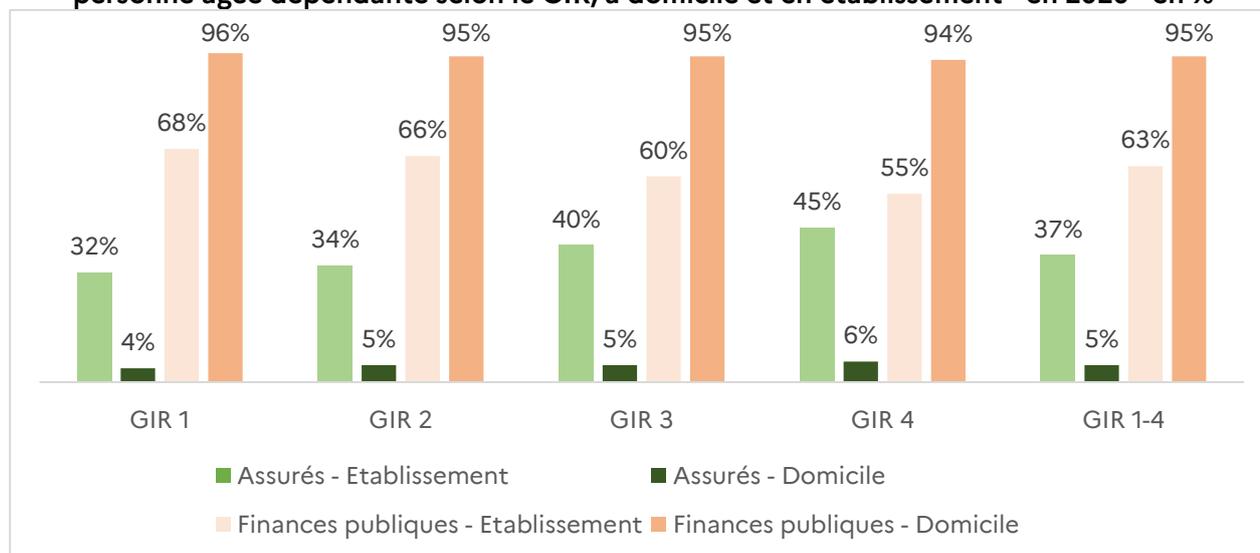
Graphique 56 : Coût moyen annuel de la prise en charge d'une personne âgée dépendante en établissement (à gauche) et à domicile (à droite) selon le GIR et avec la part publique et privée - en 2020 - en €



Source : Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale « autonomie », édition 2023. Travaux mission.

Par ailleurs, la part prise en charge par la sphère publique varie fort peu selon le degré de dépendance à domicile alors qu'en établissement, la différence est de 13 points entre une personne en GIR 1 et une personne en GIR 4 (graphique 57).

Graphique 57 : Part respective prise en charge par les finances publiques et les assurés - situation d'une personne âgée dépendante selon le GIR, à domicile et en établissement - en 2020 - en %



Source : Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale « autonomie », édition 2023. Travaux mission.

4.4.2. Des coûts de séjour variables selon les structures

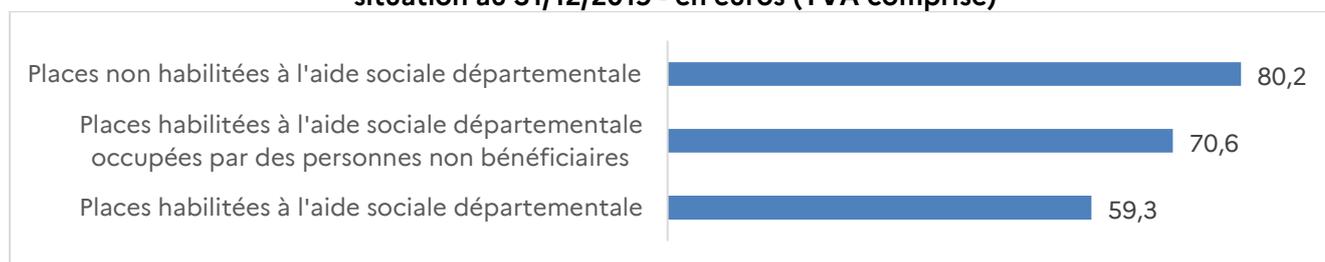
4.4.2.1. Des tarifs au titre de l'hébergement très différents selon le secteur et le territoire considéré

Les coûts de séjour au titre de l'hébergement varient fortement : la place habilitée à l'aide sociale est ainsi en 2019 plus de 20€ moins chère que la place aux tarifs libres qui est donc 35% plus chère. L'enquête de la DREES révèle une différence de tarifs selon que la place est ou non occupée par

Annexe IV

un bénéficiaire de l'aide sociale à l'hébergement, aspect qui ne peut que retenir l'attention (graphique 58).

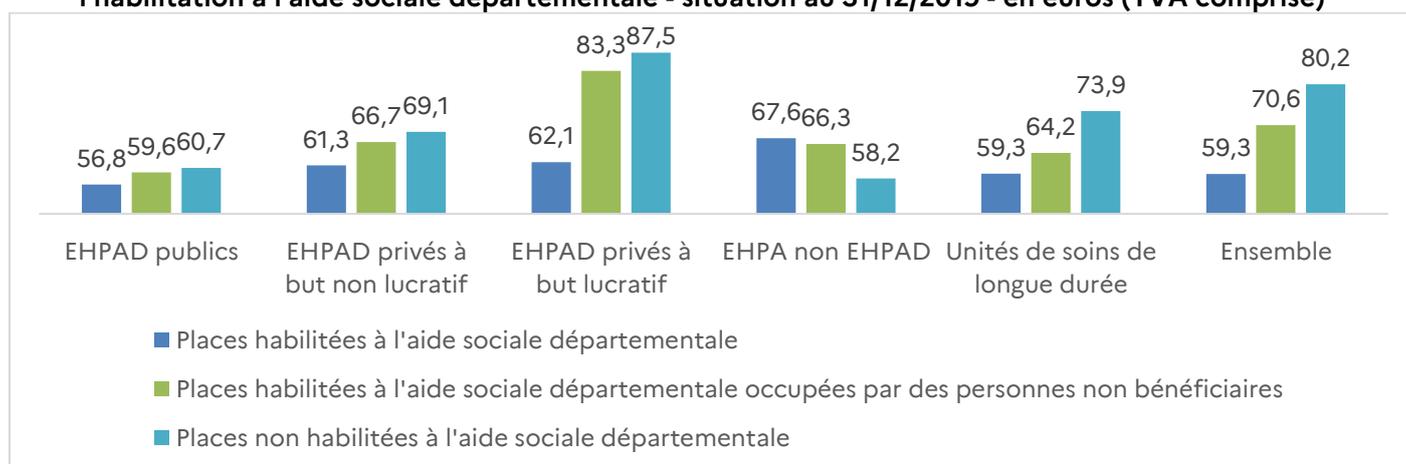
Graphique 58 : Tarifs hébergement journaliers moyens selon l'habilitation à l'aide sociale départementale - situation au 31/12/2019 - en euros (TVA comprise)



Source : Enquête EHPA 2019, DREES. Travaux mission.

Les EHPAD publics sont ceux qui pratiquent les tarifs moyens les plus bas, de manière très prononcée. Leurs tarifs sont très proches des prix moyens des places tarifées au titre de l'aide sociale départementale. Ils sont donc bien plus présents dans les territoires présentant un très haut niveau de places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement. Ils sont donc le premier levier de réponse à ces besoins particuliers. Pour autant, le faible écart entre leurs tarifs ne manque pas d'étonner. **A contrario, les EHPAD privés à but lucratif présentent les tarifs les plus élevés. Ainsi, le tarif moyen journalier le plus élevé des EHPAD privés lucratifs est 55 % supérieur au tarif journalier le plus faible des EHPAD publics.** Selon le lieu de prise en charge, les tarifs sont donc très différents, sachant que l'approche présentée ici est moyenne donc dissimulant de très fortes disparités. **Les EHPAD privés à but non lucratif présentent une situation intermédiaire**, plus proche de la situation des EHPAD publics que de celle des EHPAD privés à but lucratif. Les EHPA non-EHPAD présentent des tarifs très atypiques mais ceci s'explique sans nul doute par leur très faible nombre. Enfin, les USLD présentent un écart tarifaire moyen de 25 % entre la place habilitée à l'aide sociale et celle aux tarifs libres, ce qui montre qu'elles disposent d'une plus grande latitude apparente dans la fixation de leurs tarifs libres (graphique 59).

Graphique 59 : Tarifs hébergement journaliers moyens par catégorie d'établissements et selon l'habilitation à l'aide sociale départementale - situation au 31/12/2019 - en euros (TVA comprise)



Source : Enquête EHPA 2019, DREES. Travaux mission.

Cette approche moyenne est néanmoins pour partie trompeuse : l'écart est prononcé entre les valeurs moyennes et les valeurs médianes, ce qui reflète une très forte dispersion des tarifs. Cette dernière est encore plus forte entre les entités du secteur privé lucratif qu'entre celles du secteur public (tableau 10).

Annexe IV

Tableau 10 : Dispersion des tarifs hébergement journaliers moyens par catégorie d'établissements et selon l'habilitation à l'aide sociale départementale - situation au 31/12/2019 - en euros (TVA comprise)

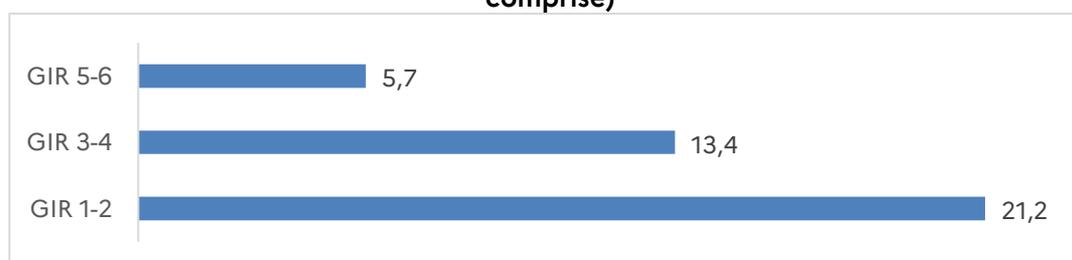
	Catégorie détaillée d'établissement - utilisée	5 ^e centile	10 ^e centile	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	90 ^e centile	95 ^e centile	Différence 5 ^e centile / 95 ^e centile
Places habilitées à l'aide sociale départementale	EHPAD publics	48,19	49,71	52,83	56,37	59,98	63,27	66,94	18,75
	EHPAD privés à but non lucratif	50,45	52,50	55,71	59,99	65,00	72,57	76,39	25,94
	EHPAD privés à but lucratif	51,50	52,64	55,36	58,80	64,96	76,39	82,76	31,26
	EHPA non EHPAD	35,03	44,10	50,83	59,67	90,41	107,90	118,45	83,41
	Unités de soins de longue durée	48,85	50,75	53,96	57,49	62,66	69,99	78,39	29,54
	Ensemble	48,84	50,78	53,97	57,75	62,38	69,00	75,48	26,64
Places habilitées à l'aide sociale départementale occupées par des personnes non bénéficiaires	EHPAD publics	52,07	53,55	55,73	58,90	62,25	66,92	69,00	16,93
	EHPAD privés à but non lucratif	53,79	55,45	59,80	65,50	70,87	79,46	87,90	34,11
	EHPAD privés à but lucratif	57,30	62,97	72,61	81,52	90,00	102,00	110,07	52,77
	EHPA non EHPAD	55,00	55,05	62,80	66,55	67,94	89,13	89,13	34,13
	Unités de soins de longue durée	54,00	56,07	59,69	61,10	69,13	78,46	82,00	28,00
	Ensemble	53,80	55,36	59,43	66,92	79,05	90,00	98,78	44,98
Places non habilitées à l'aide sociale départementale	EHPAD publics	50,03	52,60	56,00	60,84	65,00	67,63	76,74	26,72
	EHPAD privés à but non lucratif	43,56	54,00	60,44	66,03	74,67	84,24	92,35	48,79
	EHPAD privés à but lucratif	63,45	67,30	75,00	84,76	95,00	109,00	120,99	57,54
	EHPA non EHPAD	14,00	30,67	49,67	57,29	69,93	89,02	100,00	86,00
	Unités de soins de longue durée	56,54	58,24	62,13	73,99	78,17	97,00	105,50	48,96
	Ensemble	53,12	58,00	66,00	78,00	90,00	102,99	114,41	61,28

Source : Enquête EHPA 2019, DREES. Travaux mission.

4.4.2.2. Des montants dus au titre de la dépendance qui sont moins variables que les tarifs au titre de l'hébergement

En moyenne et toutes catégories d'établissements confondues, le tarif journalier dépendance est près de quatre fois supérieur pour les personnes en GIR 1-2 par rapport à celles en GIR 5-6 (graphique 60).

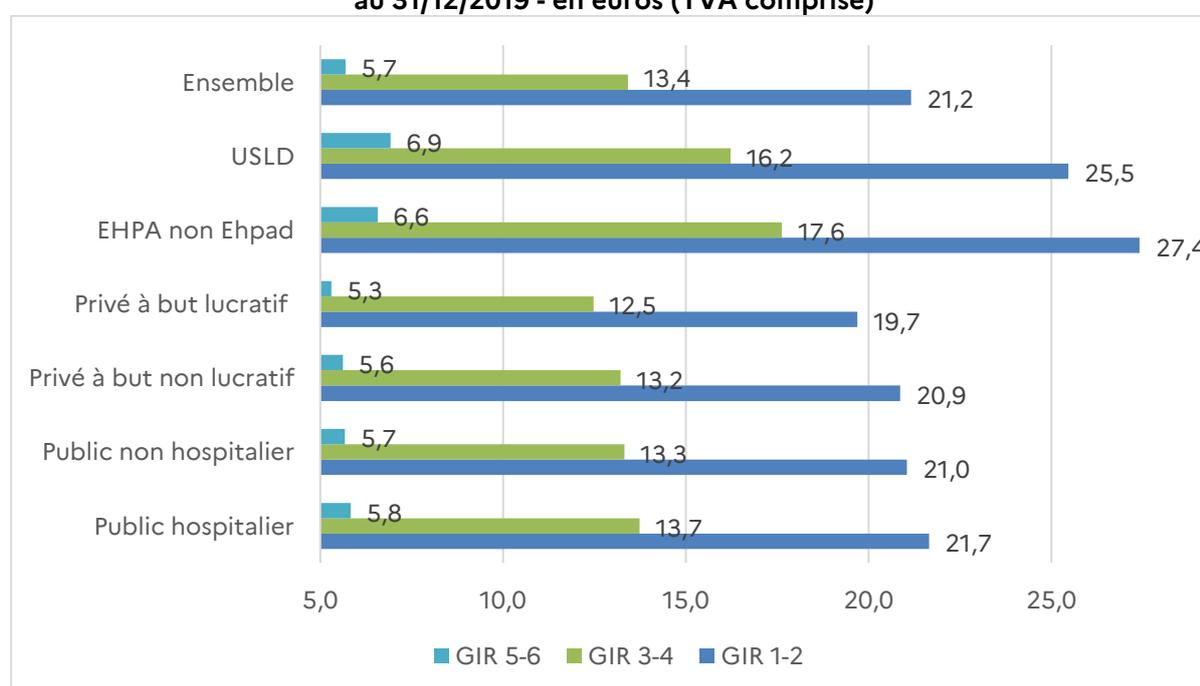
Graphique 60 : Tarifs dépendance journaliers moyens par GIR - situation au 31/12/2019 - en euros (TVA comprise)



Source : Enquête EHPA 2019, DREES. Travaux mission.

L'élément explicatif déterminant des différences de tarif moyen est le GIR. En effet, les différences sectorielles entre EHPAD publics hospitaliers ou non, EHPAD privés à but non lucratif ou EHPAD privés à but lucratif sont relativement faibles. Les situations des USLD et des EHPA non-EHPAD sont *sui generis* et distinctes des EHPAD classiques (graphique 61).

Graphique 61 : Tarifs dépendance journaliers moyens par GIR et par catégorie d'établissements - situation au 31/12/2019 - en euros (TVA comprise)



Source : Enquête EHPA 2019, DREES. Travaux mission.

Là encore, la dispersion demeure très forte, tous secteurs confondus et tous GIR confondus : la dynamique territoriale est très forte et induit une différenciation locale très prégnante des tarifs (tableau 11).

Annexe IV

Tableau 11 : Dispersion des tarifs dépendance journaliers moyens par GIR et par catégorie d'établissements - situation au 31/12/2019 - en euros (TVA comprise)

	Statut juridique des EHPAD	5 ^e centile	10 ^e centile	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	90 ^e centile	95 ^e centile	Différence 5 ^e centile / 95 ^e centile
GIR 1-2	Public hospitalier	18,03	18,92	20,03	21,38	22,78	24,60	26,05	8,02
	Public non hospitalier	16,94	18,12	19,55	20,82	22,34	23,95	25,52	8,58
	Privé à but non lucratif	17,07	18,10	19,18	20,50	21,92	23,74	25,23	8,16
	Privé à but lucratif	16,19	16,71	18,04	19,66	21,01	22,44	23,61	7,42
	EHPA non Ehpap	13,14	17,37	18,82	25,62	35,22	44,69	46,49	33,35
	USLD	19,10	20,72	22,81	25,10	27,61	30,40	32,49	13,39
	Ensemble	16,71	17,76	19,24	20,70	22,42	24,74	26,81	10,10
GIR 3-4	Public hospitalier	11,45	12,02	12,72	13,58	14,46	15,70	16,67	5,22
	Public non hospitalier	10,73	11,50	12,40	13,21	14,19	15,23	16,33	5,60
	Privé à but non lucratif	10,77	11,46	12,17	13,02	13,93	15,10	16,04	5,27
	Privé à but lucratif	10,23	10,58	11,45	12,49	13,34	14,24	14,99	4,76
	EHPA non Ehpap	8,34	11,05	11,98	16,32	22,27	25,25	28,22	19,88
	USLD	12,01	13,12	14,46	15,92	17,56	19,29	20,69	8,68
	Ensemble	10,55	11,25	12,21	13,14	14,23	15,73	17,12	6,57
GIR 5-6	Public hospitalier	4,87	5,11	5,40	5,76	6,13	6,60	7,02	2,15
	Public non hospitalier	4,71	4,94	5,28	5,61	6,01	6,45	6,86	2,15
	Privé à but non lucratif	4,68	4,90	5,18	5,52	5,91	6,39	6,73	2,05
	Privé à but lucratif	4,37	4,51	4,88	5,31	5,65	6,05	6,37	2,00
	EHPA non Ehpap	3,01	3,78	5,04	6,63	8,68	10,20	10,63	7,62
	USLD	4,97	5,52	6,14	6,75	7,45	8,08	8,65	3,68
	Ensemble	4,56	4,81	5,19	5,57	6,03	6,62	7,13	2,57

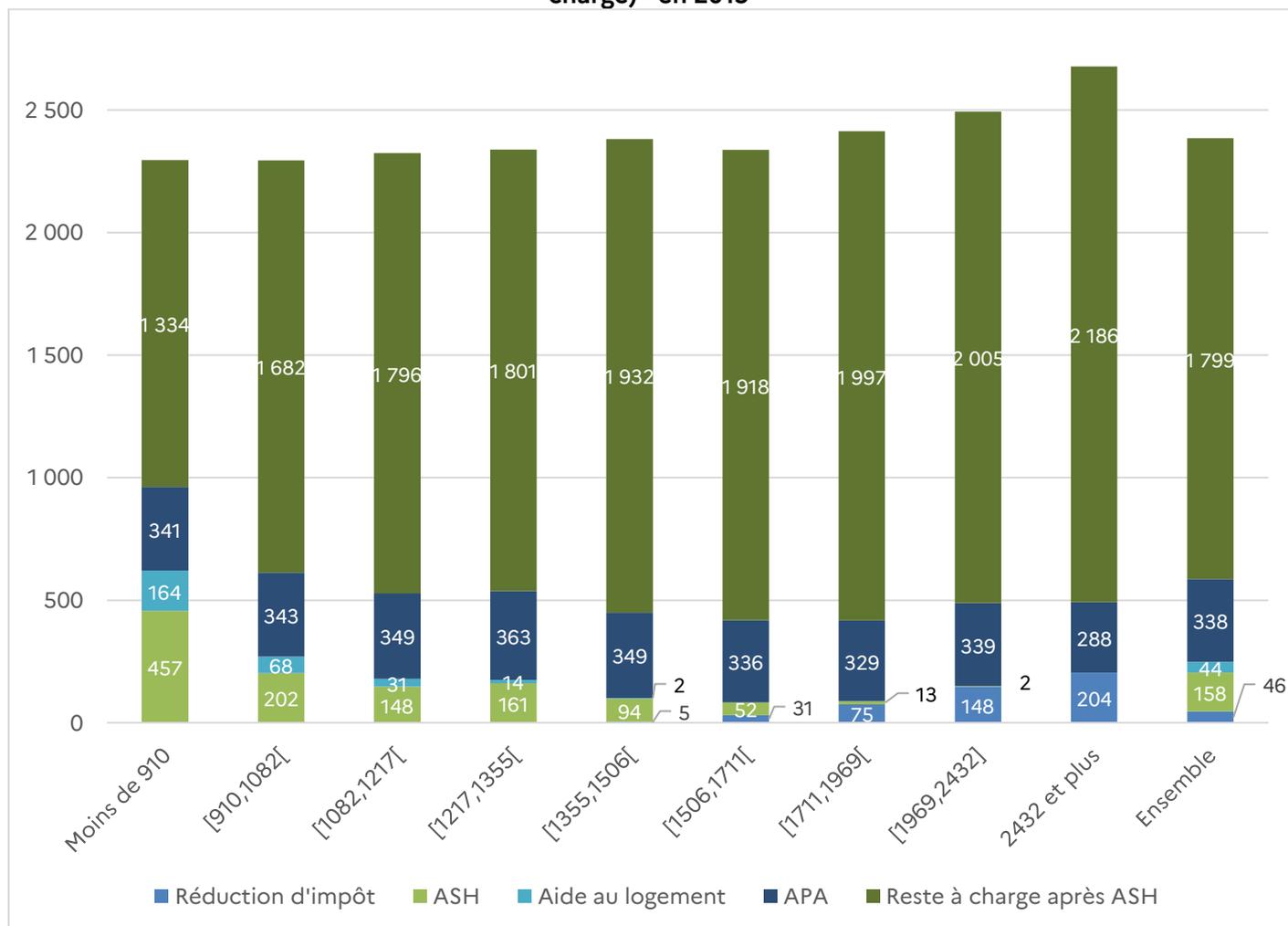
Source : Enquête EHPA 2019, DREES. Travaux mission.

4.4.3. Une prise en charge publique très variable

4.4.3.1. Un coût du séjour qui varie peu selon le niveau de revenus

Dans une approche globale, moyenne et simulée, **après interventions et soutiens publics, le coût de l'hébergement en EHPAD varie relativement peu selon le niveau de revenus** : entre la catégorie aux revenus les plus faibles et celle aux revenus les plus importants, la différence est de 382€ par mois (graphique 62).

Graphique 62 : Coût de l'hébergement en EHPAD - par niveau de revenus (soutiens publics et reste à charge) - en 2019



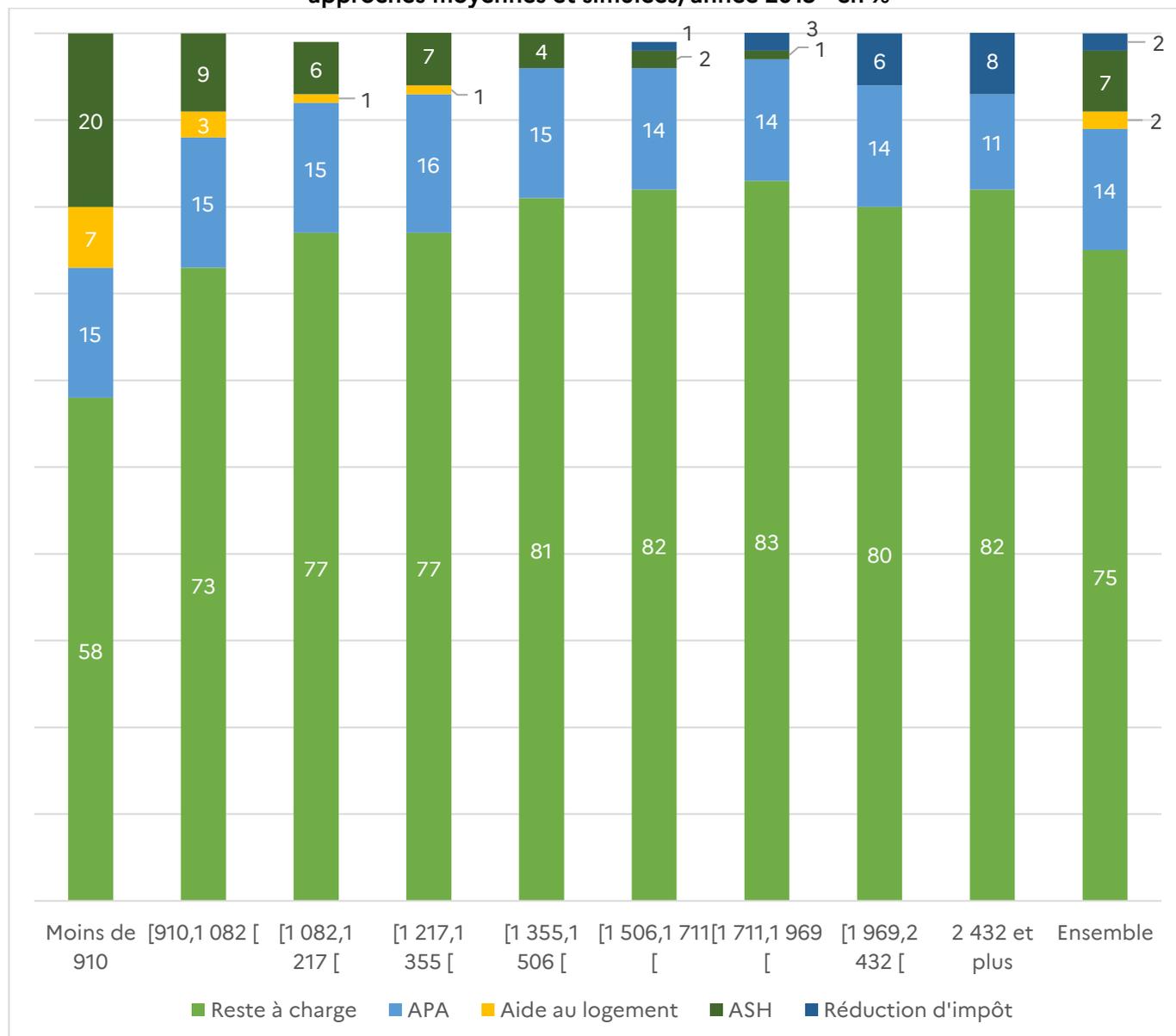
Source : DREES, Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ?, juillet 2022 (Enquête CARE-Institutions 2016 appariée aux données socio-fiscales, enquête Aide sociale 2019, prix ESMS 2019 de la CNSA, modèle Autonomix, DREES). Travaux mission.

Champ : Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en EHPA, EHPAD et USLD en 2019, France hors Mayotte.
Note : Les tranches de ressources ont été construites de façon à représenter une proportion de résidents en établissement pour personnes âgées d'environ 10 %, excepté pour la première tranche qui totalise 20 % de cette population. Le revenu individuel des seniors en couple a été obtenu en divisant par 2 le revenu total du senior et de son conjoint.

Annexe IV

Cette approche en valeur absolue est tempérée par une approche en valeur relative : les résidents avec les revenus les plus bas sont ceux qui sont les plus soutenus (graphique 63).

Graphique 63 : Répartition des frais de séjour en établissement par type de financement selon les revenus, approches moyennes et simulées, année 2019 - en %



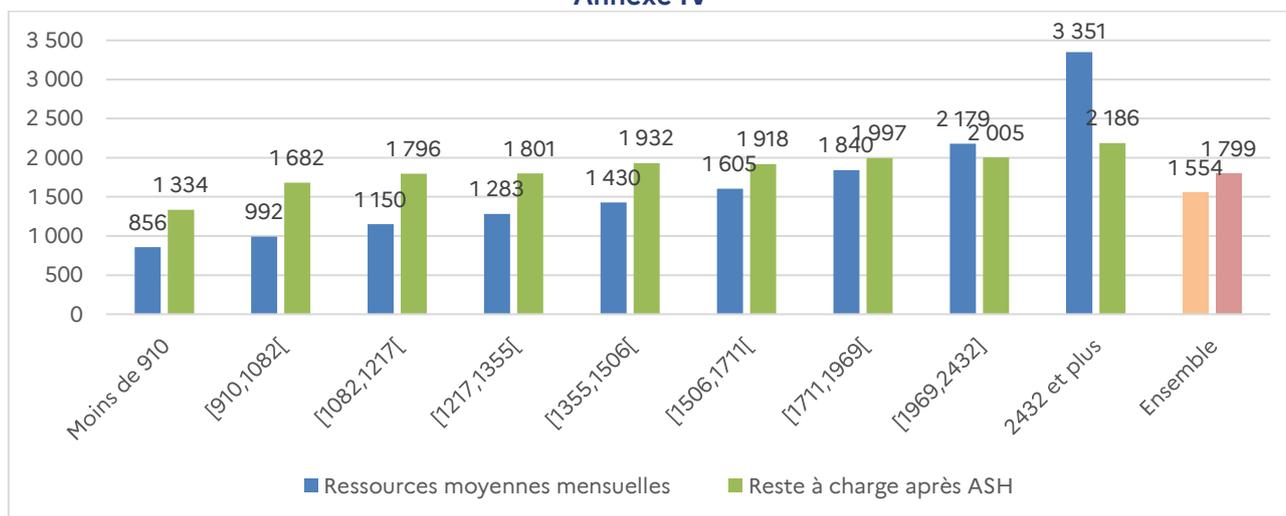
Source : DREES, Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ?, juillet 2022 (Enquête CARE-Institutions 2016 appariée aux données socio-fiscales, enquête Aide sociale 2019, prix ESMS 2019 de la CNSA, modèle Autonomix, DREES) Travaux mission. Champ : Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en EHPA, EHPAD et USLD en 2019, France hors Mayotte. Note : Les tranches de ressources ont été construites de façon à représenter une proportion de résidents en établissement pour personnes âgées d'environ 10 %, excepté pour la première tranche qui totalise 20 % de cette population. Le revenu individuel des seniors en couple a été obtenu en divisant par 2 le revenu total du senior et de son conjoint.

Pour les différentes catégories de résidents, le revenu courant est le plus souvent inférieur aux coûts supportés (graphique 64). Sur les neuf catégories de revenus :

- ◆ Pour les sept premières, les revenus ne permettent pas de couvrir le coût de l'hébergement ;
- ◆ L'écart est très fort sur les cinq premières catégories ;
- ◆ Seules les 2 dernières catégories peuvent supporter le coût de l'EHPAD *via* leurs seuls revenus.

Graphique 64 : Reste à charge après interventions et soutiens publics et niveau de ressources - en 2019

Annexe IV



Source : DREES, Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ?, juillet 2022 (Enquête CARE-Institutions 2016 appariée aux données socio-fiscales, enquête Aide sociale 2019, prix ESMS 2019 de la CNSA, modèle Autonomix, DREES) Travaux mission.

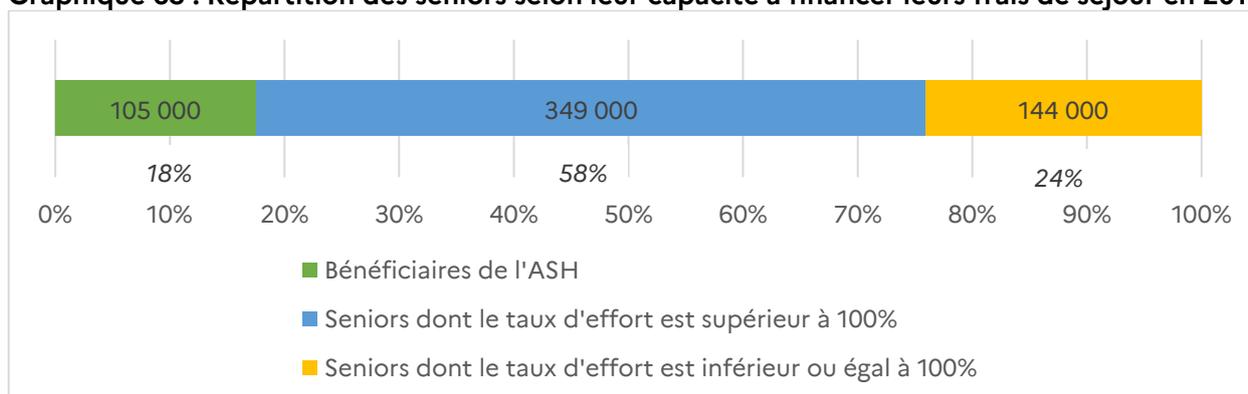
Champ : Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en EHPA, EHPAD et USLD en 2019, France hors Mayotte.

Note : Les tranches de ressources ont été construites de façon à représenter une proportion de résidents en établissement pour personnes âgées d'environ 10 %, excepté pour la première tranche qui totalise 20 % de cette population. Le revenu individuel des seniors en couple a été obtenu en divisant par 2 le revenu total du senior et de son conjoint.

4.4.3.2. Plus des trois quarts des résidents ne peuvent faire face aux coûts de séjour via leurs seuls revenus courants

Ainsi, pour 76% des résidents, leurs revenus courants ne leur permettent pas de faire face aux frais à leur charge au titre de leur séjour en établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (graphique 65). Parmi ceux-ci, 18 % bénéficieraient de l'aide sociale à l'hébergement et 58 % trouveraient un moyen de financer leur séjour (par leurs proches, en mobilisant leur épargne ou leur patrimoine). Le séjour en EHPAD doit être financé par d'autres voies que les revenus courants pour 76 % des résidents.

Graphique 65 : Répartition des seniors selon leur capacité à financer leurs frais de séjour en 2016



Source : DREES, Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ?, juillet 2022 (Enquête CARE-Institutions 2016 appariée aux données socio-fiscales, enquête Aide sociale 2016, modèle Autonomix, DREES) Travaux mission. Champ : Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en EHPA, EHPAD et USLD en 2019, France hors Mayotte.

4.4.3.3. Des soutiens publics plus forts pour les bas revenus qui contribuent à diminuer le taux d'effort demandé

Dans une approche moyenne et simulée, **l'apport des soutiens publics est indéniable en ce qu'il permet en moyenne et de manière simulée de baisser significativement l'effort demandé** aux différents profils de résidents, le niveau de soutien étant le plus important pour ceux ayant les revenus les plus bas (tableau 12).

Tableau 12 : Estimation du taux d'effort selon les aides prises en compte en 2019 – en %

Ressources mensuelles (€)	Sans aide	APA	APA et aides au logement	APA, aides au logement, réduction d'impôt	APA, aides au logement, réduction d'impôt, ASH	Apport des aides
Moins de 910	269	229	210	210	157	112
[910, 1082[	232	197	190	190	170	62
[1082,1217[	202	172	169	169	156	46
[1217, 1355[	182	154	153	153	140	42
[1355, 1506[	167	142	142	142	135	32
[1506, 1711[	146	125	125	123	120	26
[1711, 1969[	131	113	113	109	109	22
[1969, 2432[	115	99	99	93	92	23
2432 et plus	87	77	77	71	71	16
Total	180	154	149	147	131	49

Source : DREES, Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ?, juillet 2022 (Enquête CARE-Institutions 2016 appariée aux données socio-fiscales, enquête Aide sociale 2019, prix ESMS 2019 de la CNSA, modèle Autonomix, DREES) Travaux mission.

Champ : Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en EHPA, EHPAD et USLD en 2019, France hors Mayotte.
Note : Les tranches de ressources ont été construites de façon à représenter une proportion de résidents en établissement pour personnes âgées d'environ 10 %, excepté pour la première tranche qui totalise 20 % de cette population. Le revenu individuel des seniors en couple a été obtenu en divisant par 2 le revenu total du senior et de son conjoint.

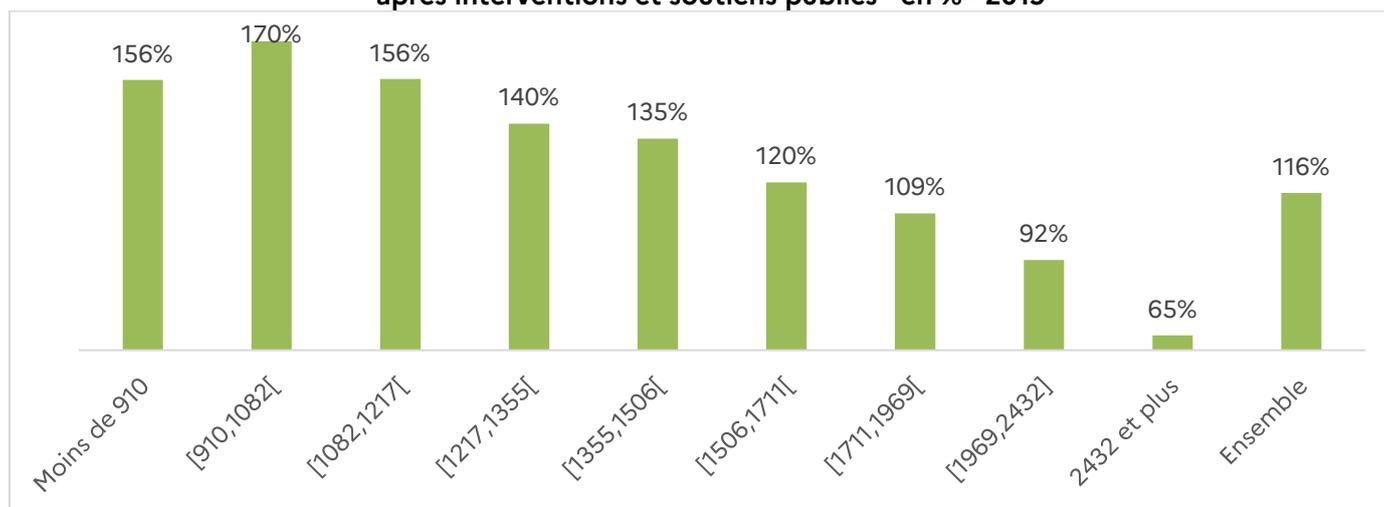
Lecture : Les seniors dont les ressources sont comprises entre 1 082 et 1 217 euros auraient un taux d'effort égal à 202 % s'ils ne bénéficiaient d'aucune aide. Leur taux d'effort est de 156 % avec prise en compte de toutes les aides.

4.4.3.4. Après soutiens publics un taux d'effort qui demeure toujours plus important pour les catégories les plus modestes

Si l'apport des soutiens publics est important, **après interventions et soutiens publics, l'effort demandé demeure très important, surtout pour les catégories les plus modestes** : le système paraît donc insuffisamment redistributif. Les soutiens publics à apporter, ici simulés et estimés à la moyenne, sont à reconsidérer (graphique 66).

Annexe IV

Graphique 66 : Taux d'effort soit rapport entre le coût de l'hébergement et les revenus des résidents - après interventions et soutiens publics - en % - 2019



Source : DREES, Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ?, juillet 2022 (Enquête CARE-Institutions 2016 appariée aux données socio-fiscales, enquête Aide sociale 2019, prix ESMS 2019 de la CNSA, modèle Autonomix, DREES) Travaux mission.

Champ : Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en EHPA, EHPAD et USLD en 2019, France hors Mayotte.

Note : Les tranches de ressources ont été construites de façon à représenter une proportion de résidents en établissement pour personnes âgées d'environ 10 %, excepté pour la première tranche qui totalise 20 % de cette population. Le revenu individuel des seniors en couple a été obtenu en divisant par 2 le revenu total du senior et de son conjoint.

4.4.3.5. Un dispositif de soutien perfectible, une approche moyenne et simulée mettant en avant les soutiens moindres accordés aux déciles quatre à six par rapport aux déciles sept à neuf : courbe en U ou courbe en J ?

Dans une approche moyenne et simulée⁸⁷, la courbe des soutiens apportés montre ainsi un impact équivalent (donc peu redistributif) de l'APA en établissement à tous les niveaux de revenus. Elle souligne également l'apport de l'ASH pour les revenus les plus bas alors que le rôle des aides au logement est plus faible. Au-delà, la réduction d'impôt joue un rôle très important pour les plus hauts revenus. Partant, en 2019, les résidents ayant un revenu moyen compris entre 1 355 et 1 969€ sont moins aidés par la sphère publique que ceux ayant un revenu supérieur à 1 969€.

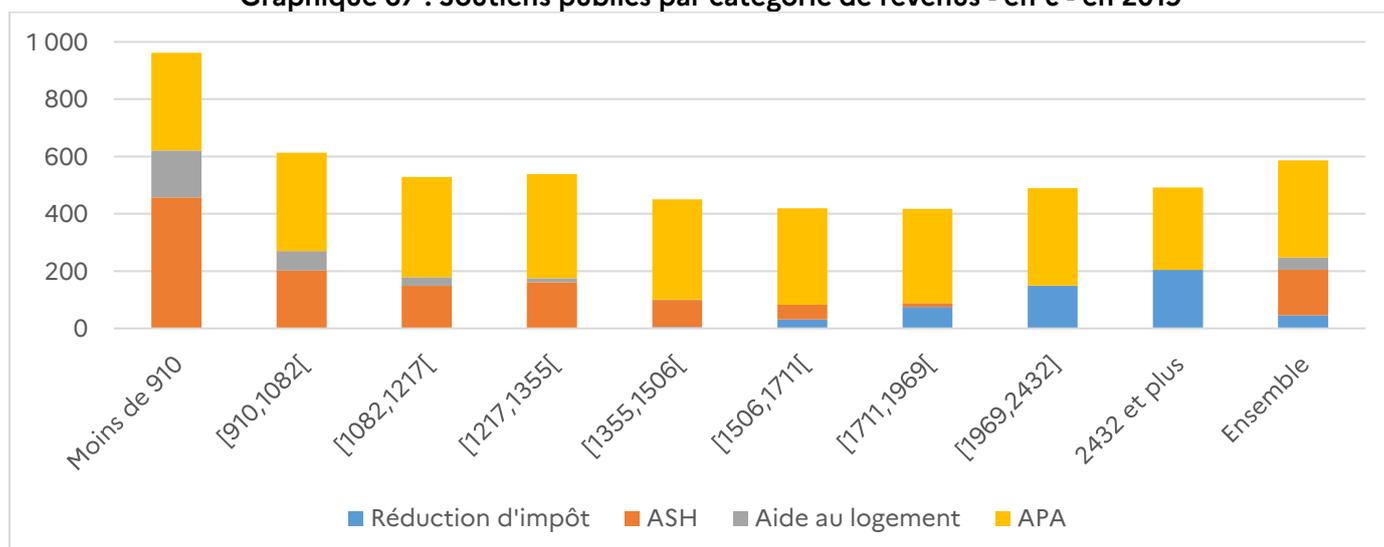
Le dispositif de soutien souffre ainsi d'un double écueil : l'APA en établissement ne joue pas de rôle redistributif, la réduction d'impôt constitue un avantage favorisant avant tout les revenus élevés. Il en résulte une courbe en « U » ou plutôt en « J » qui souligne les limites du cadre actuel (graphique 67).

On rappelle ici que ces catégories visent à embrasser les situations de plus de 600 000 personnes au moyen de simulations et de données issues d'enquêtes et alors que tout montre que les situations individuelles et territoriales sont des plus variables. La tendance est clairement univoque mais dissimule assurément des écueils sans doute encore plus importants qu'une approche plus exhaustive ou au cas par cas révélerait.

⁸⁷ La mission a sollicité la DREES pour disposer d'une approche affinée non plus en décile mais en vingtile, les tendances obtenues via le modèle Autonomix -donc des approches moyennes et simulées- sont cohérentes avec la dynamique décrite dans l'approche présentée ici et reprise des données publiées par la DREES.

Annexe IV

Graphique 67 : Soutiens publics par catégorie de revenus - en € - en 2019



Source : DREES, Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ?, juillet 2022 (Enquête CARE-Institutions 2016 appariée aux données socio-fiscales, enquête Aide sociale 2019, prix ESMS 2019 de la CNSA, modèle Autonomix, DREES) Travaux mission.

Champ : Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en EHPA, EHPAD et USLD en 2019, France hors Mayotte.
Note : Les tranches de ressources ont été construites de façon à représenter une proportion de résidents en établissement pour personnes âgées d'environ 10 %, excepté pour la première tranche qui totalise 20 % de cette population. Le revenu individuel des seniors en couple a été obtenu en divisant par 2 le revenu total du senior et de son conjoint.

Si l'on passe d'une approche par niveau de revenus à une approche par GIR, la situation apparaît là encore paradoxale, en ce que les soutiens par résident les plus importants seraient offerts aux résidents de GIR 2 devant ceux de GIR 1 et ceux de GIR 4. **Le cadre actuel ne peut donc davantage être défendu au regard du fait que les soutiens seraient les plus importants pour les personnes les plus dépendantes. Quelle que soit l'orientation retenue, le dispositif actuel de soutien semble des plus perfectibles** (tableau 13).

Tableau 13 : Nombre de résidents, tarifs et soutiens *moyens et simulés* accordés par GIR – en 2019 en nombre et en €

GIR	Nombre de résidents	Tarif hébergement	Tarif dépendance	APA	Aide au logement	ASH	Réduction d'impôt	Total aides / résident
1	100 800	2 233	793	577	51	241	53	869
2	219 900	4 955	1 717	1 260	115	386	119	1 761
3	97 500	2 203	471	270	55	199	55	524
4	129 600	2 915	634	367	71	244	67	682
5	36 800	842	75	0	20	55	28	75
6	26 100	591	51	0	11	36	18	47
Ensemble	610 700	13 740	3 741	2 475	324	1 161	339	-

Source : DREES, Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ?, juillet 2022 (Enquête CARE-Institutions 2016 appariée aux données socio-fiscales, enquête Aide sociale 2019, prix ESMS 2019 de la CNSA, modèle Autonomix, DREES) Travaux mission. *Champ* : Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en EHPA, EHPAD et USLD en 2019, France hors Mayotte. *Note* : les montants sont moyens et simulés, la moyenne est établie en prenant en compte l'équivalent annualisé des dépenses au titre du mois moyen (dépenses du mois multipliées par 12).

Annexe IV

L'analyse des soutiens accordés à un niveau individuel souligne là encore que le niveau de GIR joue un rôle des plus tenus dans la détermination du reste à charge supporté par les résidents (tableau 14).

Tableau 14 : Tarifs en établissement et soutiens *moyens et simulés* accordés par GIR – en 2019 et en €

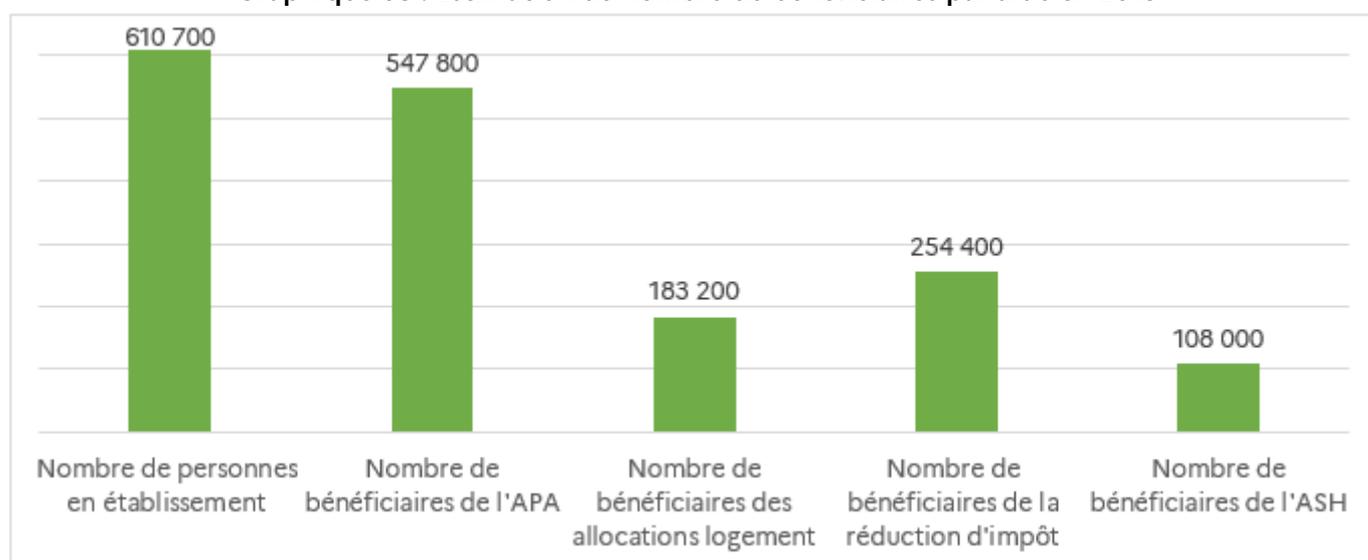
GIR	Tarif hébergement	Tarif dépendance	APA	Aide au logement	Réduction d'impôt	ASH	Reste à charge avant ASH	Reste à charge après ASH
1	1 847	656	477	42	43	199	1 940	1 740
2	1 878	651	478	44	45	146	1 962	1 816
3	1 882	402	231	47	47	170	1 960	1 790
4	1 875	408	236	45	43	157	1 958	1 801
5	1 905	170	0	46	64	125	1 965	1 840
6	1 889	163	0	36	57	114	1 960	1 845
Total	1 875	510	338	44	46	158	1 957	1 799

Source : DREES, Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ?, juillet 2022 (Enquête CARE-Institutions 2016 appariée aux données socio-fiscales, enquête Aide sociale 2019, prix ESMS 2019 de la CNSA, modèle Autonomix, DREES) Travaux mission. Champ : Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en EHPA, EHPAD et USLD en 2019, France hors Mayotte. Note : les montants sont moyens et simulés.

4.4.4. Des soutiens publics variés devant être réappréciés

Dans l'approche retenue par la DREES pour procéder aux simulations, les soutiens sont réputés maximisés par les résidents, l'hypothèse étant celui d'un recours quasi intégral aux soutiens quérables (APA, aides au logement et réduction d'impôt). Seule l'aide sociale à l'hébergement donne lieu à une analyse plus ciblée, en ce que le bénéfice de l'ASH entraîne des obligations lourdes (graphique 68).

Graphique 68 : Estimation du nombre de bénéficiaires par aide en 2019



Source : DREES, Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ?, juillet 2022 (Enquête CARE-Institutions 2016 appariée aux données socio-fiscales, enquête Aide sociale 2019, prix ESMS 2019 de la CNSA, modèle Autonomix, DREES) Travaux mission. Champ : Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en EHPA, EHPAD et USLD en 2019, France hors Mayotte.

Cette hypothèse de fort niveau de recours est encore mieux présentée dans le tableau 15.

Tableau 15 : Estimation de la part de bénéficiaires par aide par rapport à l'ensemble de la population accueillie en établissement - selon le GIR - en 2019 - en nombre et en %

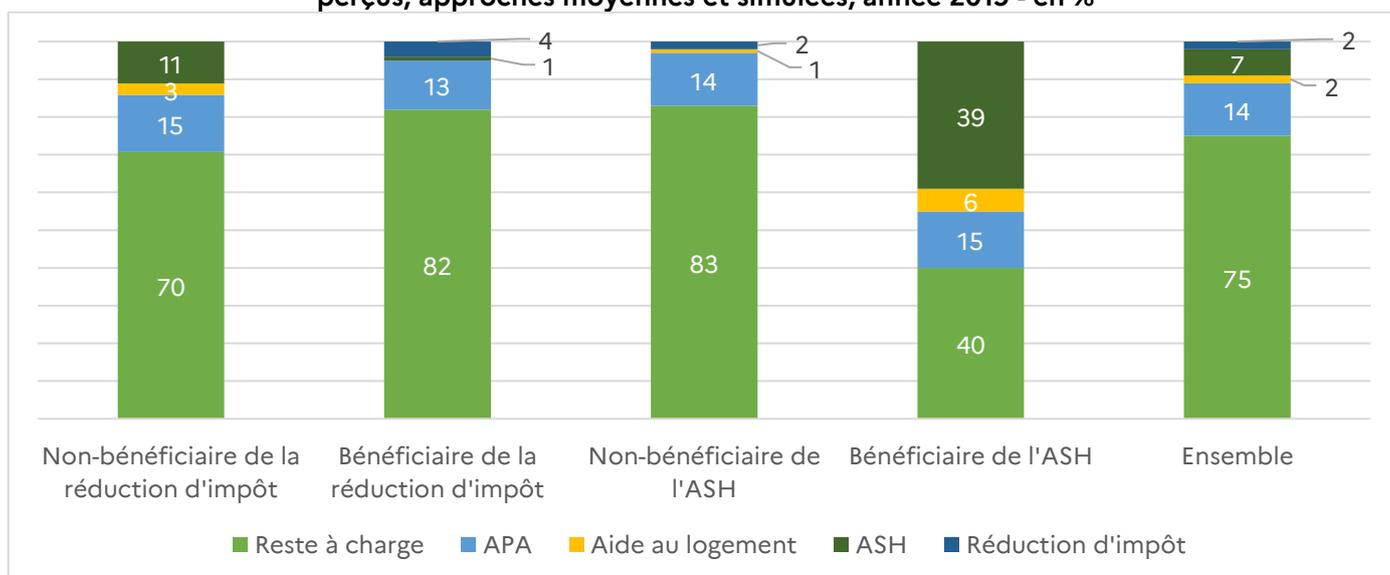
Annexe IV

GIR	Nombre de personnes en établissement	Part des bénéficiaires de l'APA	Part des bénéficiaires des aides au logement	Part des bénéficiaires de la réduction d'impôt	Part des bénéficiaires de l'ASH
GIR 1	100 800	100%	30%	39%	23%
GIR 2	219 900	100%	31%	40%	16%
GIR 3	97 500	100%	31%	40%	19%
GIR 4	129 600	100%	30%	42%	17%
GIR 5	36 800	0%	30%	51%	15%
GIR 6	26 100	0%	22%	54%	15%
Ensemble	610 700	90%	30%	42%	18%

Source : DREES, Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ?, juillet 2022 (Enquête CARE-Institutions 2016 appariée aux données socio-fiscales, enquête Aide sociale 2019, prix ESMS 2019 de la CNSA, modèle Autonomix, DREES) Travaux mission. Champ : Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en EHPA, EHPAD et USLD en 2019, France hors Mayotte.

La qualité de bénéficiaire d'un soutien, après intervention publique, permet d'apprécier les différents profils de prise en charge, de souligner que **l'apport de l'APA en établissement est comparable et que ce sont bien les autres soutiens qui varient dans leur ampleur et leur nature, conduisant à une part restant à charge comprise entre 40 et 83 %** (graphique 69).

Graphique 69 : Répartition des frais de séjour en établissement par type de financement selon les soutiens perçus, approches moyennes et simulées, année 2019 - en %



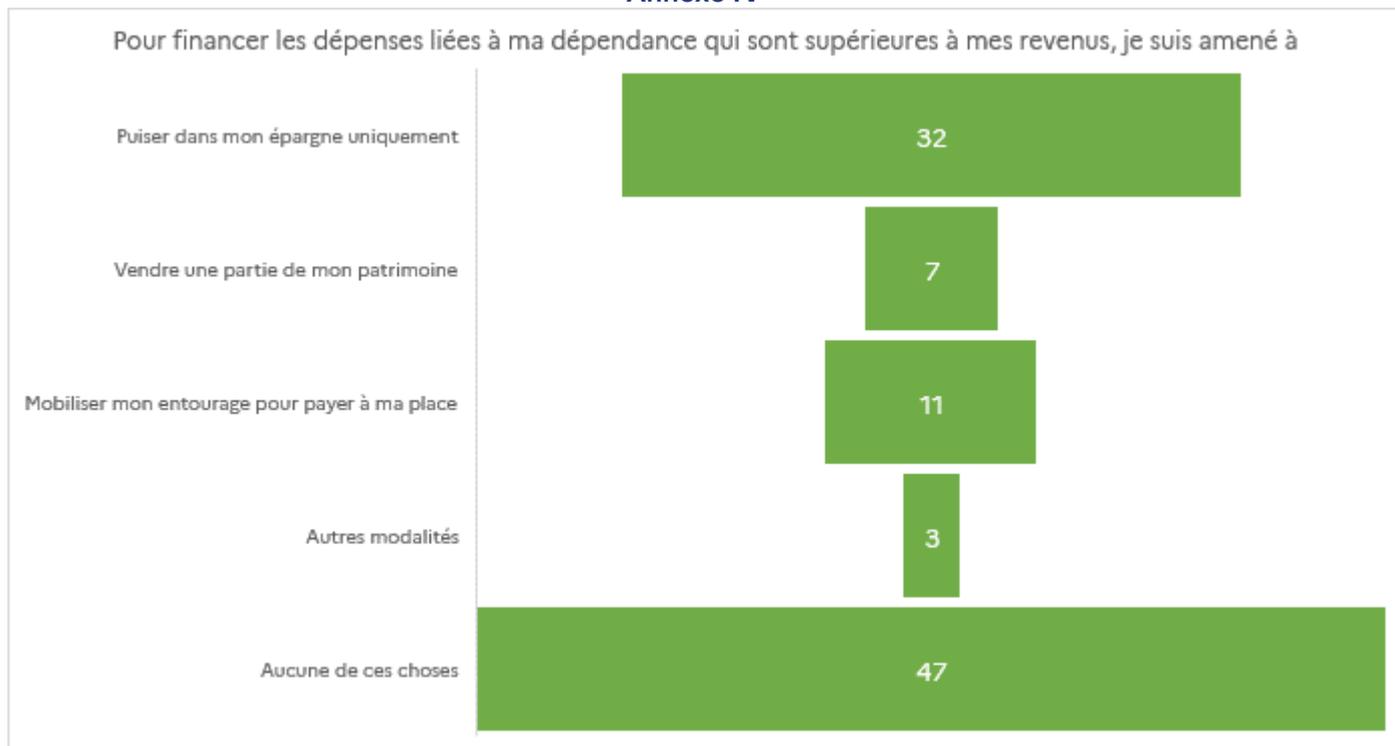
Source : DREES, Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ?, juillet 2022 (Enquête CARE-Institutions 2016 appariée aux données socio-fiscales, enquête Aide sociale 2019, prix ESMS 2019 de la CNSA, modèle Autonomix, DREES) Travaux mission. Champ : Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en EHPA, EHPAD et USLD en 2019, France hors Mayotte.

4.4.5. Les modalités de financement du reste à charge demeurent largement inconnues

La mission a été amenée à solliciter les établissements par voie d'enquête à ce sujet (voir annexe 6). Dans le cadre de son enquête sur l'aide sociale, la DREES a été amenée à interroger les personnes prises en charge et confrontées à des coûts de séjour supérieurs à leurs revenus. Le financement de ce surcoût est **assuré a priori au premier chef par l'épargne mais la principale réponse est pragmatique et reflet de la « débrouille » existant actuellement** (graphique 70).

Graphique 70 : Répartition des moyens utilisés pour financer les dépenses liées à la perte d'autonomie pour les seniors ayant un taux d'effort supérieur à 100 % et ayant répondu à la question – en %

Annexe IV



Source : DREES, Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ?, juillet 2022 (Enquête CARE-Institutions 2016 appariée aux données socio-fiscales, enquête Aide sociale 2016, EHPA 2015, modèle Autonomix, DREES) Travaux mission. Champ : Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en EHPA, EHPAD et USLD en 2019, France hors Mayotte. Note : les autres modalités sont d'autres combinaisons possibles : puiser dans l'épargne et/ou économiser sur d'autres postes de dépenses et/ou faire un emprunt à la banque et/ou auprès de l'entourage.

4.5. Une analyse indispensable et spécifique de l'aide sociale à l'hébergement (ASH)

Les travaux mettent en avant le rôle clé de l'aide sociale à l'hébergement. Celle-ci ne bénéficie pas qu'aux résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ces structures demeurent cependant le premier lieu de prise en charge des bénéficiaires de l'ASH. Au regard des coûts de la prise en charge, le bénéfice de l'ASH peut en effet paraître totalement incontournable pour certains profils. Et le seul bénéfice de l'ASH, comme on l'a vu, ne peut garantir un taux d'effort paraissant supportable pour des ménages aux revenus modestes voire très modestes.

Le dispositif d'ASH a trop souvent jusqu'ici fait l'objet d'une analyse résiduelle, en l'appréciant comme un filet de sécurité offert aux plus modestes, présenté parfois comme une opération avantageuse de « prêt à taux zéro », les montants avancés étant récupérés au décès sur l'actif net successoral.

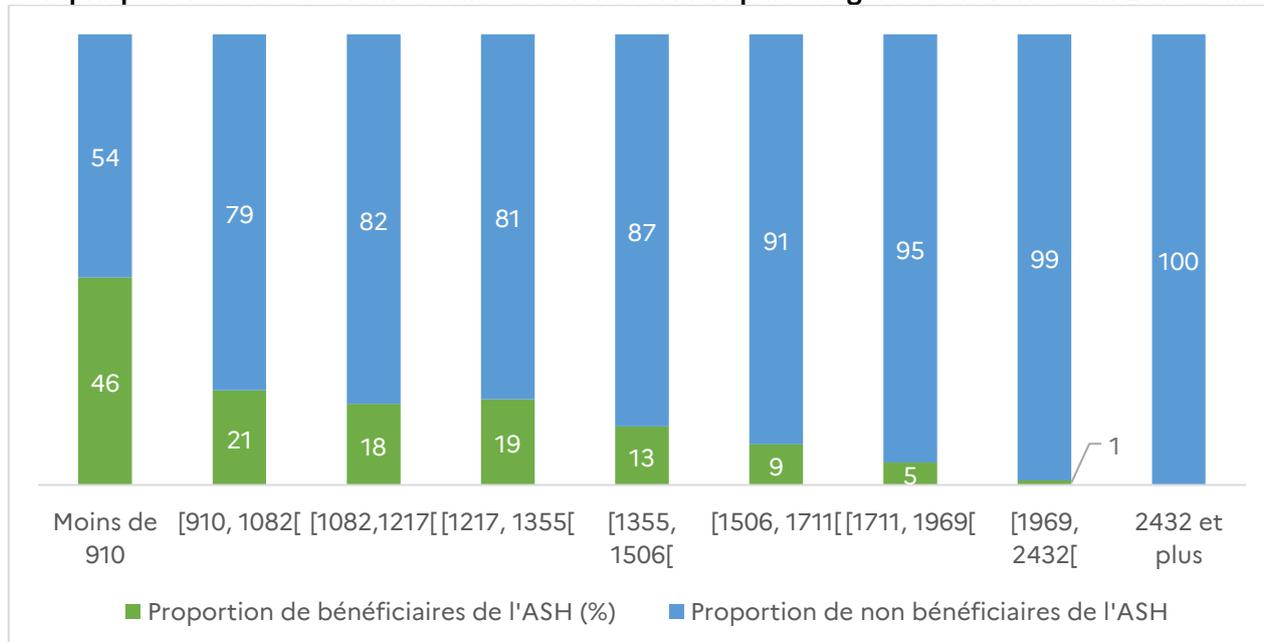
Les travaux de la mission mettent en lumière plusieurs dimensions complémentaires. Si l'ASH constitue un apport incontestable à la situation des plus modestes, force est de constater que les **déterminants du recours à l'ASH sont très largement inconnus** : la prestation est intégralement récupérable auprès des obligés alimentaires et sur la succession, elle demeure une des rares prestations de ce type à donner lieu à un *corpus* aussi complet et relativement organisé. Ces deux dimensions peuvent avoir un impact désincitatif très important.

La mode de fonctionnement de la prestation renvoie à deux limites : **une part majeure du financement de la dépense est assurée par les intéressés eux-mêmes, conduisant à une solidarité forte entre ménages très modestes, les conditions de mise en œuvre de l'ASH dans les territoires sont aussi sources d'interrogations et de limites potentielles.**

4.5.1. Un recours à l'ASH, source de fortes interrogations

La proportion de bénéficiaires de l'ASH est présente dans les cinq premiers déciles mais là où elle concerne moins d'un résident sur deux dans le premier décile, cette proportion tombe rapidement à un sur cinq (2^{ème} au 4^{ème} décile) puis à un sur dix (6^{ème} décile). Les situations de bénéfice de l'ASH dans les plus hauts déciles de revenus sont assez étonnantes (6^{ème} et 7^{ème} déciles) : on dénombre 5 % de bénéficiaires de l'ASH dans les ménages ayant entre 1 711 et 1 969€ de revenus mensuels (graphique 71).

Graphique 71 : Poids des bénéficiaires ou non de l'ASH par catégorie de revenus - en 2019 - en%



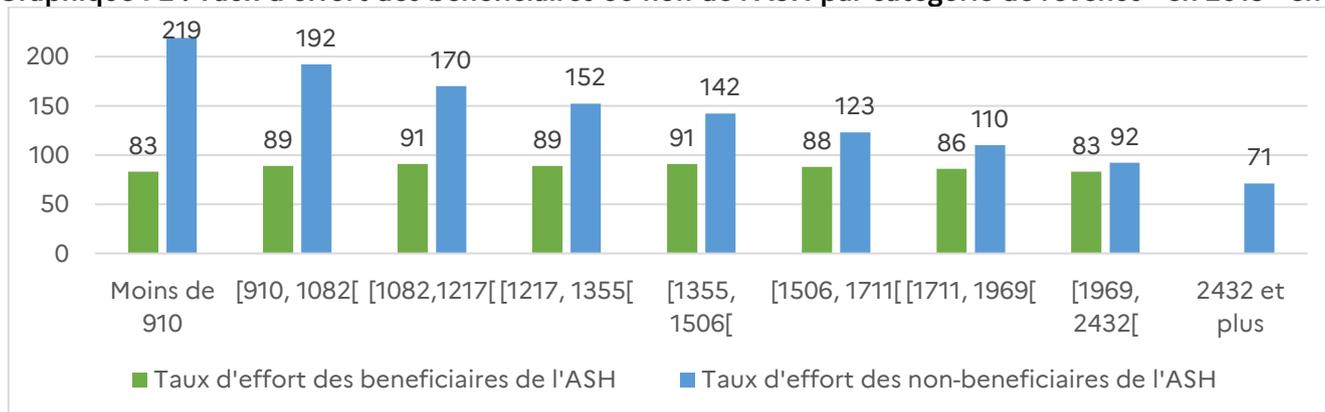
Source : DREES, Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ?, juillet 2022 (Enquête CARE-Institutions 2016 appariée aux données socio-fiscales, enquête Aide sociale 2019, prix ESMS 2019 de la CNSA, modèle Autonomix, DREES) Travaux mission.

Champ : Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en EHPA, EHPAD et USLD en 2019, France hors Mayotte *Note* : Les tranches de ressources ont été construites de façon à représenter une proportion de résidents en établissement pour personnes âgées d'environ 10 %, excepté pour la première tranche qui totalise 20 % de cette population. Le revenu individuel des seniors en couple a été obtenu en divisant par 2 le revenu total du senior et de son conjoint.

Autre source d'étonnement, si l'apport de l'ASH est tout à fait déterminant, il a un impact relativement différencié sur le taux d'effort des ménages bénéficiaires : si le taux d'effort après intervention de l'ASH est de même nature pour la première et la dernière catégorie de revenus, tel n'est pas le cas pour les autres catégories de revenus qui accusent un taux d'effort supérieur pouvant aller jusqu'à +8 points (graphique 72).

Annexe IV

Graphique 72 : Taux d'effort des bénéficiaires ou non de l'ASH par catégorie de revenus - en 2019 - en %



Source : DREES, Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ?, juillet 2022 (Enquête CARE-Institutions 2016 appariée aux données socio-fiscales, enquête Aide sociale 2019, prix ESMS 2019 de la CNSA, modèle Autonomix, DREES) Travaux mission.

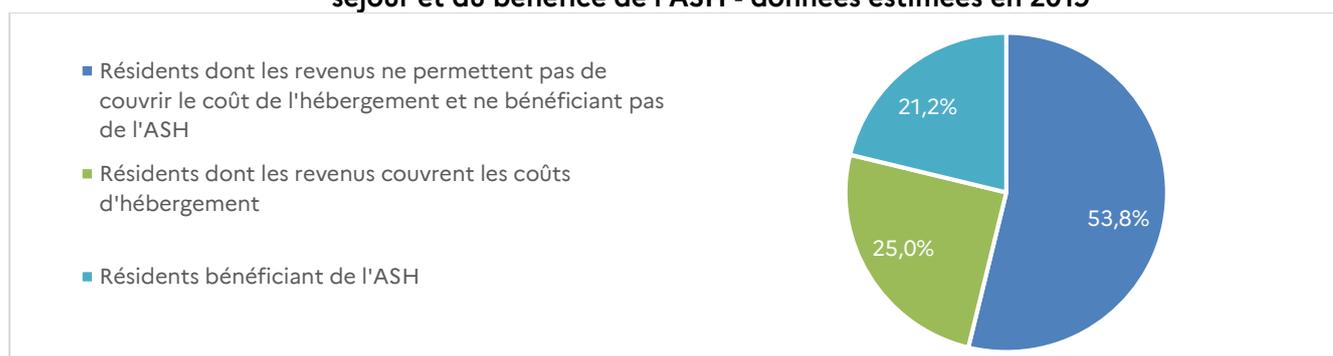
Champ : Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en EHPA, EHPAD et USLD en 2019, France hors Mayotte.

Note : Les tranches de ressources ont été construites de façon à représenter une proportion de résidents en établissement pour personnes âgées d'environ 10 %, excepté pour la première tranche qui totalise 20 % de cette population. Le revenu individuel des seniors en couple a été obtenu en divisant par 2 le revenu total du senior et de son conjoint.

Lecture : Les seniors dont les ressources sont comprises entre 1 082 et 1 217 euros ont un taux d'effort de 89 % s'ils sont bénéficiaires de l'ASH et de 142 % s'ils ne sont pas bénéficiaires de l'ASH.

Le recours à l'ASH paraît particulièrement réduit : 21 % des résidents en EHPAD bénéficient de l'ASH alors que 75 % des résidents ne disposent pas de revenus leur permettant de couvrir les dépenses d'hébergement (graphique 73). **Le « taux de recours apparent à l'ASH » est donc de l'ordre de 28 %.** Mais les déterminants du recours ou non à l'ASH et la bonne perception des impacts de l'ASH, de la mise en œuvre de l'obligation alimentaire ou du recours sur succession, constituent de parfaites *terra incognita*.

Graphique 73 : Approche schématique de la situation des résidents au regard de leurs revenus, du coût du séjour et du bénéfice de l'ASH - données estimées en 2019



Source : DREES, L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion - Édition 2022, décembre 2022.

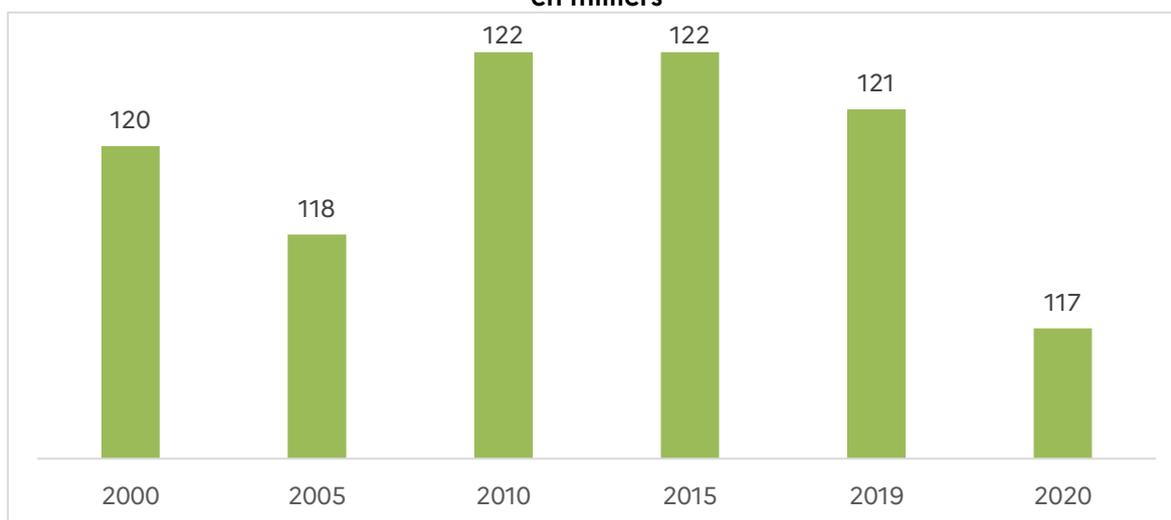
Ainsi, les déterminants du recours à l'ASH sont peu connus et analysés. Le recours à l'ASH est passé sous silence en ce qu'il correspondrait à **un choix individuel**. En l'état actuel du dispositif d'accompagnement et d'information des bénéficiaires qui demeure en construction sinon incertain, cette perception ne manque pas d'étonner. En effet, **il est demandé à des personnes âgées en perte forte d'autonomie et à leurs proches, avec des revenus souvent (très) modestes et des niveaux de diplôme moindres que la population générale, de prendre une décision sur un**

soutien complexe et peu clair et dont les impacts peuvent être déterminants, tant pour la personne hébergée que pour ses proches.

4.5.2. Un nombre relativement stable de bénéficiaires, des dépenses en forte hausse

Si les déterminants du recours à l'ASH sont peu appréciés, le nombre global de bénéficiaires évolue relativement peu depuis 20 ans (graphique 74).

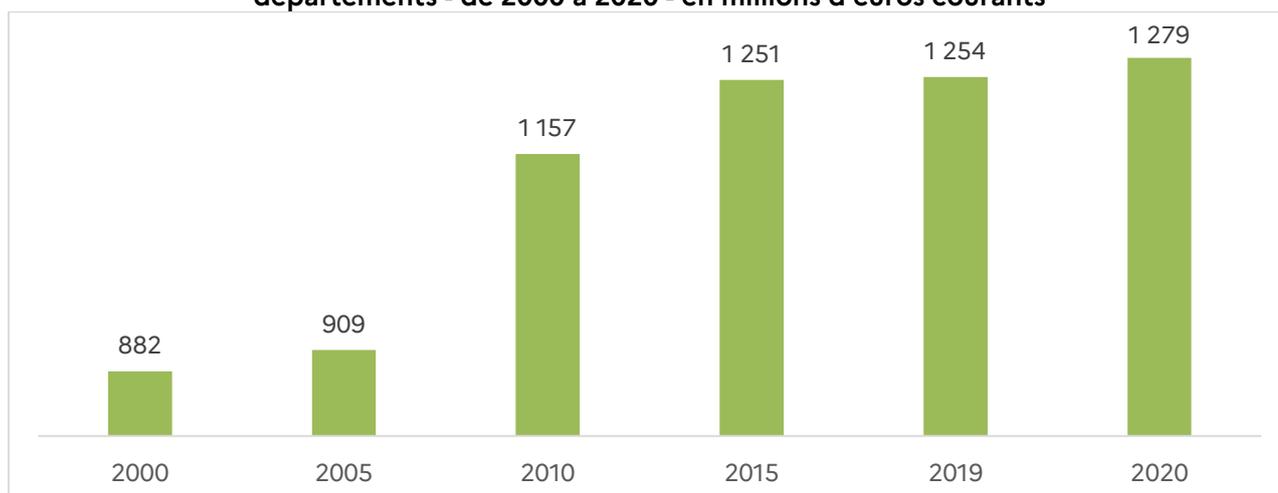
Graphique 74 : Nombre de bénéficiaires de l'ASH aux personnes âgées en établissement de 2000 à 2020 - en milliers



Source : DREES, enquête Aide sociale. Travaux mission.

Les masses mobilisées pour financer l'ASH ont augmenté de 45 % en 20 ans, ce qui reflète à la fois la dynamique de hausse des coûts de séjour constatée par ailleurs et, éventuellement, une dynamique de moindres niveaux de ressources des bénéficiaires de l'ASH (graphique 75).

Graphique 75 : Dépenses annuelles d'ASH aux personnes âgées en établissement supportées par les départements - de 2000 à 2020 - en millions d'euros courants

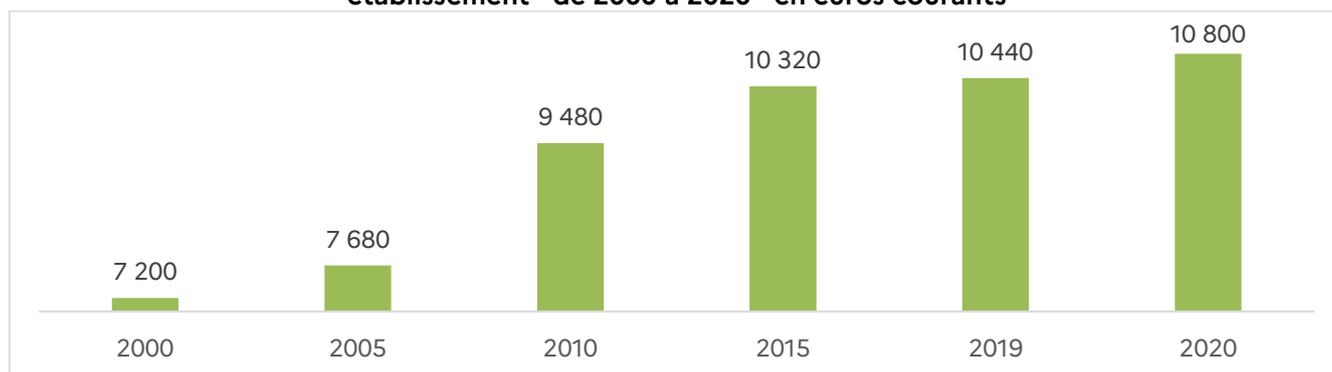


Source : DREES, enquête Aide sociale. Travaux mission.

De même, les montants moyens par bénéficiaire ont connu une hausse de 50 % pour les mêmes raisons (graphique 76).

Annexe IV

Graphique 76 : Dépenses nettes annuelles moyennes par bénéficiaires d'ASH aux personnes âgées en établissement - de 2000 à 2020 - en euros courants



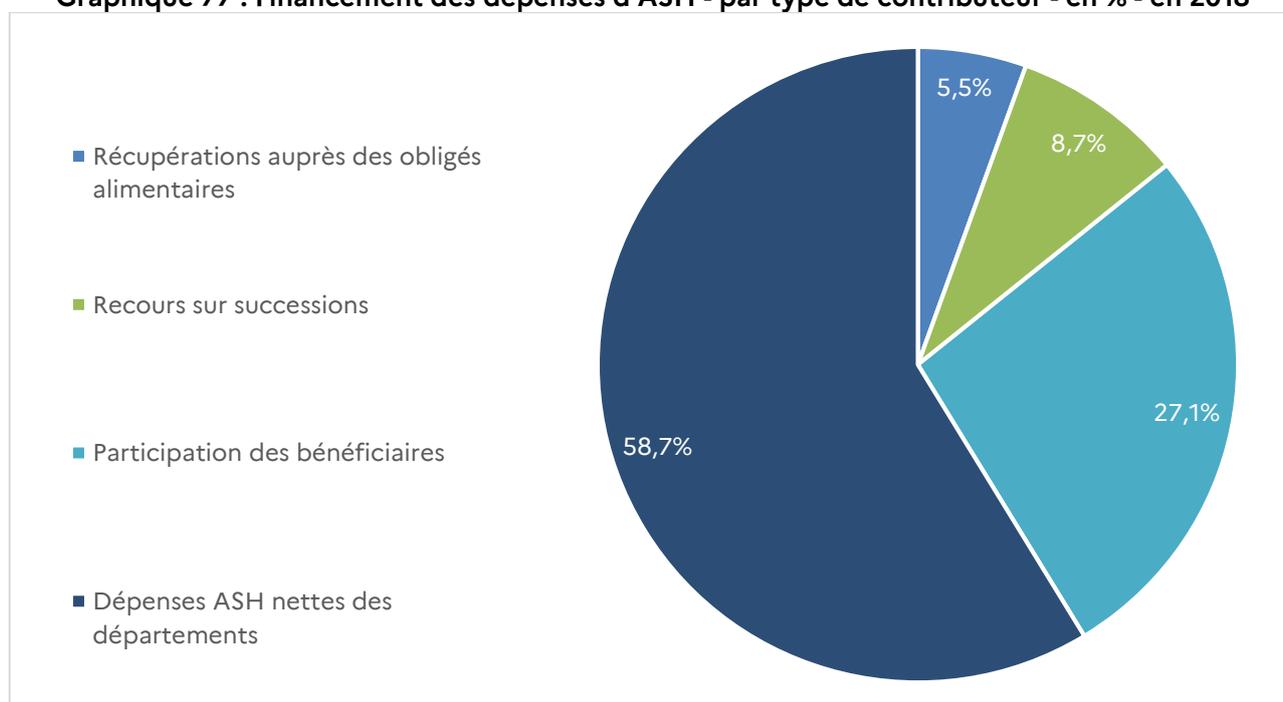
Source : DREES, enquête Aide sociale. Travaux mission.

4.5.3. Un financement spécifique, une solidarité intervenant au premier chef entre personnes modestes et fragiles

En 2020, les dépenses d'ASH (nettes de récupérations) s'élèvent à 1,3Mds€, alors que l'ensemble des soutiens départementaux aux personnes âgées sont de l'ordre de 8Mds€⁸⁸. **Les dépenses d'ASH représentent ainsi 16 % de l'effort total des départements en faveur du grand âge.**

Mais la dépense globale correspondant au coût de l'hébergement total de ces publics modestes et fragiles est bien supérieure. En 2018, les départements ne contribuent qu'à hauteur de 59 % de ce coût, les intéressés eux-mêmes en apportant 41 % (graphique 77).

Graphique 77 : Financement des dépenses d'ASH - par type de contributeur - en % - en 2018



Source : DREES, enquête Aide sociale. Travaux mission.

Ainsi, dans une approche d'ensemble, distincte donc du principe de récupération au cas par cas des montants engagés, **l'ASH assure avant tout une solidarité entre ménages modestes. La nature**

⁸⁸ Voir DREES, *L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion - Édition 2022*, décembre 2022. Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

même des financements assurés par les intéressés eux-mêmes doit être strictement appréciée (graphique 78) :

- ♦ La principale source de financement (les deux tiers) est assurée par le prélèvement de l'intégralité des ressources courantes des bénéficiaires, en leur laissant un « reste à vivre » standard : ce mode de récupération est le plus immédiat et gage des recettes certaines ; il conduit *de facto* à traiter de la même manière les personnes modestes sans considération des revenus dont ils disposent avant soutien ; **une personne relativement moins modeste qu'une autre disposera, suite à l'intervention de l'ASH, d'un reste à vivre équivalent à celui de cette personne.** La contributivité est ici encadrée, car les moins pauvres contribuent plus pour être traités de manière strictement équivalente ;
- ♦ Le recours sur succession intervient sur l'actif net successoral disponible au-delà de 46 000€, il apporte **21 % de la contribution des ménages aux dépenses d'ASH** ;
- ♦ Enfin, l'obligation alimentaire pèse dans une moindre mesure (**13 % des apports des ménages**).

Graphique 78 : Dépenses d'ASH financées par les ménages - par mode de financement - en milliers € - en 2018



Source : DREES, enquête Aide sociale. Travaux mission.

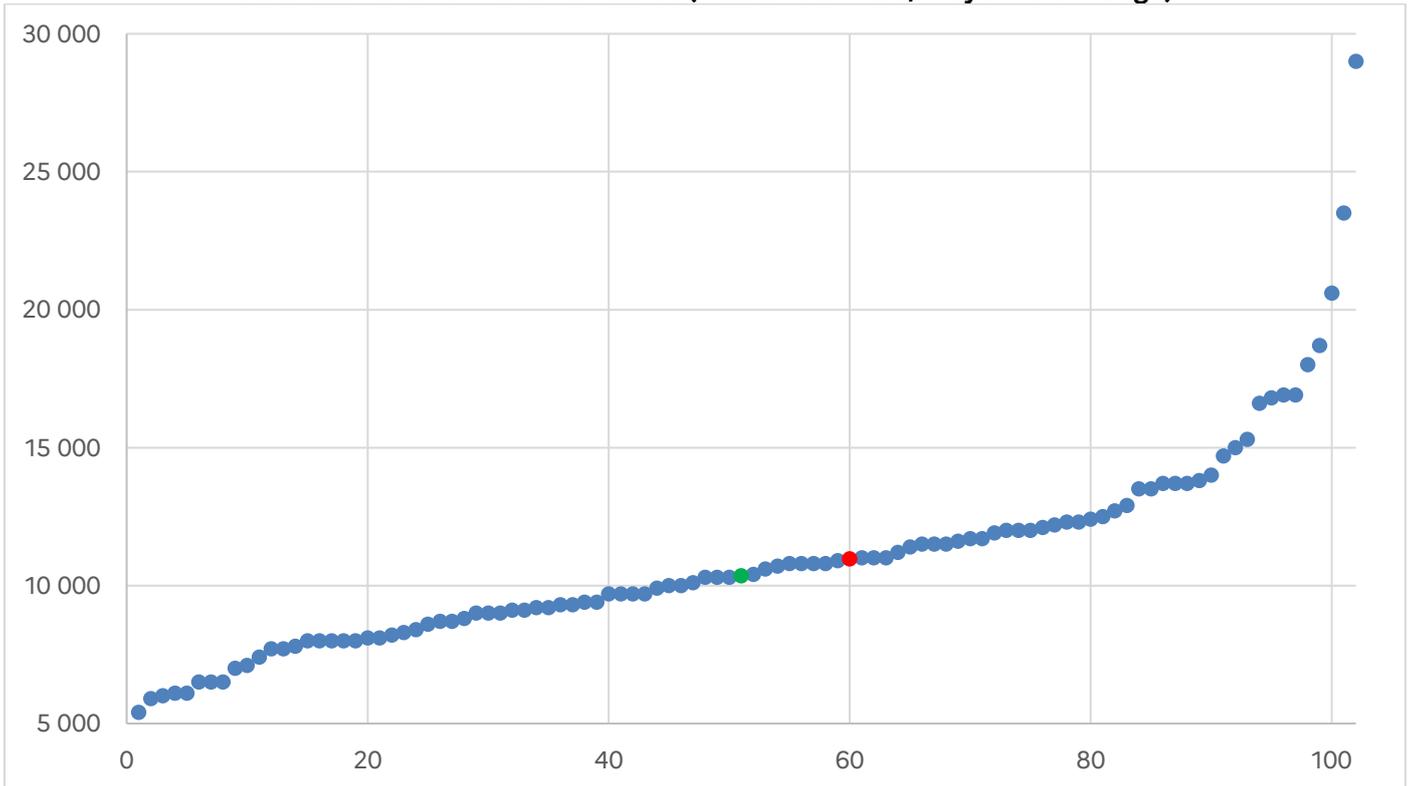
4.5.4. Un dispositif source d'une territorialisation aux impacts puissants mais inconnus donc difficiles à apprécier

4.5.4.1. Un coût très variable selon les départements

Les niveaux de dépenses ASH par bénéficiaire varient selon les départements considérés dans un rapport de 1 à 6 (graphique 79). Les écarts par rapport aux valeurs moyenne et médiane nationales illustrent pleinement cette diversité territoriale.

Annexe IV

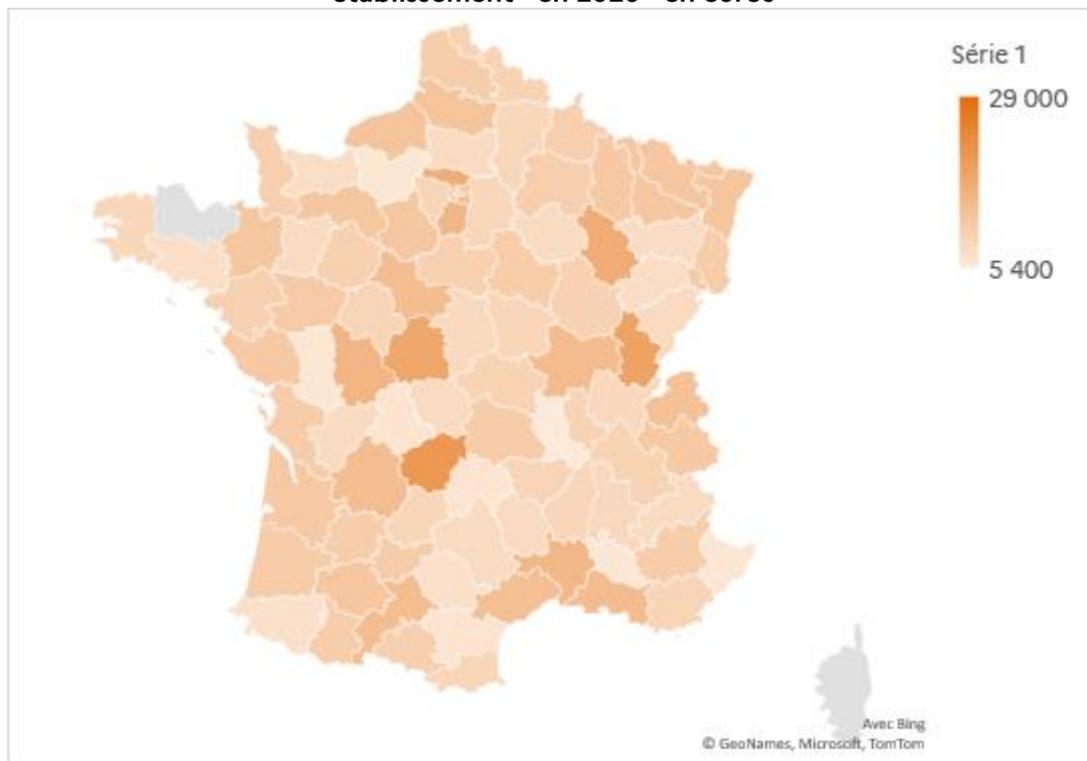
Graphique 79 : Dépense moyenne annuelle de chaque département par bénéficiaire d'ASH en établissement - en 2020 - en euros (médiane en vert, moyenne en rouge)



Source : DREES, enquête Aide sociale. Travaux mission.

Ainsi, selon le territoire considéré, le coût par bénéficiaire de l'ASH varie de 5 400€ à 29 000€ annuels (graphique 80).

Graphique 80 : Dépense moyenne annuelle de chaque département par bénéficiaire d'ASH en établissement - en 2020 - en euros

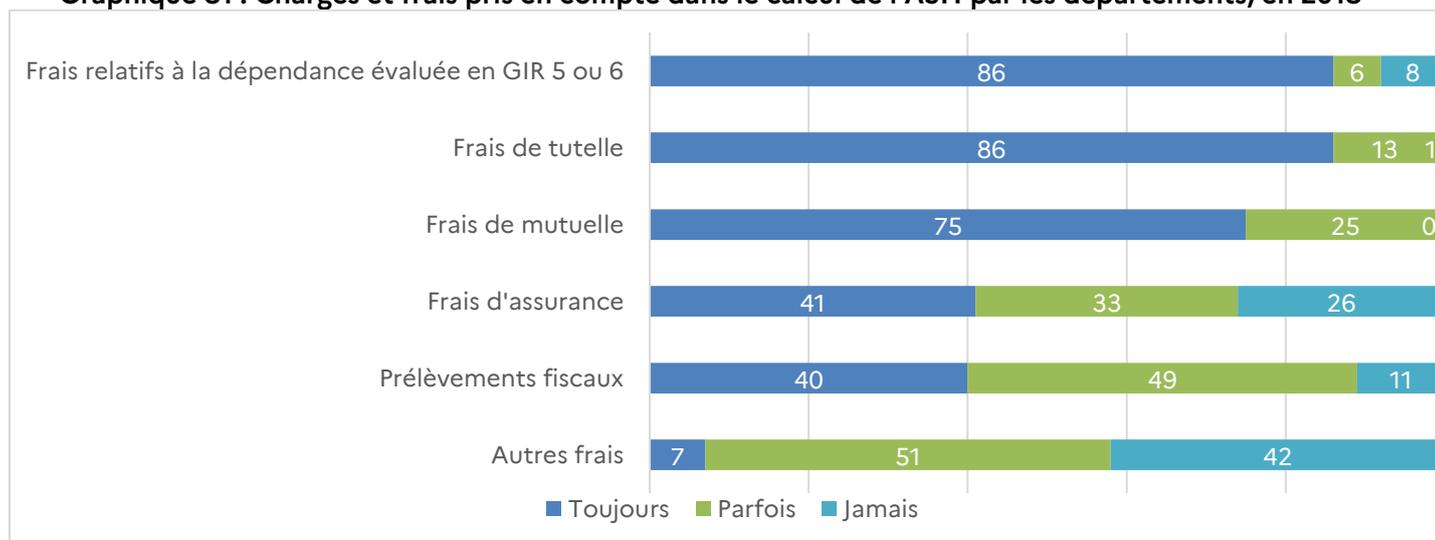


Source : DREES, enquête Aide sociale. Travaux mission.

4.5.4.2. L'adaptation du cadre normatif régissant l'ASH par chaque département a un impact majeur sur la situation des bénéficiaires

Les départements disposent d'une capacité forte d'adaptation de la prestation d'ASH. Au premier chef, ils peuvent ou non tenir compte, dans la détermination du « reste à vivre », de dépenses contraintes auxquelles les assurés ne peuvent se soustraire. Le paradoxe apparent est que cette prise en compte est variable selon les départements. Les frais relatifs à la dépendance et de tutelle ne sont pas pris en compte de manière systématique par tous les départements, tout comme les frais de mutuelle, alors même que l'impact de ces dépenses contraintes est sans nul doute très important pour les ménages considérés (graphique 81).

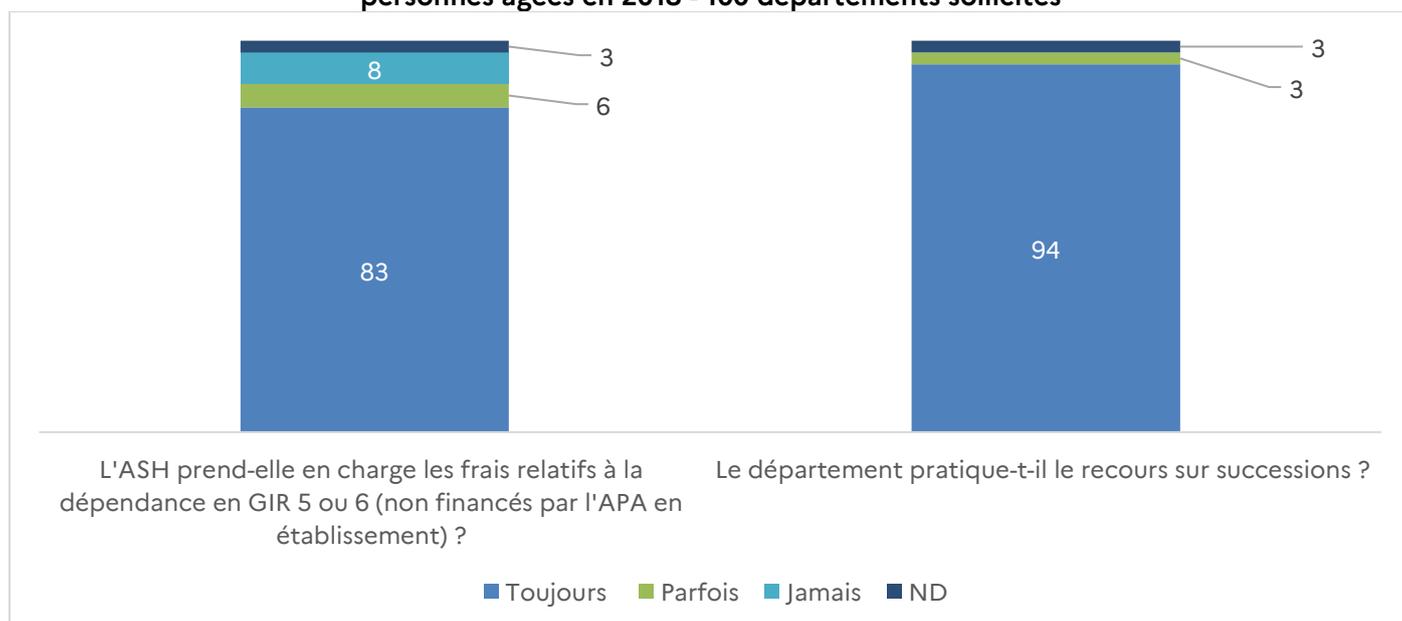
Graphique 81 : Charges et frais pris en compte dans le calcul de l'ASH par les départements, en 2018



Source : DREES, enquête Aide sociale. Travaux mission.

De même, une autre enquête confirme la prise en compte incertaine des frais relatifs à la dépendance dans le reste à vivre de l'ASH. Par ailleurs, certains départements indiquent ne pas pratiquer le recours sur succession (graphique 82).

Graphique 82 : Modalités départementales de gestion de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) des personnes âgées en 2018 - 100 départements sollicités

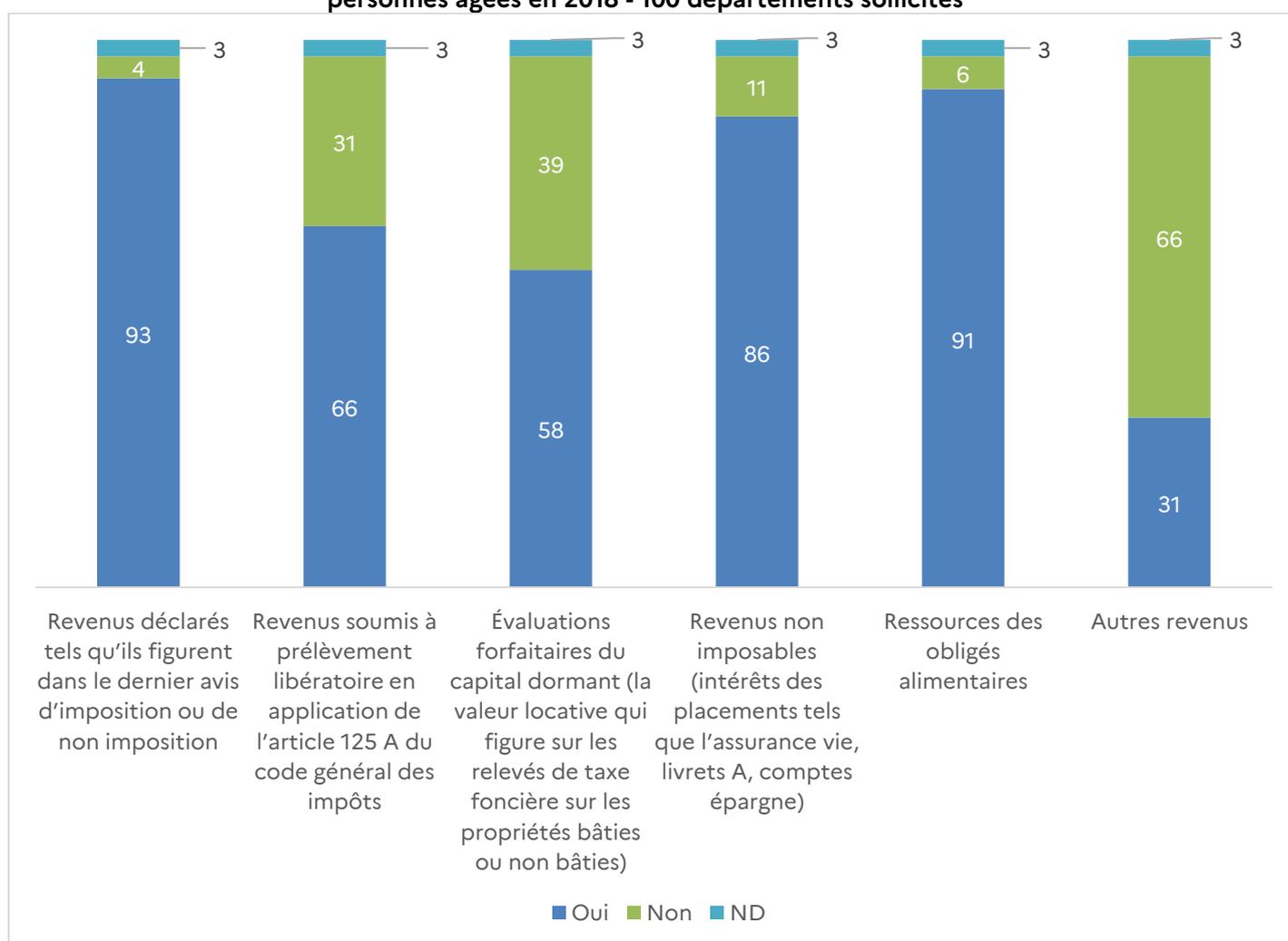


Source : DREES, enquête Aide sociale. Travaux mission.

Annexe IV

Une source principale de différence territoriale dans l'octroi de l'ASH est liée aux ressources prises en compte pour ouvrir droit à la prestation. Cette problématique de bases ressources est commune à l'ensemble des cas d'ouverture de droits à *minima* sociaux. Si des différences sont souvent constatées entre bases ressources⁸⁹, force est de constater que **les départements, en l'absence de cadre national partagé, font preuve d'une grande créativité dans les ressources prises en compte : chaque territoire élabore ainsi sa définition propre de la solidarité.** A la prise en compte presque systématique des revenus déclarés à l'administration fiscale par le ménage bénéficiaire ou par les obligés alimentaires, répondent des pratiques très variables en termes de valorisation des autres revenus (graphique 83). Il convient de rappeler que les travaux sur les bases ressources ont concerné l'ensemble des *minima* sociaux mais n'ont jusqu'ici pas mentionné ce cas de l'ASH versée aux personnes âgées, alors même que le nombre de personnes concernées est très important. L'octroi de ce *minimum* social départemental constitue un autre angle mort dans le pilotage des politiques publiques de soutien⁹⁰.

Graphique 83 : Modalités départementales de gestion de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) des personnes âgées en 2018 - 100 départements sollicités



Source : DREES, enquête Aide sociale. Travaux mission.

⁸⁹ Voir la fiche 9 « L'assiette des ressources et la période de référence des prestations » in DREES, *Minima sociaux et prestations sociales - Ménages aux revenus modestes et redistribution - Édition 2022*, septembre 2022.

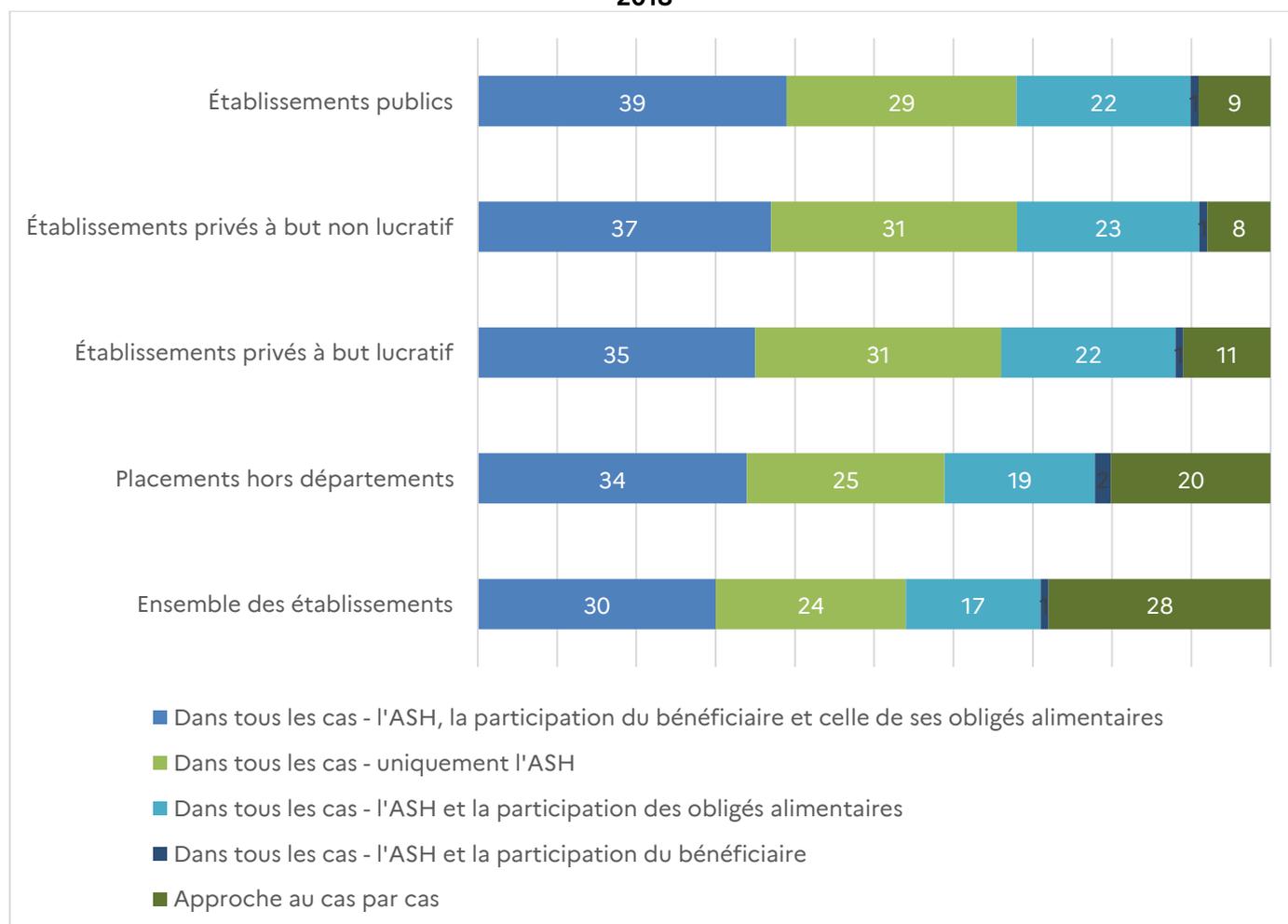
⁹⁰ Voir les travaux conduits dans la perspective du revenu universel d'activité et C. Sirugue, *Repenser les minima sociaux : vers une couverture socle commune*, rapport au gouvernement, décembre 2016.

4.5.4.3. Au-delà du cadre normatif retenu par chaque département, les pratiques et procédures de récupération sont spécifiques, donnant à penser qu'un écart fort existe entre cadre formel et cadre réel

Pour ouvrir les droits à l'ASH mais surtout pour procéder aux récupérations sur les revenus courants auprès des obligés alimentaires et exercer le recours sur succession, les départements doivent nécessairement mettre en œuvre une organisation spécialisée et ad hoc.

Si ce point est très faiblement documenté, la grande diversité des organisations mises en œuvre ne manque pas d'étonner : nombre de départements sous traitent ainsi aux établissements tout ou partie du process de récupération, alors même que ces établissements ne disposent ni des mêmes moyens ni des mêmes prérogatives que les services départementaux. Au système de « débrouille » pour financer les coûts des séjours répond le système de « débrouille » pour financer l'ASH, éventuellement formalisé dans la convention pouvant unir le département et l'établissement. Aucun mode de gestion ne s'impose de lui-même. La règle est celle d'une très grande diversité d'intervention des services départementaux ou des établissements (graphique 84).

Graphique 84 : Périmètre de versement au titre de l'ASH des départements vers les établissements - en 2018



Source : DREES, enquête Aide sociale. Travaux mission.

4.5.4.4. Les modalités de récupération des prestations auprès des personnes âgées mériteraient un réexamen

La simple analyse des modalités et dispositifs actuels permet de constater que **la récupération des différents soutiens d'aide sociale récupérable accordés aux personnes âgées n'est pas de même nature, quand bien même ces soutiens sont susceptibles de concerner les mêmes publics.**

Ainsi, la récupération de **l'aide sociale à l'hébergement**⁹¹ ne peut être assurée qu'au-delà d'un seuil minimal de créance (760€), sur une fraction correspondant à 90 % de l'actif net successoral et à partir du seuil souvent retenu de 46 000€⁹². Naturellement, ces modalités peuvent être modifiées ou ajustées dans chaque département.

A contrario, la récupération du minimum vieillesse ou de l'allocation de soutien aux personnes âgées (ASPA) est assurée dans la limite d'un montant annuel⁹³. Elle intervient sur l'ensemble de l'actif net successoral dès lors que celui-ci est, en 2022, supérieur à 39 000€ en métropole et, à titre expérimental jusqu'en 2026, à 100 000€ dans les départements et régions d'outre-mer. Ce seuil serait porté à compter de septembre 2023 à 100 000€ partout dans le cadre de la réforme des retraites⁹⁴. De nombreuses dispositions réglementaires ou doctrinales viennent à prendre en compte certaines situations, notamment pour les travailleurs non-salariés non-agricoles⁹⁵.

Ainsi, **les seuils des montants recouvrables, d'actifs pouvant donner lieu à récupération et le périmètre des éléments compris dans l'actif net successoral varient entre l'ASH et l'ASPA**, alors même que certains peuvent relever de ces deux soutiens. **Le choix est clairement celui d'une approche en silo : chaque dispositif est conçu séparément, la récente réforme des retraites n'a pas conduit à un réexamen de ces approches.**

Au-delà des cadres normatifs distincts, **les pratiques et procédures de récupération divergent fortement**, même si la mission n'a pas été en mesure de poursuivre ses investigations sur ce sujet des plus techniques :

- ◆ **L'intégration des frais de gestion de la récupération** (actes juridiques mais aussi prise en charge des services l'assurant) dans les montants recouverts est des plus incertaines selon le département ou l'organisme de sécurité sociale concernée ;
- ◆ **Les modalités de sécurisation de la récupération** sont également méconnues, tant dans leur nature (prérogatives et sûretés conférées sur ces créances aux départements et aux organismes de sécurité sociale) que dans leurs modalités (recours ou non à l'inscription de privilège, suivi des donations entre vifs, circuits d'échanges et d'informations avec les notaires, etc.) ;
- ◆ Il n'existe **aucune vision consolidée des pratiques et organisations retenues par les départements et les organismes sociaux ;**

⁹¹ Voir articles L. 132-8 et R. 132-11 du code de l'action sociale et des familles.

⁹² Voir DREES (W. Guets, S. Khan, É. Martial), *Un tiers des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement ont au moins un obligé alimentaire*, Études et résultats, n° 1272, 28 juin 2023.

⁹³ Soit, depuis le 1^{er} juillet 2022, 7 732,41 euros par an pour une personne seule et 10 344,80 euros par an pour un couple (marié, concubin, pacsé).

⁹⁴ Voir Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 (article XX).

⁹⁵ Voir <https://solidarites.gouv.fr/recuperation-des-prestations-sociales> et la circulaire CNAV du 21 février 2019, https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2022-12/circulaire_cnav_2019_10_21022019.pdf.

Annexe IV

- ◆ En l'état actuel, il n'existe **aucune assurance que le rapprochement entre montants recouverts et coûts de gestion de ce recouvrement soit positif.**

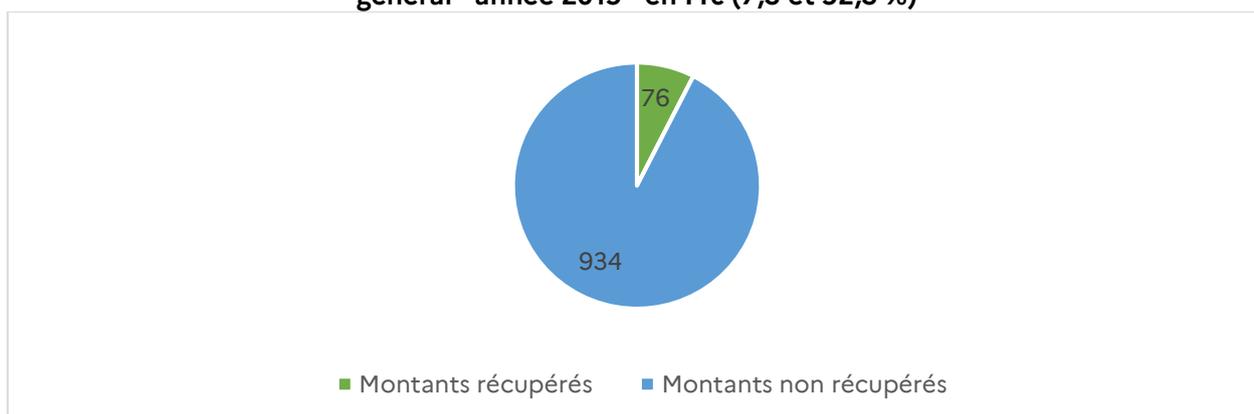
A la connaissance de la mission, seule une étude sur le recours sur succession par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) a été menée. Elle conduit à constater que seuls 7,5 % des montants potentiellement récupérables donnent lieu effectivement à récupération, pour toutefois un rendement non négligeable de 76M€ en 2019 (tableau 16 et graphique 85).

Tableau 16 : Données clés concernant la récupération de l'ASPA et du minimum vieillesse par la CNAV en 2019

	2019
Assurés décédés au cours de l'année	23 300
Montant moyen perçu au dernier mois (€)	390
Durée moyenne de perception (années)	9
Montant théoriquement récupérable (M€)	1 010
Montant effectivement récupéré (M€)	76

Source : Rapport CCSS juillet 2022, fiche éclairage « L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et le minimum vieillesse » (données CNAV, SNSP et comptabilité). Travaux mission.

Graphique 85 : Récupération sur succession au titre de l'ASPA et du minimum vieillesse au sein du régime général - année 2019 - en M€ (7,5 et 92,5 %)



Source : Rapport CCSS juillet 2022, fiche éclairage « L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et le minimum vieillesse » (données CNAV, SNSP et comptabilité). Travaux mission.

En l'état actuel des normes, procédures et pratiques, il est étonnant de constater que :

- ◆ **L'identification de la meilleure organisation ne constitue pas un chantier identifié ;**
- ◆ **La recherche de synergies est absente ;**
- ◆ Cette recherche de synergies pourrait au demeurant **aller au-delà du seul recours sur succession et pourrait concerner toutes les modalités de récupération** ; en effet, les **organismes d'allocations familiales** sont les plus à même d'apprécier et de mettre en œuvre l'obligation alimentaire, comme l'a confirmé le choix qui a été fait de leur confier un rôle en matière d'intermédiation et de recouvrement des pensions alimentaires ; par ailleurs, les **caisses régionales d'assurance vieillesse** ont, en lien avec la CNAV, progressivement renforcé cette fonction de récupération, en essayant notamment de veiller à la mise en place de partenariats avec les notaires ;

Annexe IV

- ♦ Une démarche plus globale pourrait être menée ; elle conduirait à mettre en cohérence les *corpus* normatifs et les procédures de gestion et à viser des interlocuteurs et gestionnaires uniques pour les différents *process* clés, dans un souci de meilleur recouvrement et de plus grande simplicité pour les acteurs (famille, héritiers, notaires, etc.). Elle est d'autant plus nécessaire au regard des changements récents introduits dans le cadre de la réforme des retraites.

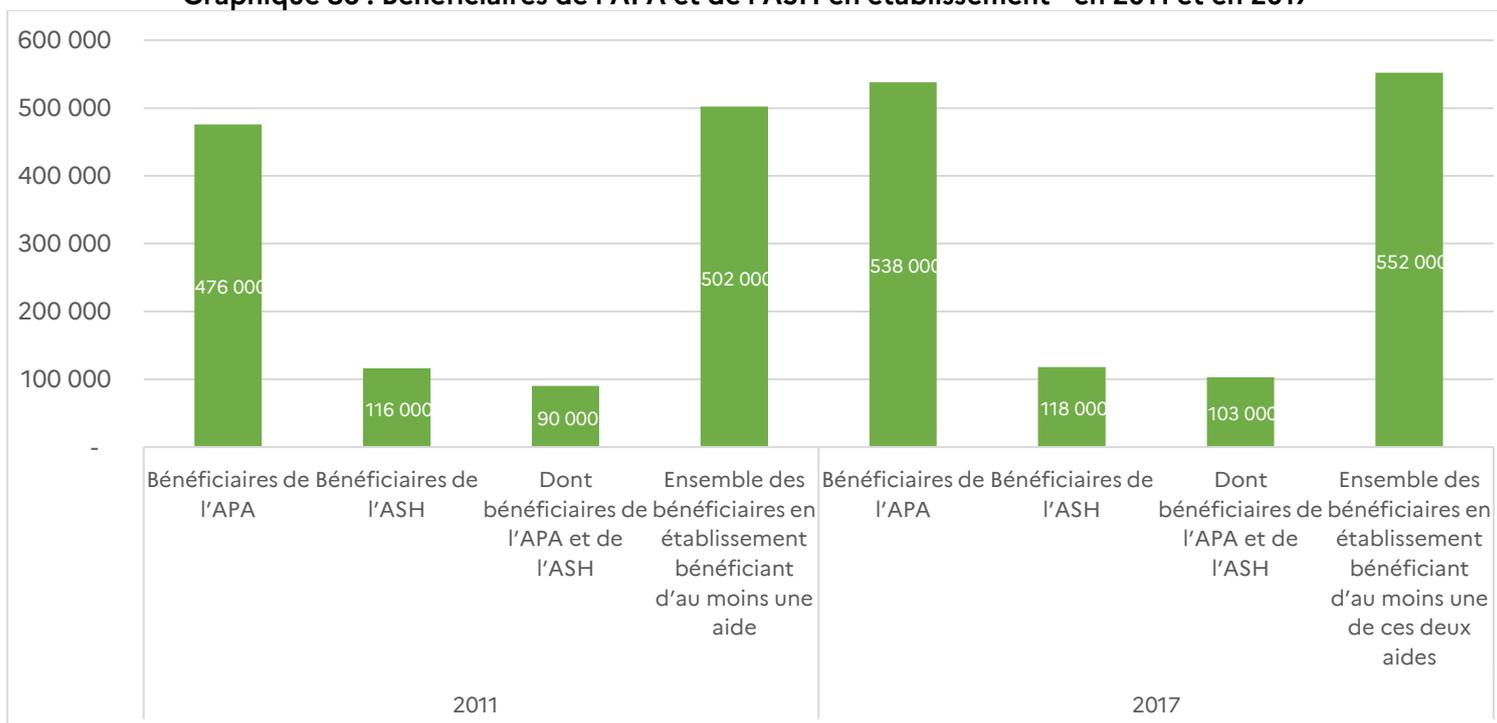
4.5.5. Les données récentes sur l'ASH confortent et enrichissent nombre de ces analyses

Au terme des travaux de la mission, la DREES a publié de nouveaux travaux⁹⁶ tendant à préciser l'analyse disponible sur l'ASH, notamment en rapprochant de nouvelles sources de données. La mission présente ces résultats de manière distincte. Ils permettent d'affiner l'analyse.

4.5.5.1. Le rapprochement entre bénéficiaires de l'APA et bénéficiaires de l'ASH

En 2017, 21 % des personnes âgées dépendantes soutenues le sont *via* l'ASH. Cette part est relativement stable par rapport à 2011. 87 % des bénéficiaires de l'ASH sont également soutenus par l'APA à domicile ou en établissement (le reliquat relevant sans doute des GIR 5 et 6 – graphique 86).

Graphique 86 : Bénéficiaires de l'APA et de l'ASH en établissement - en 2011 et en 2017



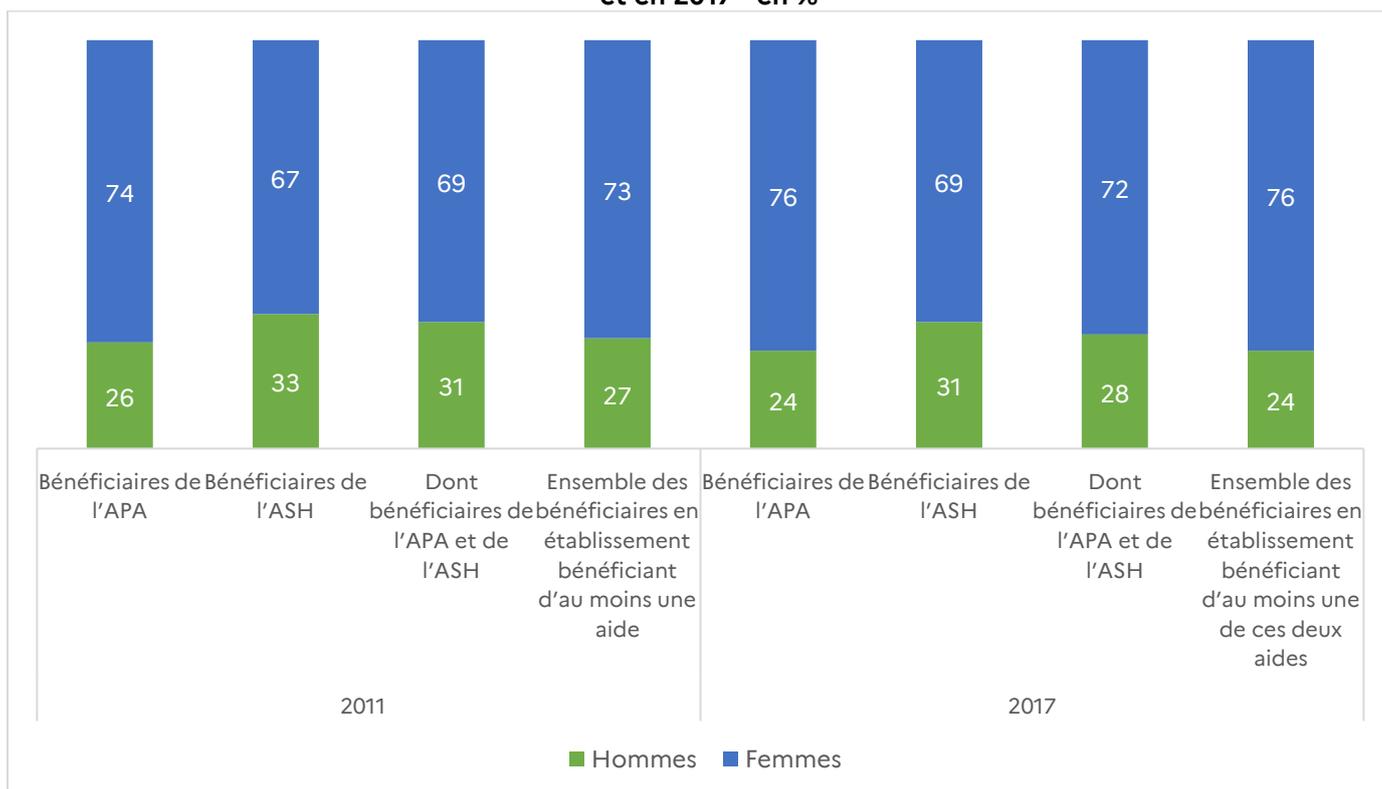
Source : DREES, remontées individuelles APA-ASH 2011 et 2017 in DREES (W. Guets, S. Khan, É. Martial), *Un tiers des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement ont au moins un obligé alimentaire, Etudes et résultats, juin 2023, n° 1272*. Champ : bénéficiaires de l'APA en établissement et/ou bénéficiaires de l'ASH, âgés d'au moins 60 ans, en France métropolitaine, payés au titre de décembre de l'année concernée. Travaux mission.

La répartition par sexe est relativement stable entre 2011 et 2017 (graphique 87).

⁹⁶ Voir DREES (W. Guets, S. Khan, É. Martial), *Un tiers des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement ont au moins un obligé alimentaire*, Études et résultats, n°1272, 28 juin 2023.

Annexe IV

Graphique 87 : Répartition des bénéficiaires de l'APA et de l'ASH en établissement, selon le sexe - en 2011 et en 2017 - en %



Source : DREES, remontées individuelles APA-ASH 2011 et 2017 in DREES (W. Guets, S. Khan, É. Martial), Un tiers des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement ont au moins un obligé alimentaire, *Etudes et résultats*, juin 2023, n° 1272. Champ : bénéficiaires de l'APA en établissement et/ou bénéficiaires de l'ASH, âgés d'au moins 60 ans, en France métropolitaine, payés au titre de décembre de l'année concernée. Travaux mission.

4.5.5.2. Les revenus variables des bénéficiaires de l'ASH

Entre 2011 et 2017, les ressources mensuelles des bénéficiaires de l'APA et de l'ASH ont cru de manière mesurée (+6 %). **L'approche moyenne dissimule des écarts importants de revenus entre bénéficiaires, de l'ordre de 40 à 50 % entre les catégories les plus modestes et celles ayant des ressources plus importantes.** L'écart de revenu entre les hommes et femmes se creuse légèrement au détriment des résidents masculins (tableau 17).

Tableau 17 : Distribution des ressources mensuelles des bénéficiaires de l'APA en établissement et de l'ASH, selon le sexe - en 2011 et 2017 - en €

Année	Population	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^e quartile	Moyenne
2011	Hommes	650	810	1 030	880
	Femmes	670	840	1 050	890
	Ensemble	660	830	1 040	880
2017	Hommes	700	870	1 110	910
	Femmes	710	900	1 140	940
	Ensemble	700	890	1 130	930

Source : DREES, remontées individuelles APA-ASH 2011 et 2017 in DREES (W. Guets, S. Khan, É. Martial), Un tiers des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement ont au moins un obligé alimentaire, *Etudes et résultats*, juin 2023, n° 1272. Champ : bénéficiaires de l'APA en établissement et/ou bénéficiaires de l'ASH, âgés d'au moins 60 ans, en France métropolitaine, payés au titre de décembre de l'année concernée. Travaux mission.

Annexe IV

4.5.5.3. Une meilleure connaissance des obligés alimentaires

Entre 2011 et 2017, la part des bénéficiaires de l'ASH non mariés ayant au moins un obligé alimentaire est stable : **environ un tiers des bénéficiaires** sont concernés (tableau 18).

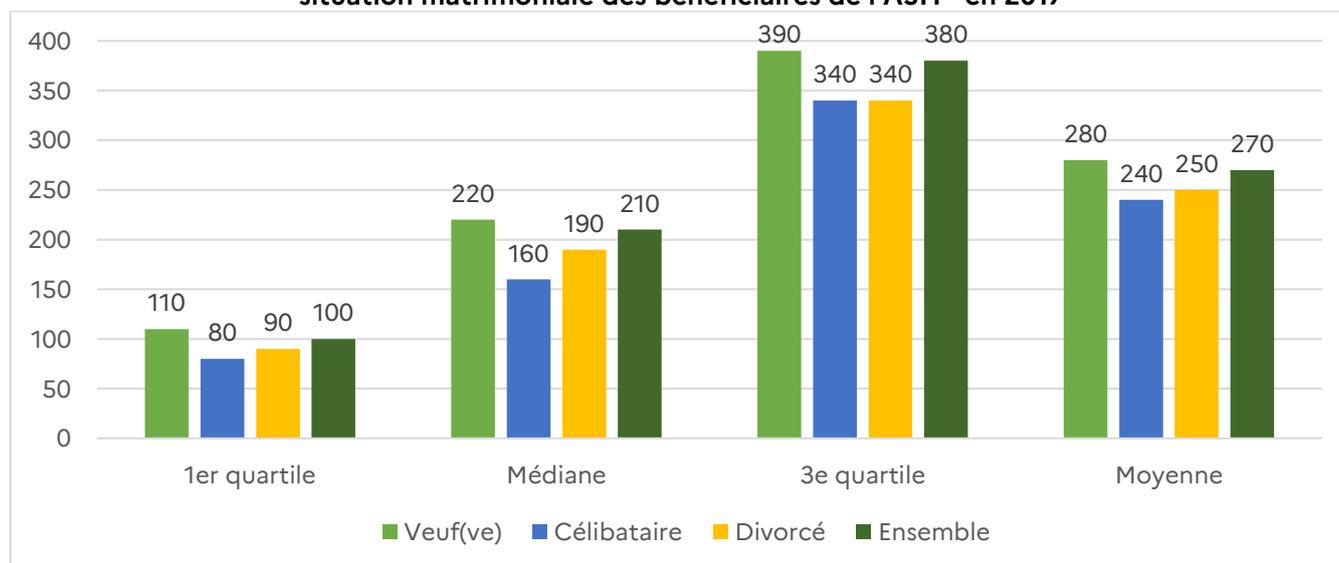
Tableau 18 : Répartition du nombre d'obligés alimentaires connus de l'administration, selon la situation matrimoniale des bénéficiaires de l'ASH non mariés

	Situation matrimoniale des bénéficiaires	Part des personnes ayant au moins un obligé alimentaire	1 obligé alimentaire	2 obligés alimentaires	3 obligés alimentaires	4 obligés alimentaires	5 obligés alimentaires ou plus
2011	Veuf(ve)	57	38	28	15	9	11
	Célibataire	5	68	17	7	3	5
	Divorcé(e)	42	39	29	15	8	9
	Ensemble	32	40	27	14	8	10
2017	Veuf(ve)	57	34	28	16	9	12
	Célibataire	6	55	23	11	4	7
	Divorcé(e)	41	38	29	16	8	9
	Ensemble	33	37	28	16	8	11

Source : DREES, remontées individuelles APA-ASH 2011 et 2017 in DREES (W. Guets, S. Khan, É. Martial), Un tiers des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement ont au moins un obligé alimentaire, Etudes et résultats, juin 2023, n° 1272. Champ : bénéficiaires de l'APA en établissement et/ou bénéficiaires de l'ASH, âgés d'au moins 60 ans, en France métropolitaine, payés au titre de décembre de l'année concernée. Travaux mission.

Quel que soit le niveau de revenu, **les obligés alimentaires des veufs et veuves sont les premiers contributeurs au titre des montants** demandés pour l'ASH (graphique 88).

Graphique 88 : Distribution du montant total mensuel de l'obligation alimentaire demandé, selon la situation matrimoniale des bénéficiaires de l'ASH - en 2017



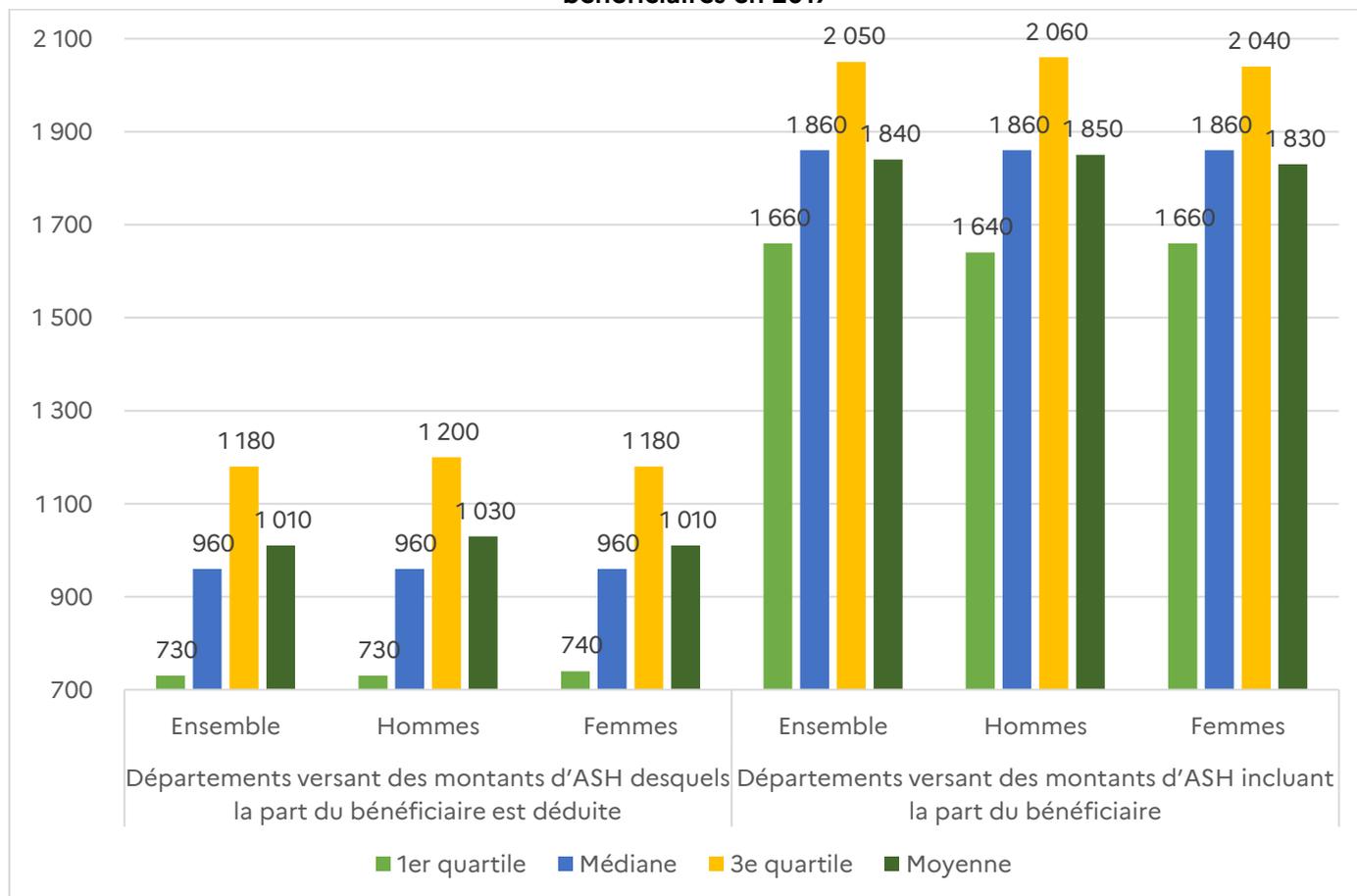
Source : DREES, remontées individuelles APA-ASH 2017 in DREES (W. Guets, S. Khan, É. Martial), Un tiers des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement ont au moins un obligé alimentaire, Etudes et résultats, juin 2023, n° 1272. Champ : bénéficiaires de l'APA en établissement et/ou bénéficiaires de l'ASH, âgés d'au moins 60 ans, en France métropolitaine, payés au titre de décembre de l'année concernée. Travaux mission.

Annexe IV

4.5.5.4. Des montants versés variant relativement peu selon le sexe des bénéficiaires de l'ASH

Que le département inclue ou non la contribution du bénéficiaire, **les montants moyens versés varient peu selon le sexe du bénéficiaire et davantage selon son niveau de revenus** (graphique 89).

Graphique 89 : Distribution des montants mensuels de l'ASH versés par le département selon le sexe des bénéficiaires en 2017



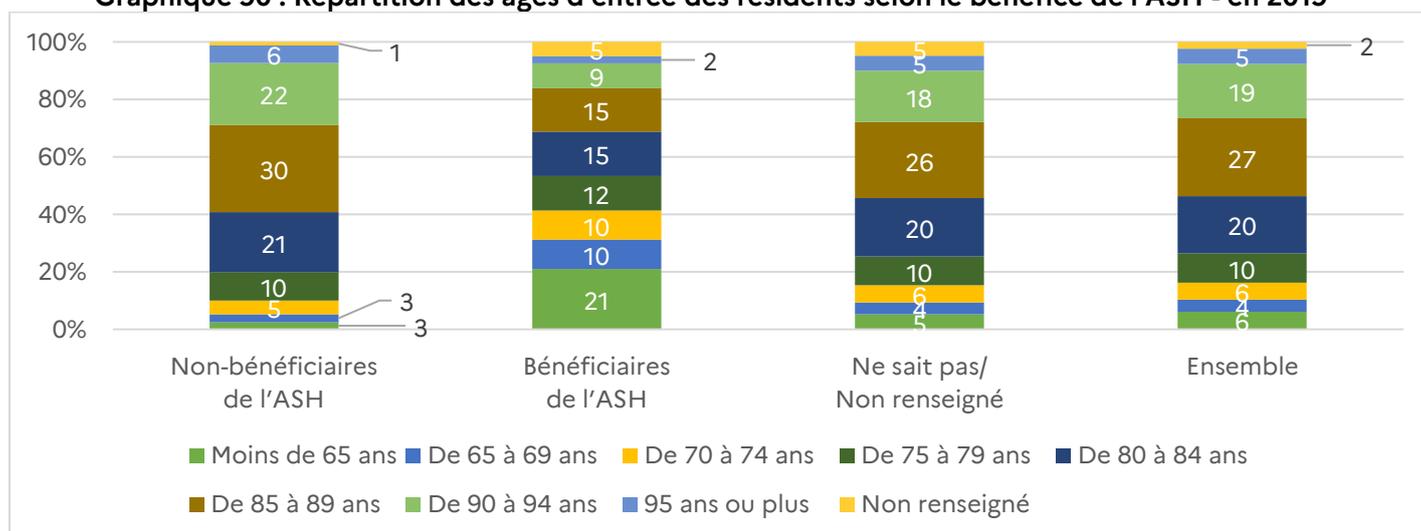
Source : DREES, remontées individuelles APA-ASH 2017 in DREES (W. Guets, S. Khan, É. Martial), Un tiers des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement ont au moins un obligé alimentaire, Etudes et résultats, juin 2023, n° 1272. Champ : bénéficiaires de l'APA en établissement et/ou bénéficiaires de l'ASH, âgés d'au moins 60 ans, en France métropolitaine, payés au titre de décembre de l'année concernée. Travaux mission.

4.5.5.5. Des bénéficiaires de l'ASH qui en moyenne entrent en structure d'hébergement à un âge plus précoce

Comme l'a souligné une étude récente, une population spécifique de jeunes hommes modestes doit être prise en compte : en effet, **21 % des bénéficiaires de l'ASH entrent en établissement à moins de 65 ans contre 3 % de la population des non bénéficiaires**. Globalement, la population des bénéficiaires de l'ASH est moins âgée à l'entrée dans l'établissement que le reste de la population (graphique 90).

Annexe IV

Graphique 90 : Répartition des âges d'entrée des résidents selon le bénéfice de l'ASH - en 2019



Source : DREES, enquête EHPA 2019 in DREES (W. Guets, S. Khan, É. Martial), Un tiers des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement ont au moins un obligé alimentaire, *Etudes et résultats*, juin 2023, n° 1272. Champ : bénéficiaires de l'APA en établissement et/ou bénéficiaires de l'ASH, âgés d'au moins 60 ans, en France métropolitaine, payés au titre de décembre de l'année concernée. Travaux mission.

Le **tableau 19** confirme cette appréciation en mettant en avant aussi **la forte dispersion des âges au sein de catégories prétendument homogènes**.

Tableau 19 : Distribution de l'âge des bénéficiaires de l'APA et de l'ASH par sexe – en 2017

		1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^e quartile	Moyenne
Bénéficiaires de l'APA	Hommes	78 ans et 7 mois	85 ans et 11 mois	91 ans	84 ans et 2 mois
	Femmes	85 ans et 1 mois	89 ans et 10 mois	93 ans et 8 mois	88 ans et 8 mois
	Ensemble	83 ans et 8 mois	89 ans	93 ans et 2 mois	87 ans et 7 mois
Bénéficiaires de l'ASH	Hommes	70 ans et 5 mois	77 ans et 11 mois	85 ans	77 ans et 11 mois
	Femmes	79 ans et 5 mois	86 ans et 6 mois	91 ans et 10 mois	85 ans
	Ensemble	75 ans et 6 mois	84 ans et 2 mois	90 ans et 4 mois	82 ans et 10 mois
Bénéficiaires de l'APA et de l'ASH	Hommes	72 ans et 5 mois	79 ans et 11 mois	86 ans et 2 mois	79 ans et 6 mois
	Femmes	81 ans	87 ans et 2 mois	92 ans et 2 mois	86 ans
	Ensemble	78 ans et 2 mois	85 ans et 5 mois	90 ans et 11 mois	84 ans et 2 mois

Source : DREES, remontées individuelles APA-ASH 2017 in DREES (W. Guets, S. Khan, É. Martial), Un tiers des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement ont au moins un obligé alimentaire, *Etudes et résultats*, juin 2023, n° 1272. Champ : bénéficiaires de l'APA en établissement et/ou bénéficiaires de l'ASH, âgés d'au moins 60 ans, en France métropolitaine, payés au titre de décembre de l'année concernée. Travaux mission.

5. La compétence des départements en matière d'action sociale engendre des disparités territoriales prononcées

Les départements sont compétents en matière d'action sociale et d'autonomie des personnes et mettent en œuvre cette politique dans le cadre fixé nationalement⁹⁷. S'agissant de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, chaque département a pour mission d'organiser

⁹⁷ En vertu de l'article L. 3211-1 du code général des collectivités territoriales (CGCT), le conseil départemental « est compétent pour mettre en œuvre toute aide ou action relative à la prévention ou à la prise en charge des situations de fragilité, au développement social, à l'accueil des jeunes enfants et à l'autonomie des personnes » et l'article L. 121-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) dispose que « le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'Etat, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent ».

Annexe IV

l'offre de services à domicile et d'hébergement et de solvabiliser le coût de prise en charge pour les personnes. Par conséquent, **il existe des disparités entre départements dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie en établissement**, qui sont perceptibles d'une part s'agissant de l'offre d'hébergement en EHPAD et d'autre part, dans la gestion des prestations sociales qui bénéficient aux personnes âgées en perte d'autonomie hébergées et qui peuvent être sources d'inégalités dans la prise en charge.

Les développements ci-après rappellent pour partie des constants formulées précédemment mais les rassemblent en les combinant avec de nouveaux axes d'analyse.

5.1. Une offre d'hébergement en établissements pour personnes âgées en perte d'autonomie diversifiée entre les territoires

5.1.1. Un paysage très diversifié de l'offre de places en EHPAD en fonction des départements

La compétence départementale en matière d'offre se matérialise par l'adoption des schémas d'organisation sociale et médico-sociale, qui « déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale »⁹⁸. L'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles (CASF) précise que les « schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le président du conseil départemental, après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avec l'agence régionale de santé ». L'offre en établissements, déterminée territorialement, est sujette à des disparités entre départements.

5.1.1.1. Taux d'équipement

Comme indiqué supra, le caractère adapté de la prise en charge prête à interrogation : **le nombre de places d'hébergement pour 1 000 personnes de 75 ans et plus⁹⁹ varie entre les départements dans un rapport de 1 à 5¹⁰⁰**. Les départements d'outre-mer, du Sud et autour de Paris sont relativement moins équipés que les départements de l'Ouest, du Nord et du Centre. Cette inadéquation de l'offre peut expliquer les mobilités interdépartementales, qui sont notables dans certains départements. La Lozère, l'Yonne, l'Ain et le Territoire de Belfort sont ceux qui accueillent le plus de personnes âgées d'autres départements, alors que Paris et la vallée du Rhône voient ces personnes quitter leur département¹⁰¹.

Si l'on se penche plus précisément sur les caractéristiques des départements qui ont des niveaux d'équipement comparables, il est possible d'identifier des spécificités propres à des ensembles de départements. La DREES, en utilisant les indicateurs sociaux départementaux (ISD)¹⁰², a identifié des

⁹⁸ Voir article L. 312-4 du CASF.

⁹⁹ Si le taux d'équipement intègre l'ensemble des places en EHPAD, EHPA, résidences autonomie et USLD, les EHPAD représentent 610 475 des 762 185 places en établissements pour personnes âgées en 2019, leur poids est donc significatif parmi l'ensemble des établissements.

¹⁰⁰ Voir DREES, enquête EHPA 2019.

¹⁰¹ Voir A. Carrère, 2022, *Cartographie de la perte d'autonomie des personnes âgées*, note IPP n° 77.

¹⁰² « Les indicateurs sociaux départementaux sont issus des travaux d'un groupe associant des représentants des départements (Assemblée des départements de France ADF, conseils généraux, l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée ODAS), la statistique publique (DGCL, DREES, INSEE) et des organismes nationaux producteurs d'information (CCMSA, CNAF, CNSA, ONED). Ces indicateurs se rapportent à l'action sociale départementale et plus particulièrement aux

Annexe IV

groupes de départements qui ont des caractéristiques proches en termes démographiques et économiques et dont les taux d'équipement en places d'hébergement sont comparables¹⁰³ :

- ◆ **Paris, les Hauts-de-Seine et les Yvelines ont le taux d'équipement en établissements d'hébergement pour personnes âgées le plus faible.** Ce sont des départements urbains, relativement jeunes et dans lesquels le niveau de vie est élevé. Les personnes âgées vivent davantage à domicile ;
- ◆ **Des départements dont les caractéristiques en termes d'urbanisation et de niveau de vie demeurent élevées** par rapport à la médiane nationale sont **légèrement mieux équipés** : départements d'Île-de-France, du Rhône, Ardèche, Var ;
- ◆ **A un niveau de vie un peu moins élevé, mais à dominante urbaine, des départements** tels que la Seine-Saint-Denis, le Bas-Rhin et le Haut-Rhin, la Gironde, le Calvados, la Haute-Garonne ou les Pyrénées-Atlantiques **ont des taux d'équipement supérieurs** ;
- ◆ **Proches de la médiane nationale, 37 départements répartis sur toute la France ont des taux d'équipement encore plus élevés** : Nord, Moselle, Hérault, Ille-et-Vilaine, Loir-et-Cher, Haute-Corse par exemple ;
- ◆ **Enfin, les départements dont la population est plus âgée et plus pauvre qui sont aussi les plus ruraux, ont des taux d'équipement plus élevés que dans le reste de la France métropolitaine** (37 départements, dont une grande partie des départements de l'ouest de la France, le Pas-de-Calais, la Moselle, la Meuse, les Vosges, la Corse du Sud...).

5.1.1.2. *Habilitation à l'aide sociale*

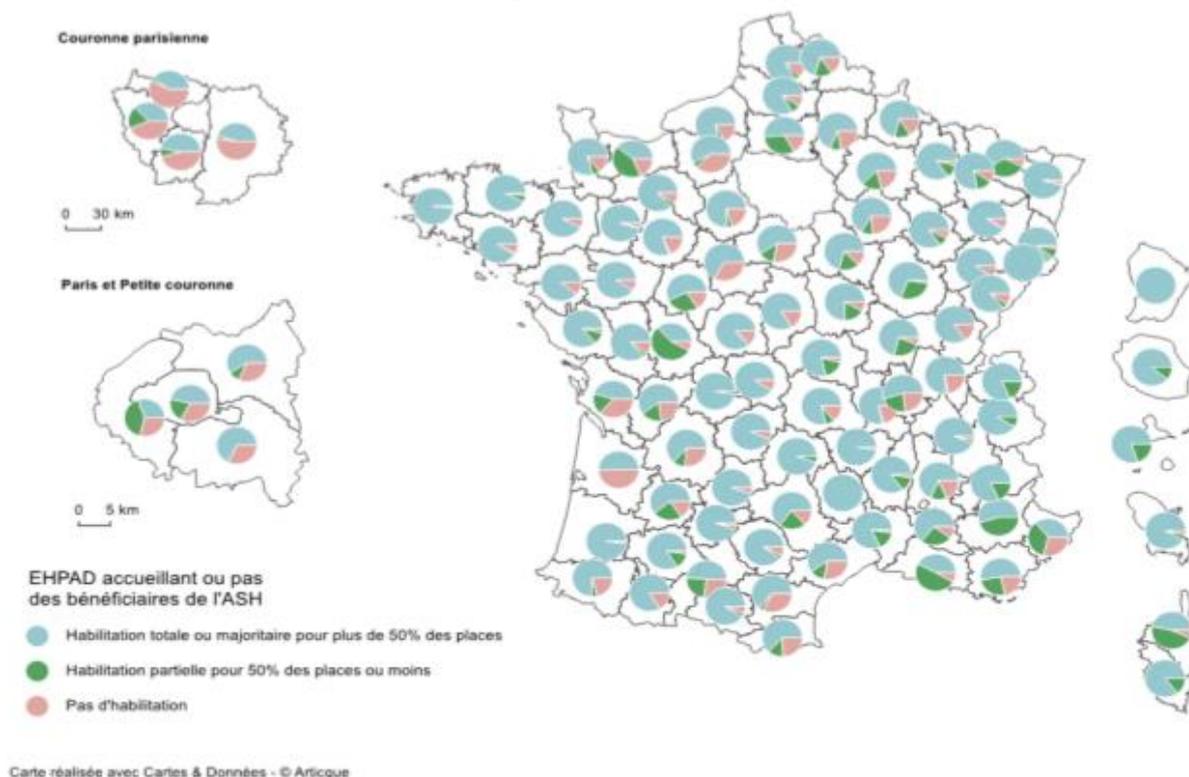
La répartition des EHPAD sur le territoire montre également des disparités entre départements, s'agissant de **l'habilitation à l'aide sociale**. Dans les départements qui entourent Paris (Seine-et-Marne, Essonne, Yvelines, Val d'Oise), en Gironde ou dans l'Eure, près de la moitié des EHPAD ne sont pas habilités à accueillir des bénéficiaires de l'ASH, alors que les EHPAD des Outre-mer et de la majorité des autres départements sont majoritairement habilités (**graphique 91**).

aides sociales et à l'insertion, au handicap, à l'enfance et aux personnes âgées. Ils décrivent le contexte social des départements, les populations, l'offre d'équipements et les dépenses » (DREES, septembre 2014).

¹⁰³ Voir DREES, septembre 2014, Les bénéficiaires de l'APA et de l'ASH fin 2011 : résultats des données individuelles en France métropolitaine.

Annexe IV

Graphique 91 : Répartition des EHPAD habilités à accueillir des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement en 2019



Source : FINESS au 31/12/2019.

Source : Enquête EHPA 2019 DREES/Traitement : CNSA.

Source : ERRD 2019.

5.1.1.3. Statut juridique des établissements

Des disparités existent également entre territoires quant au **statut juridique des établissements** (graphiques 92, 93 et 94).

En France en 2019, le parc d'EHPAD est majoritairement constitué d'EHPAD publics, qui représentent 44 % des 7 403 EHPAD (3 266 EHPAD pour 295 611 places). Les EHPAD privés à but non lucratif représentent 31 % du parc (2 328 EHPAD pour 177 278 places) et les EHPAD commerciaux 24 % (1 809 EHPAD pour 137 586 places)¹⁰⁴.

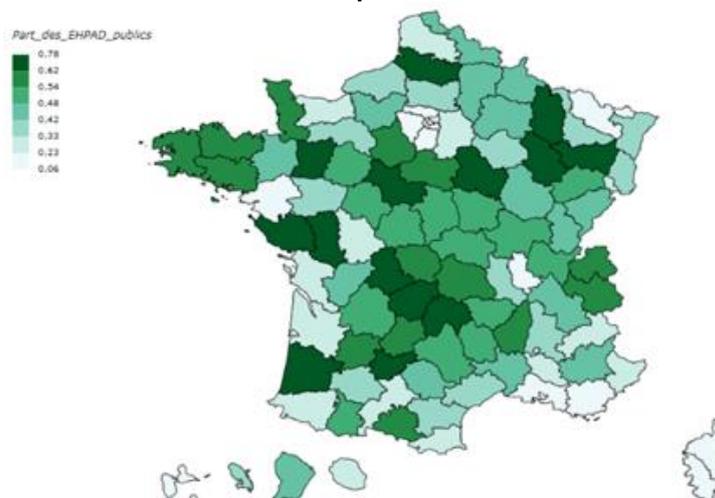
En 2019, aucun EHPAD privé commercial n'est installé en Haute-Marne, en Guyane, dans les Landes, le Cantal, l'Aveyron, la Haute-Saône, la Lozère, le Territoire de Belfort et les Hautes-Alpes.

En revanche, **tous les départements ont des places dans des EHPAD publics**, mais la part de ces places dans l'ensemble des EHPAD du département varie sensiblement, de 6 % dans le Val d'Oise à 78 % dans les Landes.

¹⁰⁴ Voir DREES, Enquête EHPA 2019.

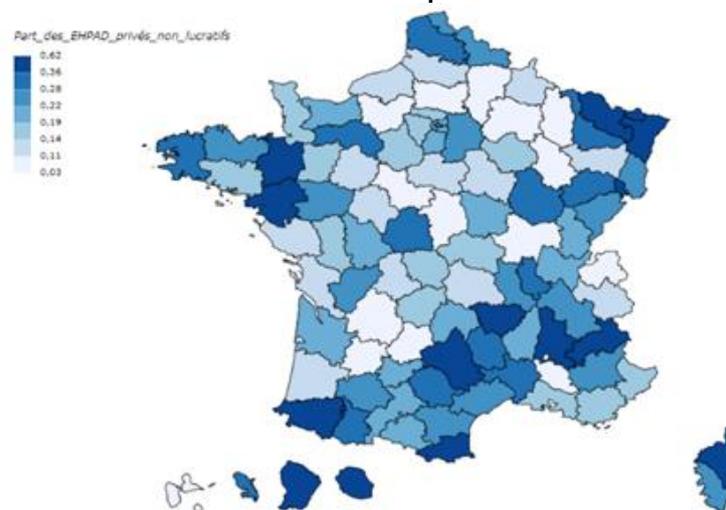
Annexe IV

Graphique 92 : Répartition en France des EHPAD publics - poids dans l'ensemble des EHPAD du territoire - niveau départemental



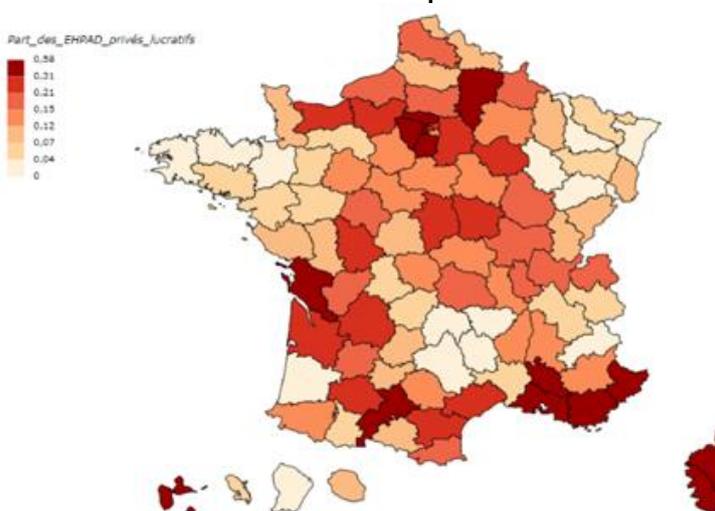
Source : DREES, Enquête EHPA 2019 ; Répertoire FINESS 2019

Graphique 93 : Répartition en France des EHPAD privés non lucratifs - poids dans l'ensemble des EHPAD du territoire - niveau départemental



Source : DREES, Enquête EHPA 2019 ; Répertoire FINESS 2019

Graphique 94 : Répartition en France des EHPAD privés lucratifs - poids dans l'ensemble des EHPAD du territoire - niveau départemental



Source : DREES, Enquête EHPA 2019 ; Répertoire FINESS 2019

5.1.2. Des tarifs variables entre départements

Le **tarif hébergement** et le **talon du tarif dépendance** forment le **prix d'un séjour en EHPAD**, à la charge du résident et pour lequel il peut bénéficier d'aides. Ces deux tarifs étant déterminés au niveau départemental, le prix d'un séjour en EHPAD varie d'un département et d'un établissement à l'autre.

Le **prix médian d'un séjour en EHPAD** est de **2 004 € par mois en France en 2019**¹⁰⁵. Mais il cache des disparités importantes. Dans les Yvelines, il atteint 3 018 € et en Guadeloupe 3 196 €, alors qu'il est de 1 675 € dans la Meuse et de 1 712 € dans les Vosges. La Seine-Maritime (2 017 €) et le Puy-de-Dôme (1 920 €) ont des niveaux médians de prix proches de la médiane nationale.

5.1.2.1. Le tarif hébergement

S'agissant du tarif hébergement, l'habilitation à l'aide sociale, le statut juridique et les caractéristiques territoriales propres au département, facteurs qui sont eux-mêmes liés entre eux, engendrent des **disparités entre départements**.

Le **tarif hébergement des places habilitées à l'aide sociale** est administré, fixé par le Président du conseil départemental pour toutes les places des EHPAD habilités à plus de 50 % de leur capacité. En revanche, la liberté tarifaire prévaut¹⁰⁶ pour les EHPAD où 100 % des places ne sont pas habilitées et pour les EHPAD où les places non habilitées représentent 50 % ou moins des places totales.

En 2019, le prix médian d'hébergement permanent par jour est **supérieur de 27 € pour une place non habilitée à l'ASH par rapport à une place habilitée**¹⁰⁷. Par ailleurs, **l'évolution des tarifs** est également liée à l'habilitation. Les tarifs pour les places non habilitées peuvent augmenter dans la limite d'un taux fixé annuellement par arrêté ministériel (5,14 % en 2023¹⁰⁸). Pour les EHPAD majoritairement habilités à l'aide sociale en revanche, le conseil départemental décide d'un taux d'augmentation annuel. Le taux d'évolution est extrêmement variable. Ainsi, en 2023, pour 94 départements recensés, dans un contexte d'inflation très forte, les revalorisations varient entre 0 et 6%. L'augmentation moyenne est de 2,9%, la médiane est de 3,0% (voir aussi graphique 101).

La **structure différenciée de l'offre** en fonction des départements, en raison des **différences en termes de statut juridique**, est également source de tarifs hébergement différents en fonction des territoires. Elle est souvent liée à l'habilitation à l'aide sociale, les EHPAD publics étant plus souvent habilités que les EHPAD privés, notamment commerciaux. Ainsi, si le tarif hébergement journalier moyen dans un EHPAD public rattaché à un hôpital est de 56 € et de 57 € dans les autres EHPAD publics, il est de 64 € dans un établissement privé à but non lucratif et de 89 € dans un EHPAD commercial¹⁰⁹. Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de ces disparités de tarifs. S'agissant des

¹⁰⁵ Voir CNSA, avril 2021, Les prix en EHPAD en 2019.

¹⁰⁶ Une exception est prévue par l'article L. 231-5 du CASF pour les résidents hébergés depuis cinq ans dans un établissement non habilité à l'aide sociale lorsque ses ressources sont devenues insuffisantes. Ses frais de séjour peuvent être en partie pris en charge par le département.

¹⁰⁷ En 2019, le tarif médian pour une chambre individuelle n'accueillant pas de bénéficiaires de l'ASH s'établit à 85 € tandis qu'il est de 57,97 € pour une chambre individuelle habilitée à l'ASH (CNSA, 2019).

¹⁰⁸ Arrêté du 23 décembre 2022 relatif aux prix des prestations d'hébergement de certains établissements accueillant des personnes âgées.

¹⁰⁹ Voir Les comptes de la sécurité sociale, juin 2020.

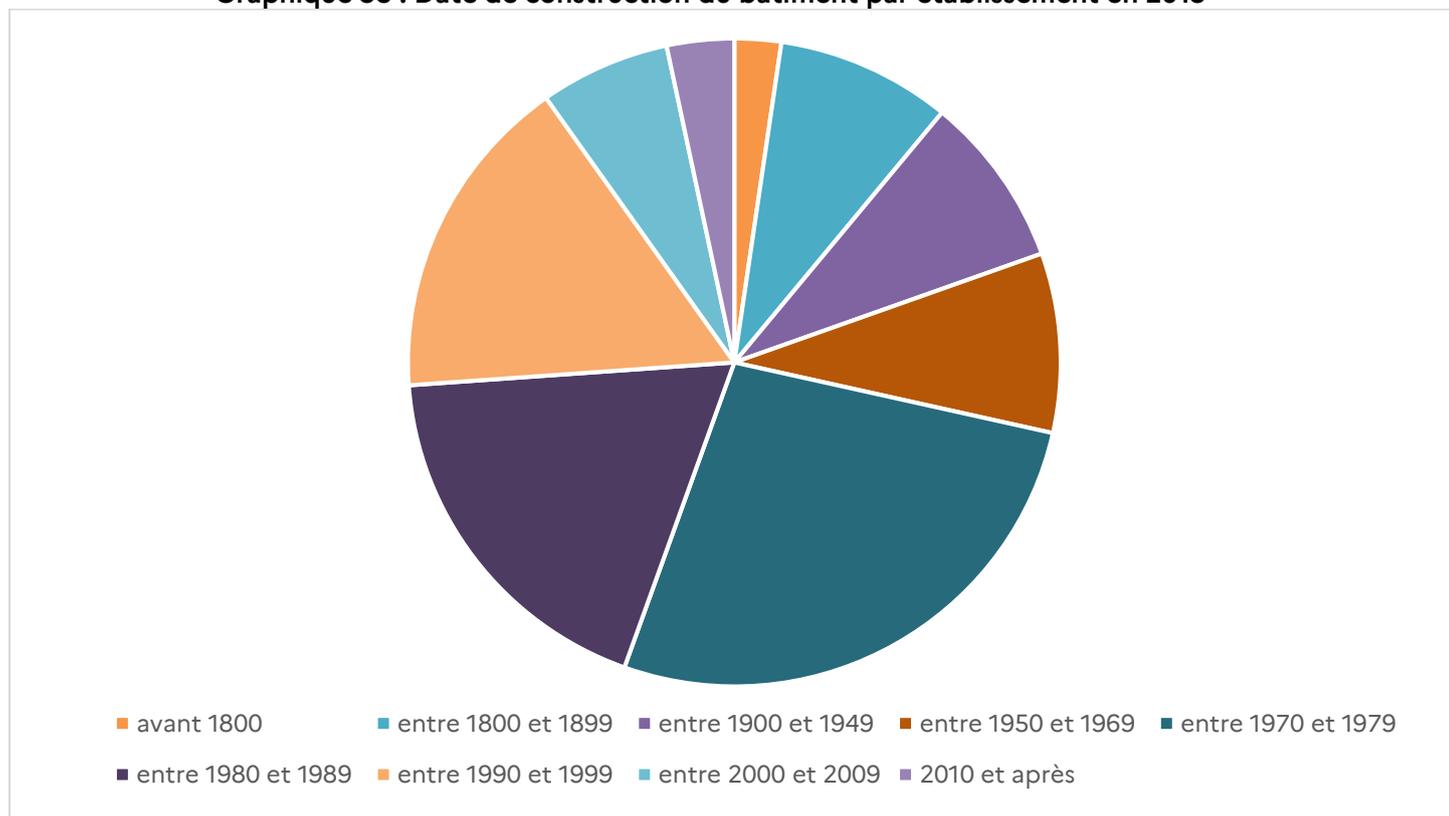
Annexe IV

EHPAD privés commerciaux, ils rémunèrent leurs investisseurs, notamment par des dividendes. De plus, la fiscalité qui s'applique à ces EHPAD est différente : les EHPAD privés commerciaux sont assujettis à la TVA, contrairement aux EHPAD publics et privés à but non lucratif, qui sont redevables de la taxe sur les salaires. Mais plus encore, les coûts de l'immobilier peuvent expliquer les différences de tarif hébergement entre les établissements selon le statut juridique.

D'autres facteurs propres aux territoires jouent en effet sur les tarifs hébergement, c'est le cas en particulier des **prix de l'immobilier** : en 2019, il existe un coefficient de corrélation de 0,8 entre les prix de l'immobilier et les tarifs hébergement¹¹⁰. La part des coûts immobiliers représente entre 10 % et 30 % du tarif facturé¹¹¹. Ces différences sont elles-mêmes liées en partie au statut juridique de l'établissement. 77 % des EHPAD publics sont propriétaires de l'établissement, contre 40 % des EHPAD privés¹¹². Les EHPAD publics sont aussi plus anciens et le coût du bâti est donc plus souvent amorti. Ils sont aussi moins présents en zones urbaines denses que les EHPAD privés commerciaux.

Les données disponibles sur la date de construction des bâtiments donnent une première information : 44,5% des structures actuelles ont été construites depuis 1980, **près des deux tiers des structures sont issues de constructions vieilles d'au moins 45 ans** (graphique 95).

Graphique 95 : Date de construction du bâtiment par établissement en 2019



Source : Enquête EHPA 2019, DREES. 3 596 répondants sur 10 252 sollicités.

De même, les dates disponibles concernant les dates des derniers grands travaux de rénovation sont des plus éloquentes : **un quart des bâtiments n'a pas donné lieu à rénovation au cours des 25 dernières années et sont donc a priori affectés d'une vétusté importante** (graphique 96).

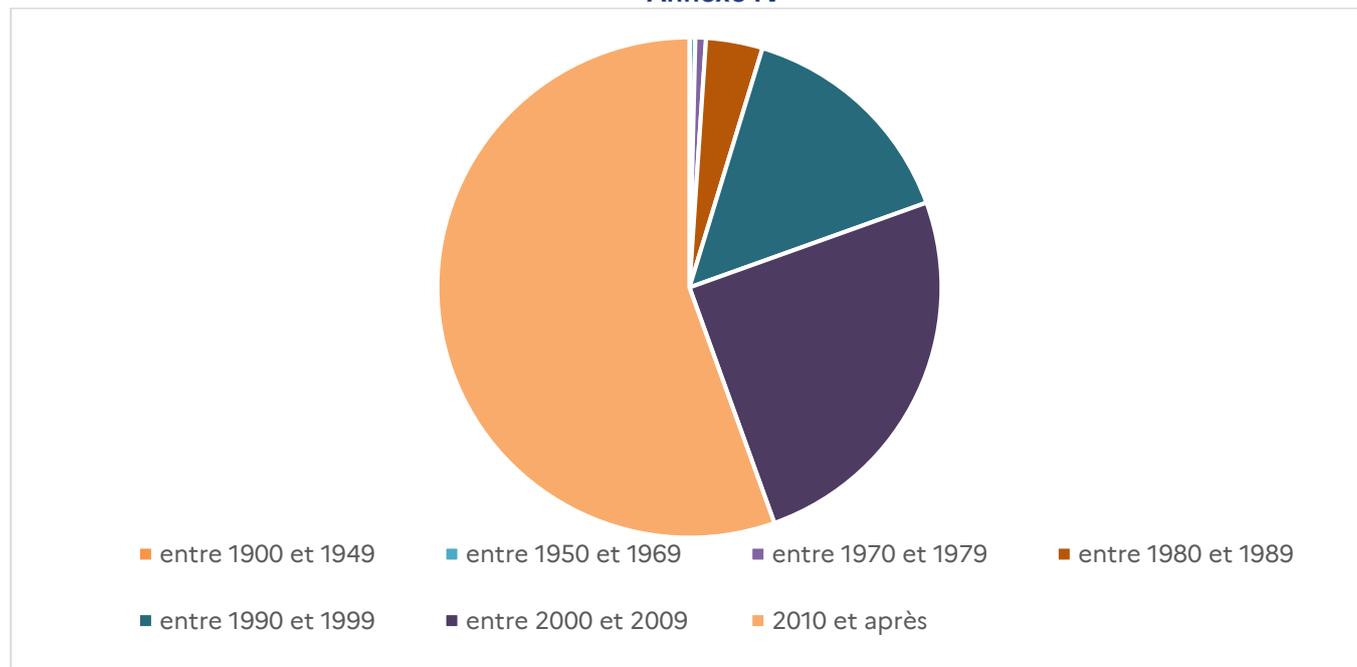
Graphique 96 : Date de rénovation du bâtiment - par établissement - en 2019

¹¹⁰ Voir CNSA, avril 2021, Les prix en EHPAD en 2019.

¹¹¹ Voir IGAS, 2009, *État des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*.

¹¹² Voir Les comptes de la sécurité sociale, juin 2020.

Annexe IV



Source : Enquête EHPA 2019, DREES. 4 609 répondants.

Le coût des travaux pèse de manière très forte sur les tarifs. Ils sont répercutés avant tout sur la section hébergement actuellement. Ils conduisent donc naturellement à une hausse du reste à charge. Habiter dans des locaux rénovés revient donc a priori à assumer des coûts d'hébergement plus importants.

La fédération hospitalière de France (FHF) avance les éléments suivants : en retenant un ordre de grandeur d'une subvention d'investissement de 30% du total du projet, l'impact sur le prix de journée s'en trouve réduit de 50%. Elle avance également cet exemple :

- ◆ Si un EHPAD de 85 lits a un projet de réhabilitation conduit sur 10 ans pour un coût de 120k€ par lit ; en, retenant un amortissement du coût sur 30 ans ;
- ◆ Alors, le tarif hébergement est augmenté de 10,9€ par jour avant toute intervention publique.

5.1.2.2. Le tarif dépendance

Le **tarif dépendance**, déterminé par département par niveau de GIR, diffère aussi selon les établissements en fonction du niveau de perte d'autonomie des résidents. **Le « talon » dépendance, à la charge du résident, varie donc en fonction des départements.** Le tarif dépendance journalier médian est le plus bas dans les Alpes-Maritimes, à 4,46 € pour les GIR 5-6, 10,51 € pour les GIR 3-4 et 16,56 € pour les GIR 1-2, alors qu'il est le plus élevé en Guyane, pour un tarif journalier médian de respectivement 10,06 €, 23,70 € et 37,34 €¹¹³.

¹¹³ Prix-ESMS CNSA au 31 décembre 2019.

5.2. Une gestion territorialisée des prestations à l'origine de disparités entre départements

Les conseils départementaux adoptent un **règlement départemental d'aide sociale** qui fixe les modalités de mise en œuvre des prestations d'aide sociale dont ils ont la charge dans le cadre de la législation et de la réglementation nationales¹¹⁴.

Le CASF prévoit que si le montant et les conditions d'attribution des aides sont encadrés par la loi, « le conseil départemental peut décider de conditions et de montants plus favorables que ceux prévus par les lois et règlements applicables aux prestations. Le département assure la charge financière de ces décisions »¹¹⁵ (article L. 121-4 CASF). Par conséquent, des disparités entre départements existent et sont à l'origine d'inégalités territoriales en matière d'action sociale.

Le nombre d'aides sociales départementales aux personnes âgées pour 100 habitants de 60 ans ou plus est en moyenne de **8 % en France** mais varie **entre 4,2 % et 12,8 %**¹¹⁶ selon les départements. Les départements d'**Île-de-France** et la **Guyane** ont les taux d'aides les plus bas. Le **Pas-de-Calais**, la **Corse** et l'**Aveyron** font partie des départements où les taux d'aide sont les plus importants¹¹⁷.

Les dépenses brutes moyennes par aide sociale aux personnes âgées s'échelonnent **entre 4 000 € et 12 400 €**. Deux tiers des départements ont des dépenses comprises **entre 4 800 € et 5 900 €**. Les départements de **Picardie**, de **Corse**, des **Outre-mer** ou de **petite couronne parisienne** sont **parmi ceux qui** dépensent le plus (entre 6 400 € et 12 400 € par bénéficiaire). A l'inverse, des départements comme la **Côte d'Or**, l'**Aveyron** ou la **Moselle** se caractérisent par des dépenses relativement peu importantes (moins de 4 800 € par bénéficiaire)¹¹⁸.

5.2.1. Des différences territoriales dans la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

La part des **bénéficiaires de l'APA** qui résident **en établissement** s'établit entre **8 %** et **65 %** selon le département¹¹⁹.

Le niveau de l'APA en établissement s'échelonne entre **3 629 €** et **8 158 €** par bénéficiaire en 2020¹²⁰ (graphique 97).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces disparités dans le niveau d'aide, notamment :

- ◆ Le point GIR fixé par le département détermine le **tarif dépendance et le « talon »** (tarif GIR 5-6), à l'origine de disparités entre territoires ;

¹¹⁴ Article L. 121-3 du CASF.

¹¹⁵ Article L. 121-4 du CASF.

¹¹⁶ Le taux n'est pas corrigé des doubles comptes (une personne peut être bénéficiaire de plusieurs aides).

¹¹⁷ Voir DREES, *L'aide et l'action sociales en France*, édition 2022.

¹¹⁸ Voir DREES, *L'aide et l'action sociales en France*, édition 2022.

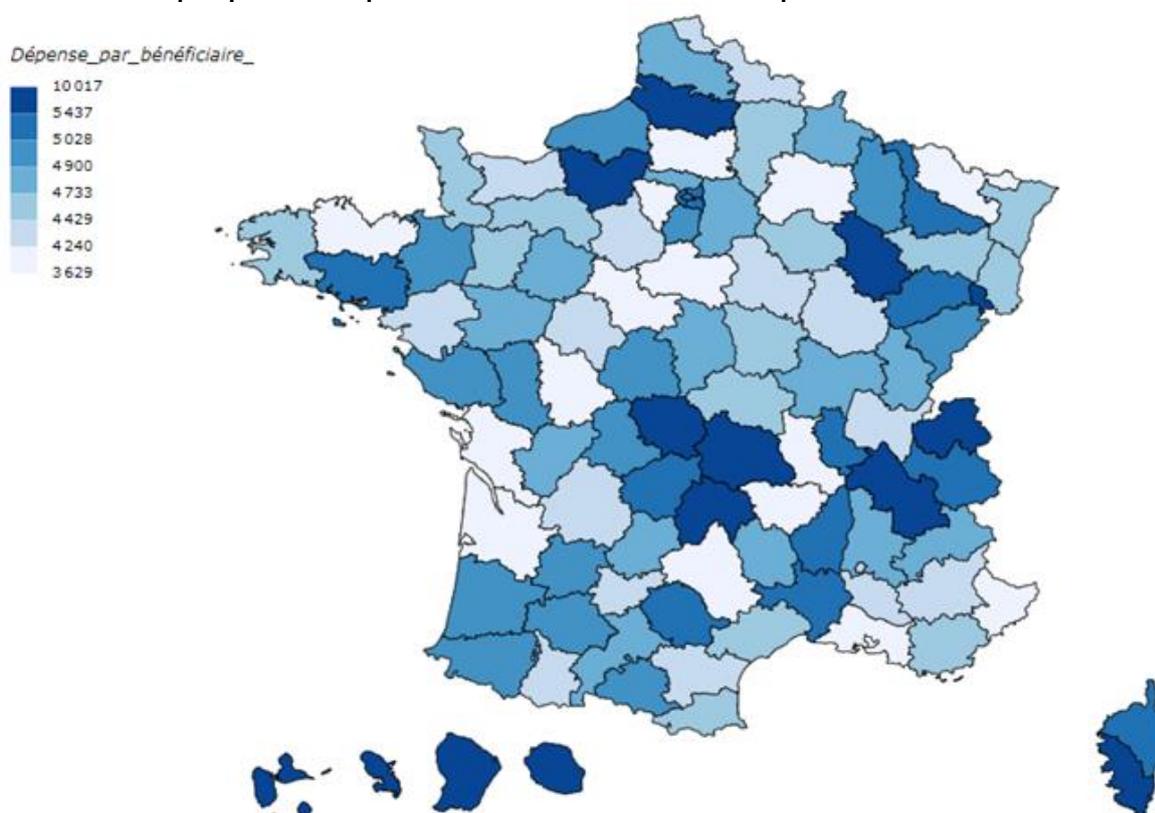
¹¹⁹ Voir DREES, *L'aide et l'action sociales en France*, édition 2022.

¹²⁰ Voir DREES, Enquête Aide sociale.

Annexe IV

- ◆ Le **niveau de perte d'autonomie des personnes âgées** varie d'un département à l'autre. L'institut des politiques publiques (IPP)¹²¹ a mis en avant qu'en 2015, les départements ayant les taux de prévalence de perte d'autonomie les plus élevés sont la Guadeloupe, La Réunion, la Martinique, le Nord, l'Ariège, le Cantal, la Creuse et la Corrèze tandis que l'Île-de-France, la Haute-Savoie, la Normandie et le Morbihan sont moins exposés à la perte d'autonomie. L'IPP a aussi mis en exergue les écarts de GIR moyen pondéré (GMP) entre besoins évalués par les départements et besoins estimés par enquêtes¹²². Dans tous les départements, le GMP estimé par enquête est plus important que celui attribué par les départements, questionnant l'équité dans l'accès aux aides en cas de perte d'autonomie ;
- ◆ L'**évaluation du niveau de perte d'autonomie** de la personne âgée en application de la grille AGGIR est effectuée au niveau départemental, les évaluations peuvent être différentes d'un département à l'autre en raison notamment des différences de formation à l'évaluation, de la composition de l'équipe médico-sociale ou de l'interprétation faite du CASF qui fixe les critères d'évaluation¹²³.

Graphique 97 : Dépenses d'APA en établissement par bénéficiaire en 2020



Source : Mission, données DREES, enquête Aide sociale (données 2020 sauf Corse, données 2017).

¹²¹ Voir A. Carrière, D. Roy et L. Toulemon, *Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives*, rapport IPP n° 41, 16 mars 2023.

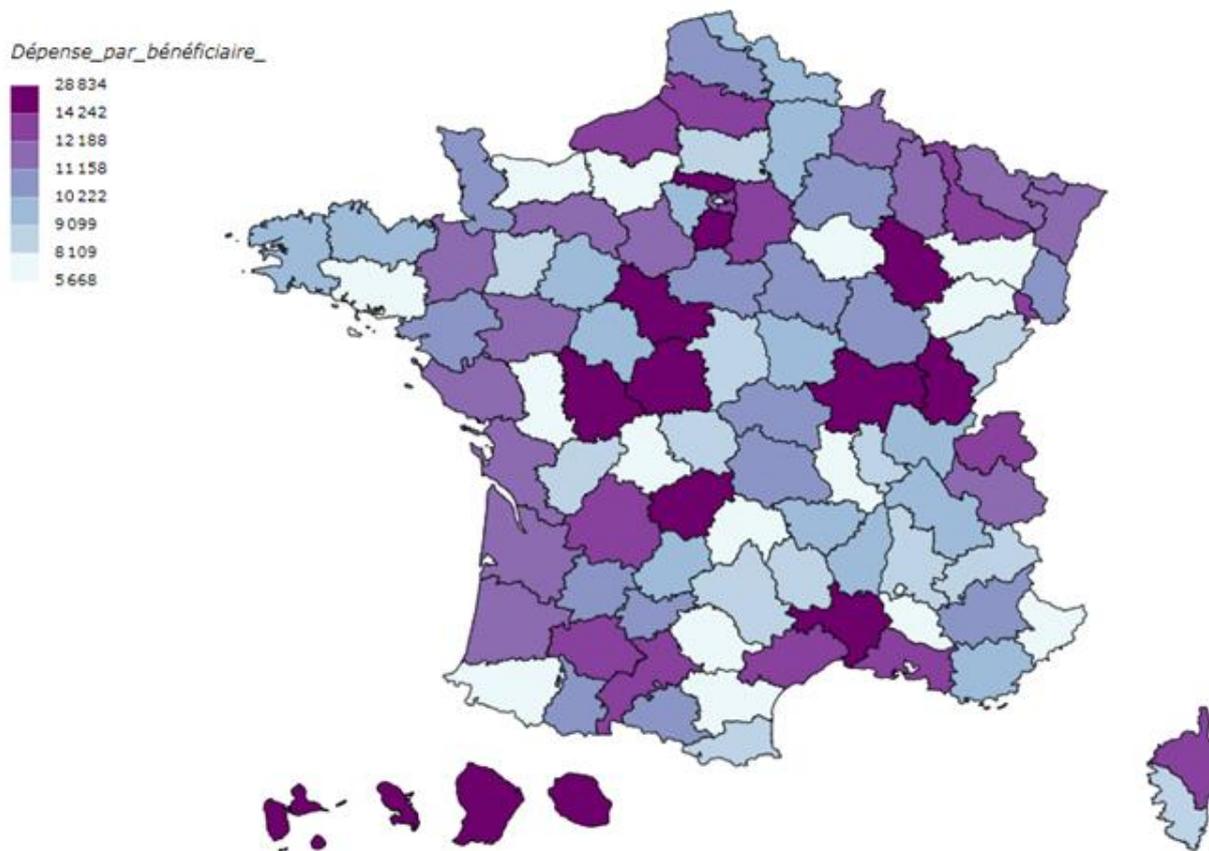
¹²² Les besoins évalués par les départements correspondent au GIR attribué aux personnes, converti en GIR moyen pondéré (GMP), niveau moyen de dépendance dans une population donnée, qui équivaut à un besoin moyen de 10 emplois à temps plein pour 100 personnes âgées vivant dans le département. Les besoins estimés par enquêtes renvoient aux données Vie Quotidienne et Santé (VQS) 2014 et EHPA 2015 (Amélie Carrère, 2022, Cartographie de la perte d'autonomie des personnes âgées, note IPP N° 77).

¹²³ Voir A. Carrière, D. Roy et L. Toulemon, *Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives*, rapport IPP n° 41, 16 mars 2023.

5.2.2. Des modalités diverses de gestion de l'aide sociale à l'hébergement (ASH)

Les dépenses brutes annuelles moyennes d'ASH en établissement s'échelonnent entre **5 668 €** et **21 746 €** par bénéficiaire en 2020¹²⁴ (graphique 98).

Graphique 98 : Dépenses d'ASH en établissement par bénéficiaire en 2020, après déduction des récupérations auprès des bénéficiaires



Source : Mission, données DREES, enquête Aide sociale (données 2020 sauf Corse, données 2017).

Subsidiaire, l'ASH intervient en complément des ressources de la personne pour couvrir tout ou partie du tarif hébergement, voire le « talon » du tarif dépendance. 90 % des ressources du bénéficiaire sont mobilisées, et le montant laissé au bénéficiaire ne peut être inférieur à 1 % du montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), soit environ 115 € par mois en 2023. Un minimum doit aussi être laissé au conjoint du bénéficiaire qui conserve un montant au moins égal à celui de l'ASPA (961,08 € en 2023). Au-delà de ces règles nationales, les départements ont des pratiques différentes, dans la mesure où le conseil départemental définit les modalités de gestion de l'aide sociale à l'hébergement.

Les disparités territoriales liées à l'attribution de l'ASH sont importantes et dépendent à la fois (i) des ressources prises en compte, (ii) des dépenses que le conseil départemental décide de couvrir et (iii) des pratiques de mobilisation des ressources des obligés alimentaires et de récupération. Les modalités de versement de l'ASH varient également en fonction des territoires (iv).

¹²⁴ Voir DREES, Enquête Aide sociale.

Annexe IV

D'abord, la **prise en compte des ressources** pour déterminer l'ASH peut différer selon le département¹²⁵ :

- ◆ 95 % des départements prennent en compte les revenus déclarés dans le dernier avis d'imposition, mais seuls 68 % ceux soumis à prélèvement libératoire et 53 % établissent une évaluation forfaitaire du capital dormant ;
- ◆ des départements demandent au bénéficiaire de l'ASH de mobiliser son patrimoine liquide pour régler les frais d'hébergement avant l'admission à l'ASH. Dans ce cas, l'admission à l'ASH est décalée dans le temps ;
- ◆ certains départements, plutôt que d'intégrer les ressources du conjoint dans les ressources prises en compte, considèrent ces dernières comme mobilisables au titre de l'obligation alimentaire.

Des différences apparaissent également s'agissant des **frais pris en charge au titre de l'ASH** :

- ◆ 86 % des départements prennent toujours en charge le « talon » du tarif dépendance en 2018, 6 % parfois et 8 % jamais¹²⁶ ;
- ◆ d'autres frais sont parfois intégrés par des départements : les **frais de tutelle** (86 % des départements les prennent toujours en charge et 13 % parfois), **frais de mutuelle** (75 % toujours et 25 % parfois), **frais d'assurance** (41 % toujours et 33 % parfois) et **prélèvements fiscaux** (40 % toujours et 49 % parfois), des **frais plus ponctuels ou exceptionnels** tels que les frais d'obsèques, dettes de loyer, frais d'appareillage dentaire ou auditif, pension alimentaire (toujours dans 7 % des départements et parfois dans 51 % d'entre eux).

Les pratiques de mobilisation des ressources des obligés alimentaires et de récupération varient aussi d'un département à l'autre :

- ◆ l'ensemble des départements appliquent l'obligation alimentaire auprès des enfants du bénéficiaire. 92 % y recourent auprès des gendres ou belles-filles, 32 % auprès des petits-enfants et 13 % auprès d'autres personnes (parents du bénéficiaire notamment) ;
- ◆ si la participation alimentaire des enfants est toujours mobilisée, le **concours demandé aux obligés alimentaires** diffère d'un département à l'autre. Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) a comparé en 2020¹²⁷ les pratiques au sein de sept départements. Si en Indre-et-Loire, la contribution alimentaire de l'enfant est déjà mobilisée à partir d'un revenu mensuel de 1 000 €, elle ne l'est qu'à partir d'un revenu mensuel d'un peu moins de 2 500 € dans les Yvelines ;
- ◆ s'agissant du recours sur succession, il est systématiquement mis en œuvre dans 97 % des départements.

Enfin, les **modalités de versement de l'ASH sont différentes d'un département à l'autre** : **30 %** des départements versent à l'établissement l'ASH, la participation du bénéficiaire ainsi que celle de ses obligés alimentaires, charge à l'établissement de récupérer ces participations. **24 %** d'entre eux ne versent que l'ASH, lorsqu'est déduite la participation du résident et de ses obligés alimentaires. **17 %** d'entre eux versent l'ASH et la participation des obligés alimentaires.

¹²⁵ Travaux internes à l'administration, non publiés.

¹²⁶ DREES, enquête Aide sociale.

¹²⁷ Voir HCFEA, *L'obligation alimentaire, la récupération sur succession et leur mise en œuvre dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement*, rapport adopté le 9 juillet 2020.

L'hétérogénéité des pratiques départementales joue notamment :

- ◆ sur le **reste à charge supporté par le bénéficiaire de l'ASH** qui, pour une situation similaire, peut varier d'un département à l'autre en raison de l'absence de barèmes nationaux ;
- ◆ sur les **coûts de gestion engendrés pour les EHPAD**. L'ASH est versée par le département au sein duquel le domicile de secours¹²⁸ du demandeur est situé, c'est-à-dire celui dans lequel il a résidé au moins trois mois avant son entrée en EHPAD. Un EHPAD peut donc être confronté à des modalités de gestion de l'ASH différentes entre plusieurs résidents¹²⁹ ;
- ◆ **sur la mobilisation de ressources humaines** au sein des départements, des communes (CCAS) et des juges aux affaires familiales dans le cadre du recouvrement des contributions des obligés alimentaires ;
- ◆ **sur le risque d'impayés des créances dues par les obligés alimentaires**, porté par l'établissement ou le département.

5.3. Une hétérogénéité qui a des effets puissants

5.3.1. Une nécessité : appréhender les dépenses de santé dans leur ensemble pour élaborer une stratégie sanitaire et médico-sociale cohérente

Nombre d'analyses soulignent **les effets sanitaires puissants de cette hétérogénéité de prise en charge selon les départements**. Des travaux récents de l'IRDES¹³⁰ permettent de classer les territoires (graphique 99) et de souligner la grande diversité des situations locales (graphique 100). Ils concluent en outre au fait que toutes choses égales par ailleurs, **les dépenses d'hospitalisation sont plus élevées et les dépenses ambulatoires plus faibles dans les territoires moins dotés** en offre médico-sociale et dans les départements dont les financements de l'APA sont plus limités. Ainsi, la politique médico-sociale des départements, tout comme le niveau d'accessibilité de l'offre médico-sociale sont des éléments déterminant la capacité à réduire les hospitalisations et à favoriser une prise en charge en ville des seniors.

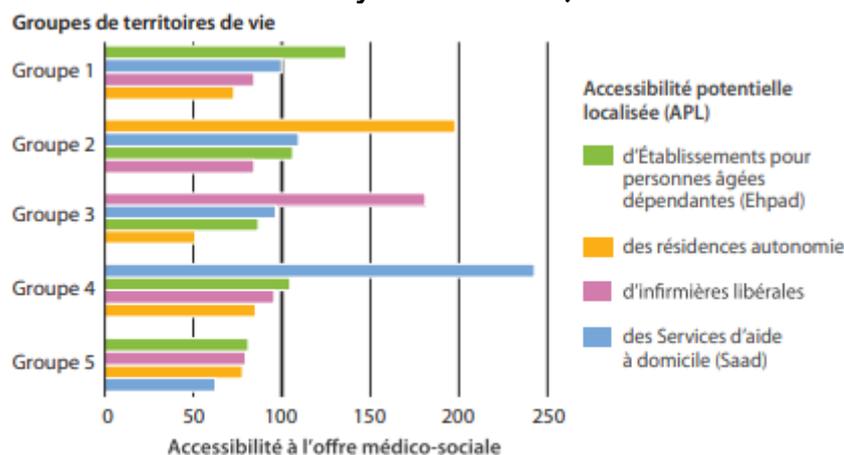
¹²⁸ Article L. 121-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) : « Les prestations légales d'aide sociale sont à la charge du département dans lequel les bénéficiaires ont leur domicile de secours ».

¹²⁹ Travaux internes à l'administration, non publiés.

¹³⁰ Voir IRDES (A. Penneau et Z. Or), *Les inégalités territoriales de financement et d'accessibilité des soins médico-sociaux : quel impact sur les dépenses de santé des seniors ?*, Questions d'économie de la santé, n° 279, mai 2023.

Annexe IV

Graphique 99 : Accessibilité à l'offre médico-sociale par groupe de territoires de vie (Base 100 par rapport à la moyenne nationale)

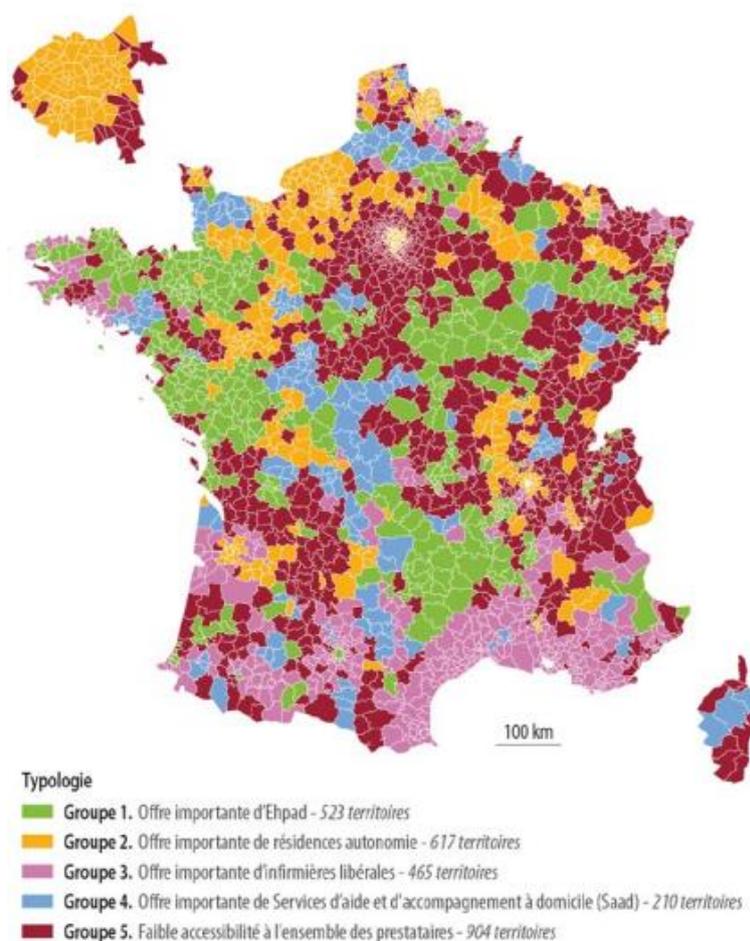


Champ : 2 708 territoires de vie en France métropolitaine.

Sources : Données d'Accessibilité potentielle localisée (APL) aux structures médico-sociales et aux infirmières libérales de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

Source : Données DREES in IRDES (A. Penneau et Z. Or), Les inégalités territoriales de financement et d'accessibilité des soins médico-sociaux : quel impact sur les dépenses de santé des seniors ?, *Questions d'économie de la santé*, n° 279, mai 2023.

Graphique 100 : Résultats de la typologie sur l'accessibilité à l'offre médico-sociale des territoires de vie



Source : Données DREES in IRDES (A. Penneau et Z. Or), Les inégalités territoriales de financement et d'accessibilité des soins médico-sociaux : quel impact sur les dépenses de santé des seniors ?, *Questions d'économie de la santé*, n° 279, mai 2023.

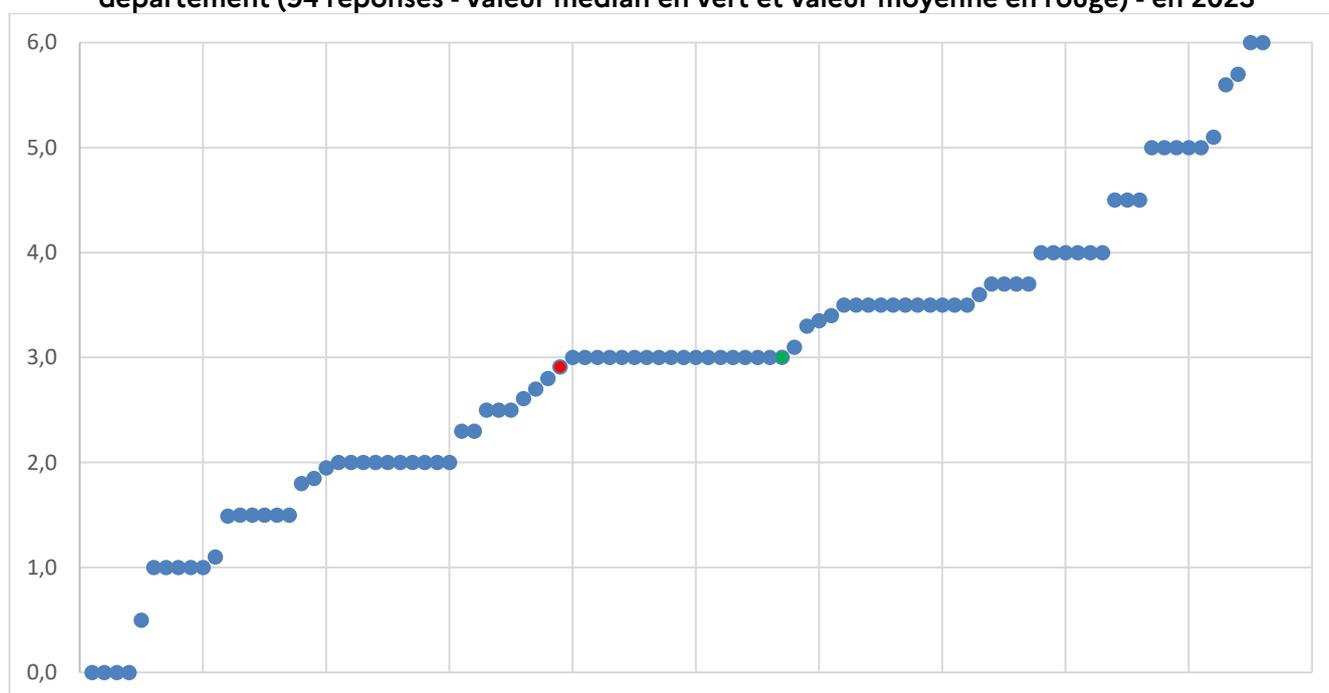
5.3.2. Un autre impact de la territorialisation : les tarifs

Les tarifs pris en charge par les départements au titre de l'hébergement sur des places habilitées à l'aide sociale sont **doublement encadrés** : leur niveau initial est fixé entre l'opérateur et les services du département, les taux annuels d'évolution ne sont pas fixés nationalement (contrairement aux tarifs libres qui peuvent évoluer dans la limite d'un plafond annuel d'évolution déterminé par un arrêté du ministre en charge de l'économie et des finances), mais déterminés par chaque département.

L'année 2023 est spécifique en ce qu'elle est caractérisée par une forte inflation, l'INSEE identifie une tendance située entre +5 et +6 % en glissement¹³¹. Ce contexte a conduit les acteurs à porter une attention particulière aux taux de revalorisation, arrêtés par chaque département. La FEHAP a transmis un fichier de travail à la mission comprenant 94 situations départementales recensées.

Sur cet échantillon, le **taux moyen de revalorisation des tarifs est de 2,9 % ; le taux médian est de 3,0 %**. Ces taux sont singulièrement en deçà des hypothèses d'inflation. Au-delà, ils reflètent une pression à la baisse ou une forte maîtrise des tarifs applicables aux places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement qui peut avoir des effets puissants sur la qualité des infrastructures offertes ou de la prise en charge de ses résidents par l'établissement. **Outre ces approches médianes et moyennes, la dispersion est très forte**. 4 départements ont décidé de ne pas revaloriser les tarifs en 2023 (graphique 101).

Graphique 101 : Taux d'évolution des tarifs hébergement au titre des places habilitées à l'aide sociale par département (94 réponses - valeur médian en vert et valeur moyenne en rouge) - en 2023



Source : Données transmises par la FEHAP. Travaux mission. Face à plusieurs valeurs déclarées, la valeur la plus haute a été retenue.

¹³¹ Voir Insee, *Notes mensuelles de conjoncture*, parues entre janvier et juin 2023.

Annexe IV

ANNEXE V

Options de financement

SOMMAIRE

<u>1. DE NOMBREUSES PROPOSITIONS DE FINANCEMENT ANTERIEURES REACTUALISEES PAR LA MISSION</u>	7
1.1. <u>Des options antérieures ont été écartées en raison de leur caducité ou, indépendamment de leur légitimité intrinsèque, de leur caractère soit peu activable en 2023 soit trop éloigné du champ d'analyse de la mission</u>	7
1.1.1. <u>La mobilisation de financements supplémentaires du Fonds de réserve pour les retraites (FRR ou F2R)</u>	8
1.1.2. <u>La transformation de 0,10% du taux de la Participation de l'employeur à l'effort de construction (PEEC) dit « 1% Logement » en contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie</u>	9
1.1.3. <u>L'affectation d'une partie de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance à la branche dépendance</u>	9
1.1.4. <u>La réallocation de moyens de la branche famille vers la branche autonomie</u>	10
1.1.5. <u>Une meilleure régulation de la dépense concernant l'allocation aux adultes handicapés (AAH)</u>	11
1.1.6. <u>L'instauration d'une deuxième journée de solidarité</u>	11
1.1.7. <u>L'alignement de la CSG des retraités sur celle des actifs</u>	12
1.2. <u>L'option de la réduction d'impôt au titre des frais de dépendance et d'hébergement pour les personnes accueillies en établissement pose une question, au cœur de la présente mission, et renvoie aux options de réforme proposées dans le rapport</u>	14
1.3. <u>Tenir compte de l'évolution des soutiens accordés aux personnes âgées depuis quelques décennies et de leurs facultés contributrices par rapport à celles des actifs est justifié</u>	16
1.3.1. <u>La réduction de l'abattement de 10% pour le calcul de l'impôt sur le revenu des retraités</u>	16
1.3.2. <u>La suppression du critère d'âge dans la niche fiscale instituée en 1948 pour le bénéficiaire de l'exonération de cotisations patronales pour le recours aux services d'aide à domicile pour les publics fragiles</u>	19
1.3.3. <u>Les mesures de rationalisation de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA), en particulier la prise en compte du patrimoine immobilier</u>	19
1.4. <u>Faire reposer le financement de la dépendance sur une logique de solidarité plus universelle tenant compte de l'ensemble des facultés contributrices doit être envisagé</u>	21
1.4.1. <u>L'extension de l'assiette de la CSA et/ou de la CASA</u>	21
1.4.2. <u>La création d'une tranche de CSG à taux majoré</u>	23
1.4.3. <u>La poursuite de l'universalisation du financement par l'instauration d'un prélèvement sur les transmissions du patrimoine ou par la modification de l'assiette des droits de mutation à titre gratuit</u>	24
1.5. <u>La recherche d'efficacité de la dépense publique nécessite d'ajuster des dispositifs qui bénéficient aux actifs quand leur calibrage ne permet pas d'atteindre les objectifs recherchés et, ainsi, de dégager des marges de financement par solidarité avec les personnes dépendantes</u>	26
1.5.1. <u>Le recentrage à 2,5 SMIC des allègements de cotisations patronales (cotisations famille)</u>	26
1.5.2. <u>Le plafonnement à 1 et non plus 4 plafonds annuels de la sécurité sociale (PASS) de l'abattement de 1,75% au titre des frais professionnels sur le calcul de la CSG et de la CRDS</u>	27
<u>2. L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DEPENDANCE N'EST PAS LE LEVIER RETENU PAR LA MISSION, SON ROLE MERITERAIT DE NOMBREUSES ANALYSES PLUS APPROFONDIES</u>	

<u>POUR DETERMINER UN CADRE DURABLE D'INTERVENTION POUR AUTANT QU'ELLE PUISSE AUJOURD'HUI CONSTITUER UNE PRIORITE EN MATIERE D'ASSURANCES</u>	29
2.1. <u>La question des conditions de l'institution d'une assurance dépendance privée obligatoire, option esquissée dans le rapport Fragonard et écartée par le rapport Libault, requiert une instruction exhaustive</u>	31
2.2. <u>Si améliorer la labellisation des contrats répond à une situation de faible lisibilité de l'offre et de déceptions récurrentes sur leur apport, le degré de priorité relative de la construction d'une régulation de ces contrats est à replacer dans l'ensemble des enjeux assurantiels</u>	37
2.3. <u>Faciliter la transformation de l'épargne en rente, pour réduire le manque de continuité entre le traitement de l'invalidité pendant l'activité et celui de la dépendance pendant le grand âge, mérite d'être éclairé par une analyse des enjeux redistributifs</u>	39
<u>3. SI LES OPTIONS DE FINANCEMENT PAR MONETISATION PRIVEE DU PATRIMOINE IMMOBILIER PEUVENT ETRE ENCOURAGEES, LEUR IMPACT RESTERA VRAISEMBLABLEMENT LIMITE</u>	41
3.1. <u>La vente en viager se heurte à des obstacles psychologiques et culturels durables indépendamment de la qualité intrinsèque des produits</u>	41
3.2. <u>Le prêt immobilier dépendance ne semble plus faire l'objet d'une réflexion mobilisatrice</u>	42
<u>4. DES OPTIONS NOUVELLES PLUS CIBLEES SUR LE CHAMP DE LA MISSION ET PLUS AMBITIEUSES POUR LE FINANCEMENT DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES ONT ETE IDENTIFIEES AINSI QUE DES ACTIONS INDIRECTES EN REFLECHISSANT NOTAMMENT A UNE MOBILISATION ACCRUE DES BAILLEURS SOCIAUX ET DU GROUPE CDC, DEJA PRESENTS SUR BEAUCOUP DE CHAMPS LIES AUX EHPAD</u>	43

Annexe V

La question des options pour financer des mesures visant à agir spécifiquement sur les restes à charge en EHPAD a fait historiquement l'objet de travaux assez limités dans la mesure où elle s'inscrit dans un sujet beaucoup plus large, celui des financements additionnels pour la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, elle-même enchâssée dans celle plus large du financement de l'autonomie des personnes âgées et handicapées.

Ces deux thématiques, elles, ont fait l'objet de multiples travaux qui ont donné lieu en dernière analyse en septembre 2020 à un volet très détaillé du rapport assuré, à la suite de la concertation confiée à Laurent Vachey « La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement »¹. Il a exploré de nombreuses options, en capitalisant sur les travaux administratifs antérieurs (rapport de Bertrand Fragonard de 2011², rapport de la concertation « Grand Age et autonomie » sous la direction de Dominique Libault³ de 2019, travaux du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), travaux parlementaires, etc.). Ce rapport se situait dans le cadre d'une large concertation, dans le double contexte de la nécessaire mise à jour du plan de financement envisagé par le rapport Libault, du fait des conséquences financières de la crise sanitaire et de la création de la 5^{ème} branche, contexte qui conduisait à rechercher des ressources entre 3 et 5 Md€ pour 2024⁴. Des ressources permettant d'atteindre la cible recherchée avaient été identifiées. Elles demeurent des options disponibles de financement même si elles ne sont pas directement ciblées sur le financement de la baisse des restes à charge des résidents en EHPAD. C'est ce qui a conduit la mission à les réexaminer en actualisant la réflexion.

¹ Voir L. Vachey, F. Allot (IGAS) et N. Scotté (IGF), *La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement*, rapport de la concertation conduite par L. Vachey aux ministres des solidarités et de la santé, de l'action et des comptes publics et le secrétaire d'Etat chargé des personnes handicapées, septembre 2020. Ci-après appelé « rapport Vachey » vu la fréquence des références afin d'alléger le texte.

² Voir B. Fragonard, *Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées*, Rapport du groupe n°4 constitué dans le cadre du débat national sur la dépendance, juin 2011. Ci-après appelé « rapport Fragonard » vu la fréquence des références afin d'alléger le texte.

³ Voir D. Libault, *Grand âge, le temps d'agir*, rapport issu de la concertation nationale Grand âge et autonomie, mars 2019. Ci-après appelé « rapport Libault » vu la fréquence des références afin d'alléger le texte. Parmi les mesures les plus structurantes recommandées dans les 175 propositions de ce rapport figuraient notamment dans le champ des EHPAD, une hausse de 25 % du taux d'encadrement en EHPAD d'ici 2024 par rapport à 2015, pour une dépense supplémentaire de 1,2 Md€ en 2024, un plan de rénovation des locaux de 3 Md€ sur 10 ans (EHPAD et résidences autonomie), 2 fonds d'accompagnement à la restructuration de l'offre EHPAD / domicile (« fonds qualité » et « fonds d'accompagnement ») abondés à 300 M€ par an au global, une baisse du RAC mensuel de 300 € en établissement pour les personnes modestes gagnant entre 1 000 et 1 600 € par mois. Les dépenses publiques étaient appelées à croître de 35% pour la dépendance entre 2018 et 2030 (+ 9 Md€ dont 4,3Md€ du fait d'effets démographiques).

⁴ Date d'affectation à la CNSA de 0,15 point de CSG perçu jusqu'à fin 2023 par la CADES (2,3 Md€ par an).

Annexe V

Le contexte de 2023 est différent de celui apprécié par le rapport Vachey, tant sur le plan macro-économique et financier, notamment pour les finances publiques, que pour le secteur des EHPAD.

D'une part, les effets conjugués de la crise sanitaire et du contexte lié en particulier à l'acteur privé à but lucratif Orpéa ont amené les pouvoirs publics à engager des actions, à la fois par des mesures directes sur les EHPAD (contrôles accrus, revalorisations salariales⁵, créations de places, recentrage sur les personnes âgées les plus dépendantes (GIR 1-4), hausse des recrutements) et par des mesures indirectes (moyens du secteur, qualité de l'accompagnement et transformation de l'offre à domicile)⁶.

Selon la Direction du Budget, le recrutement de 50 000 ETP de professionnels soignants (infirmiers et aides-soignants) dans les EHPAD représentera un coût total de 3,7 Md€ à l'horizon 2030. Il permettrait d'atteindre - en EHPAD, en 2030, tous personnels confondus - un taux d'encadrement de 0,75 agent équivalent temps plein par personne prise en charge.

D'autre part, le contexte inflationniste et la fin d'une période de taux d'intérêt nuls, voire négatifs, sont d'autant plus de nature à renchérir les coûts de construction des EHPAD, ceux-ci doivent aussi faire face aux défis de la transition écologique.

La question du financement de l'accompagnement à l'accessibilité s'inscrit donc dans un contexte particulier qui laisse deviner des tendances structurelles à l'augmentation des restes à charge, qui sont déjà aujourd'hui une source de vive préoccupation pour de nombreuses familles. Les personnes auditionnées par la mission ont fait état de cette situation et de cette tendance, même si beaucoup ne placent pas pour autant la baisse du reste à charge au premier rang des priorités vu l'importance des enjeux sur la qualité de l'offre, singulièrement en ce qui concerne l'attractivité des métiers. Le reste à charge demeure, pour les acteurs, et non sans raisons, une résultante du cadre général et du fonctionnement actuel du système.

⁵ Selon la Direction du Budget, la mesure dite « socle du Ségur » a prévu la revalorisation des rémunérations des professionnels non médicaux des EHPAD publics et privés, pour 0,4 Md€ en 2020, 1,6 M€ en 2021, 0,2 Md€ en 2022 et 0,08 Md€ supplémentaires en 2023.

⁶ Selon la Direction du Budget, outre les revalorisations salariales, le PLFSS pour 2023 a prévu plusieurs mesures pour renforcer les moyens mis à la disposition des EHPAD et améliorer la prise en charge des personnes, pour un coût total de près de 200 M€ (financement d'une astreinte infirmière de nuit par EHPAD, actualisation des « coupes PATHOS », augmentation du taux d'encadrement en EHPAD, déploiement de centres de ressources territoriaux). Le PLFSS pour 2023 a également prévu des mesures favorables au « tournant domiciliaire » (mise en place d'une dotation complémentaire de 3 € par heure pour les SAAD prestataires dispensant des prestations d'aide et d'accompagnement dans le cadre de plans d'aide APA et PCH dans certaines conditions - interventions de nuit, dans des zones isolées, etc.- et la création d'un système d'information unique pour la gestion de l'APA à domicile) qui s'ajoutent à la création de places de SSIAD, à la réforme de leur tarification et à l'instauration d'un tarif plancher pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), qui doit en outre permettre de valoriser les métiers.

Au regard des besoins importants, de la demande des commanditaires d'appréhender un cadre plus large et d'une action plus générale sur l'ensemble du dispositif de prise en charge, la mission a délibérément retenu d'aller au-delà des seules pistes formulées précédemment et de leur actualisation, en avançant de nouvelles modalités et surtout de nouvelles options. Tous ces éléments sont repris et mis en avant dans le rapport.

Par conséquent, la présente annexe rappelle d'abord les options de financements publics du rapport Vachey de manière synthétique en les actualisant (1) puis réinterroge les options de mobilisation de l'assurance privée pour les écarter (2) et de monétisation du patrimoine immobilier en complétant les analyses du rapport Vachey (3), avant d'évoquer de nouvelles options à la fois plus ciblées sur le champ de la mission et plus ambitieuses pour le financement de l'autonomie des personnes âgées qui sont également mises en avant dans le rapport (4).

1. De nombreuses propositions de financement antérieures réactualisées par la mission

Reprenant les travaux administratifs et parlementaires antérieurs, le rapport Vachey a analysé (faisabilité juridique et pratique, impact sur les assurés sociaux, équité, impact économique, acceptabilité) toute une série d'options de financement directes et indirectes de la branche autonomie, dont certaines pourraient être mobilisées à compter de 2023 pour financer ou, quand elles ont une vocation plus large, contribuer à financer des mesures visant le reste à charge en structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD, USLD et structures disposant de tout ou partie des soutiens qui leur sont accordés⁷). Ne sont reprises ici que les options autant que possible actualisées et mises en perspective par la mission⁸.

1.1. Des options antérieures ont été écartées en raison de leur caducité ou, indépendamment de leur légitimité intrinsèque, de leur caractère soit peu activable en 2023 soit trop éloigné du champ d'analyse de la mission

Outre les options écartées : affectation anticipée d'une fraction de la CSG à la CNSA, sujet au demeurant tranché mi 2023⁹, et réduction du plafond applicable au

⁷ Dans la présente annexe, la référence au terme EHPAD relève de la facilité de langage en ce que la grande majorité des places d'hébergement sont portées par les EHPAD (voir annexe 4). Pour autant, les actions sur le reste à charge concernent les autres structures que les EHPAD selon qu'elles bénéficient de financements comparables ou que les résidents bénéficient des mêmes soutiens que ceux offerts aux résidents des EHPAD.

⁸ Les lecteurs sont donc invités à se référer au rapport Vachey s'agissant des constats détaillés.

⁹ Depuis 2021, la CNSA perçoit 1,93 point de CSG sur toutes les assiettes, à l'exception de celle portant sur les jeux, contre 0,23% en 2020 sur les seuls revenus d'activité. La loi de financement de la sécurité

bénéfice du crédit d'impôt au titre de l'emploi d'un salarié à domicile¹⁰, le rapport Vachey avait exploré 7 pistes que la mission n'a pas retenues, indépendamment de leur légitimité intrinsèque.

1.1.1. La mobilisation de financements supplémentaires du Fonds de réserve pour les retraites (FRR ou F2R)

Le rapport Vachey a considéré qu'il était « envisageable...d'utiliser des versements supplémentaires du FRR pour le financement du plan d'investissement annoncé dans le cadre du Ségur et prévu dans le plan Grand âge et Autonomie (2,1 Md€ à raison de 420 M€ par an sur la période 2021-2025) » sans impact sur les assurés et sans faire reposer le financement sur les mêmes générations. La conséquence logique de cette proposition était de revoir l'allocation stratégique du FRR, donc d'accepter en conséquence de mettre fin à la vocation initiale de 1999 de sécuriser le financement à terme du système de retraites, tout en apportant une nouvelle contribution au financement de l'économie, grâce à l'émergence d'un nouvel investisseur institutionnel à long terme. Ce changement supposait soit une modification législative, soit une délibération de l'organe de gouvernance du fonds.

Avis :

Cette option présente l'intérêt d'un effet indirect de nature à réduire l'impact sur le reste à charge des résidents des EHPAD des charges d'investissement de rénovation et de construction des EHPAD concernés. Toutefois, le FRR (26 Md€ d'actifs au 31/12/2021) joue un rôle significatif dans l'amortissement de la dette du système de retraite, rôle accru par la loi du 7 août 2020 (financement de la CADES à hauteur de 2,1 Md€ par an jusqu'en 2024 et 1,45 Md€ par an entre 2025 et 2033¹¹). Cette option n'a pas été actualisée par la mission, notamment car elle supposait au minimum, une analyse approfondie *ad hoc* de la projection de la gestion actif-passif

sociale pour 2021 a ainsi organisé les transferts suivants vers la CNSA : en provenance de la CNAM, 23,7 Md€ (17,1 Md€ de part de CSG activité et 6,6Md€ de part de CSG remplacement, pendant que la CNAM se voyait allouer 1,4 Md€ de taxe sur les salaires), en provenance du Fonds de solidarité vieillesse, 3Md€ (1,3 Md€ de part de CSG patrimoine et 1,7Md€ de CSG placement), en provenance de la CNAF 0,6 Md€ de part de taxe sur les salaires, tout en procédant à l'intégration de recettes propres (CASA, CSA et part de CSG activité) à hauteur de 5,2 Md€, soit 32,4 Md€ en tout. Par ailleurs, dans le cadre de la création de la 5^{ème} branche, la CNSA doit recevoir l'affectation d'une fraction supplémentaire de la CSG à compter du 1^{er} janvier 2024. Pour une approche complète et détaillée des recettes de la 5^{ème} branche et de la CNSA, voir annexe 4 (points 2 et surtout 3).

¹⁰ Considérant que « la complexité des schémas d'aides existants pour les personnes fragiles pose la question d'une réforme plus fondamentale » et non d'une révision de plus des plafonnements après 16 évolutions entre 2005 et 2014. Le rapport Libault proposait de différencier les plafonds pour favoriser les ménages ayant des enfants en bas âge et les personnes âgées ou dépendantes, le dispositif selon une étude du Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques de l'I.E.P. de Paris (LIEPP) de 2018 se caractérisant par une concentration des bénéficiaires à hauteur de 43,5% de la dépense dans le décile supérieur de revenus et ne visant des services sociaux que pour 46% des dépenses concernées.

¹¹ Selon le dernier rapport annuel disponible du FRR, entre le 1^{er} janvier 2011 et fin 2021, la performance annualisée a atteint +4,73 %, « ce qui a permis de créer une valeur par rapport au coût moyen de la dette de la CADES de 14,1 Md€ ».

du fonds, assez éloignée de la thématique ciblée de la mission. Cette option poserait toutefois une question stratégique préalable qui dépasse et le champ de la mission et celui du financement de la dépendance, celle de la vocation du FRR, dans un contexte où ce sujet a été évoqué et écarté dans le cadre de la récente réforme des retraites¹².

1.1.2. La transformation de 0,10% du taux de la Participation de l'employeur à l'effort de construction (PEEC) dit « 1% Logement » en contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie

Le rapport Vachey a souligné qu'au vu de travaux d'audit externe de 2020, des ressources du groupe paritaire Action Logement pourraient être réorientées en transformant, à compter de 2023, sans impact pour les entreprises, 0,10% de taux de la PEEC en une contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie dont seraient redevables les entreprises de plus de 50 salariés, apportant ainsi une ressource évaluée alors à 400 M€ à compter de 2023. Cette mesure aurait toutefois un impact maastrichtien dans la mesure où la PEEC n'est pas à ce jour considérée comme un prélèvement obligatoire¹³.

Avis :

La structure financière bilantielle de 2021 d'Action Logement (des actifs immobilisés nets de 73 Md€ et près de 32 Md€ de capitaux propres pour faire face à un endettement de 41 Md€) n'apparaît pas devoir modifier l'appréciation de forte solidité mise en exergue sur les comptes de 2018 par le rapport.

En revanche, le groupe Action Logement a enregistré en 2021 un résultat net négatif de -1 372 M€ en 2021 contre un résultat positif de 1 145 Md€ en 2018.

Compte tenu de ces éléments nouveaux, la mission n'a pas retenu cette piste de financement.

1.1.3. L'affectation d'une partie de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance à la branche dépendance

Le rapport Vachey avait souligné qu'au vu de travaux d'audit externe de 2020, des ressources du groupe paritaire Action Logement pourraient être réorientées en mettant fin à l'affectation de la fraction de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) prévue pour compenser le relèvement du seuil d'éligibilité à la participation des employeurs à l'effort de construction (PEEC)¹⁴, en la réaffectant à

¹² Voir Loi n°2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

¹³ Ces propositions se situent dans la continuité des recommandations formulées, au cours des dernières années, en particulier par l'inspection générale des finances sur l'opérateur Action logement.

¹⁴ La loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises (Pacte) a relevé à compter du 1^{er} janvier 2020 de 20 à 50 salariés le seuil à partir duquel les entreprises sont redevables de la PEEC, mesure compensée pour Action Logement par l'affectation d'une fraction de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA), plafonnée à 290 M€ pour l'année 2020.

la branche famille, déjà bénéficiaire de la taxe sur les conventions d'assurance automobile, qui reverserait alors à la branche autonomie des recettes de CSG d'ampleur équivalente, évaluées à 300 M€ en 2021.

Avis :

En cohérence avec l'avis émis au point précédent, la mission ne se prononce pas sur la pertinence de réactiver cette option.

1.1.4. La réallocation de moyens de la branche famille vers la branche autonomie

Le rapport Vachey a repris, après une analyse de la situation et des perspectives de la branche famille du régime général, l'idée, déjà avancée précédemment, « d'une réallocation de moyens de la branche famille vers la perte d'autonomie pour tenir compte des évolutions démographiques respectives liées à ces deux politiques sociales » en la ciblant sur une logique concernant en priorité « les dépenses d'action sociale du FNAS qui restent plus dynamiques que les prestations légales » avec une mesure de l'ordre de 150 M€ à l'horizon 2024, dont les avantages relevaient pour l'essentiel de la faisabilité juridique et pratique.

Avis :

Selon les comptes de la sécurité sociale publiés en septembre 2022, l'excédent prévisionnel de la branche famille était prévu en forte croissance à 4,2 Md€ pour 2023 (7,5% des produits attendus) contre un déficit prévisionnel de -0,9 M€ pour la branche autonomie¹⁵. Cette branche est d'ailleurs mobilisée dans le cadre de la réforme des retraites promulguée le 14 avril 2023.

Dans le contexte récent de la mobilisation de la branche famille pour la réforme des retraites et de la création d'un service public de l'enfance, un nouveau motif de mobilisation à court terme ne semble pas *a priori* opportun, sous réserve d'analyses complémentaires. Au demeurant, les négociations actuelles sur le FNAS dans le cadre de la COG Etat-CNAF ne prennent pas en compte une hypothèse de

¹⁵ Selon la CNSA « En 2022, l'équilibre financier de la branche Autonomie de la Sécurité sociale a été assuré, malgré la dynamique importante de ses dépenses associées à la création de la branche et la première année de sa nouvelle COG, pour améliorer l'accès aux droits et la qualité de l'accompagnement des personnes âgées ou vivant avec un handicap. Avec un total de 36,612 milliards d'euros, les charges exécutées de la branche sont en hausse de 8,6 % par rapport à l'année 2021 et progressent d'un peu plus de 2,9 milliards d'euros. Elles sont largement tirées par les revalorisations salariales des professionnels résultant du « Ségur » et de la protection contre l'inflation (1,3 milliards d'euros) ainsi que par un soutien renforcé aux services à domicile au travers, d'une part, la réforme de leur financement - mise en œuvre du tarif plancher national et de la bonification horaire complémentaire (220 millions d'euros) – et, d'autre part, le cofinancement de la revalorisation de la branche de l'aide à domicile (près de 190 millions d'euros). La progression des dépenses de la Caisse marque encore la poursuite de l'appui à la modernisation de l'offre, avec un soutien aux investissements immobilier et numérique du secteur médico-social à un niveau inédit (près de 745 millions d'euros). Elle prend en compte la montée en charge de nouvelles solutions et prestations destinées à favoriser l'autonomie des personnes en situation de handicap (480 millions d'euros, incluant la compensation de la PCH « Parentalité »). Les produits se sont par ailleurs établis à 36,852 milliards d'euros, à un niveau supérieur de 6% par rapport à la prévision initiale. Ce meilleur rendement des recettes permet un **résultat excédentaire de 239,6 millions d'euros.** »

ce type, mais tendent à conforter les financements dans le cadre d'évolutions structurelles (service public de la petite enfance notamment).

1.1.5. Une meilleure régulation de la dépense concernant l'allocation aux adultes handicapés (AAH)

Le rapport Vachey a analysé les possibilités de dégager des économies sur les dépenses d'allocation aux adultes handicapés (AAH), dans la continuité des travaux de la Cour des Comptes en 2019, qui avaient notamment souligné que « *aucun acteur ne semble être le gardien de la juste utilisation des deniers publics et de l'équité territoriale* » sur fond de forte dynamique de la dépense¹⁶, d'où l'intérêt de fixer un **objectif de meilleure régulation¹⁷ de la dépense par exemple de 400 M€ (par rapport à une dépense de 10,6 Md€ inscrite au programme 157 pour 2020) à l'horizon 2024.**

Le programme de performance 157 pour 2023 indique que la dépense est inscrite pour 14 Md€, qu'au total, « *l'enveloppe dédiée à l'AAH aura progressé de 38 % entre la loi de finances pour 2017 et le projet de loi de finances pour 2023, représentant 3,5 Md€ supplémentaires par an pour les personnes en situation de handicap* ». Ont été ajoutés en 2022 deux sous-indicateurs permettant de distinguer les taux départementaux des accords sur décision de renouvellement de l'AAH-1 et de l'AAH-2, présentés comme « *un levier pour objectiver plus précisément les constats et s'assurer de l'égalité de traitement des usagers sur l'ensemble du territoire national* » pour le suivi de l'objectif « *Accroître l'effectivité et la qualité des décisions prises au sein des MDPH* », objectif qui se traduit notamment par le développement d'un système d'information commun aux MDPH.

Avis :

S'il n'était pas possible dans le cadre de la présente mission de qualifier la situation de 2023 par rapport à celle fondée sur les travaux de 2019 de la Cour des Comptes, la dynamique de la dépense conduit la mission à ne pas recommander de prendre en compte cette option.

1.1.6. L'instauration d'une deuxième journée de solidarité

Le rapport Vachey a considéré que, dans un contexte où la France se distingue au

¹⁶ Selon la Cour des Comptes, + 70 % entre 2007 et 2017, l'AAH-1 (handicaps lourds) ayant crû à peu près au même rythme que la croissance démographique et l'AAH-2 (incapacité entre 50 % et 80 % et éloignement de l'emploi) au rythme de près de 7 % par an depuis 2008.

¹⁷ Le rapport Vachey soulignait les mesures recommandées par la Cour des comptes : « l'instauration d'une contre-visite obligatoire pour le bénéfice de l'AAH, le conditionnement de l'attribution de l'AAH-2 à une prise en charge médico-sociale adaptée et à l'instauration d'un entretien sur l'employabilité de la personne, la mise en place de mécanismes de contrôle dans l'attribution des droits par le renforcement du contrôle interne des MDPH au sein d'une mission nationale de contrôle ou encore la mise en place de sanctions financières dans le cadre des relations conventionnelles avec la CNSA pour le respect des obligations légales et du suivi statistique ».

sein de l'OCDE par un nombre de jours non travaillés nettement plus élevé sur une année, l'instauration d'une seconde journée de solidarité pourrait s'accorder avec l'objectif de travailler davantage en suivant deux options, qui présenteraient un effet de redistribution intergénérationnel vers les personnes âgées¹⁸ :

- a) L'instauration d'une journée travaillée sans cotisation supplémentaire, qui permettrait une augmentation structurelle du PIB ayant un impact à long terme de +0,2 point de PIB sur le solde des finances publiques avec des effets incertains pendant 3 à 4 ans, option dont le rapport Vachey soulignait que l'affectation de ce surplus au financement de l'autonomie ne serait pas aisée ;
- b) L'instauration d'une journée travaillée supplémentaire avec doublement à 0,6% de la contribution solidarité autonomie (CSA/CASA), qui aurait un effet net sur les finances publiques chiffré à 1,9 Md€.

L'instauration d'une seconde journée de solidarité avait été écartée par le rapport Libault car inopportune « à ce stade dans la mesure où sont privilégiées les options de financement sans hausse de prélèvements obligatoires » et par le Président de la République en 2019 en soulignant notamment « une complexité absolument abyssale pour tout le monde ».

Avis :

Vu la complexité, l'hétérogénéité et le caractère partiel en termes de solidarité (du fait de l'exonération d'une partie des actifs) dans la mise en œuvre d'un tel dispositif, qui au demeurant dépasse le champ de la mission, la présente mission considère que cette mesure n'est pas souhaitable pour construire un prélèvement obligatoire à caractère universel.

Le nouveau modèle de financement porté par le rapport repose d'ailleurs sur la suppression des actuelles contributions jour férié ou équivalent (CSA et CASA).

1.1.7. L'alignement de la CSG des retraités sur celle des actifs

Rappelant que, selon les travaux du Conseil d'orientation des retraites (COR), le niveau de vie des retraités reste en moyenne plus élevé que celui de l'ensemble de la population (même post crise sanitaire et malgré la hausse de la CSG à compter de 2018), le rapport Vachey rappelait qu'une mesure régulièrement proposée depuis plusieurs années rétablirait une forme d'équité dans un prélèvement universel et solidaire : la suppression pour le seul taux normal de CSG de l'écart (0,9 point du taux de CSG déductible de l'impôt sur le revenu) entre les retraités et les actifs, ce qui toucherait les retraités ayant les pensions les plus élevées, soit environ

¹⁸ Même si les personnes âgées seraient touchées par une augmentation équivalente de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) de 0,3 % assise sur les préretraites ainsi que sur les pensions de retraite et d'invalidité, instituée par l'article 17 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

29% des retraités (pour 2023, le revenu fiscal de référence a été voté à 23 564 €¹⁹). Il évaluait l'impact pour les finances publiques à 1,6 Md€ en brut et à 1,3 Md€ en net (diminution du produit d'IR du fait de l'augmentation de la CSG déductible). L'impact pour les retraités était évalué à « 18 € par mois » sans tenir compte de la revalorisation annuelle de leurs pensions. Par ailleurs, il indiquait que la mesure pourrait être conçue avec une montée en charge progressive, de la suppression de la cotisation d'assurance maladie de 1 % applicable sur les retraites complémentaires, réduisant le gain net pour les finances publiques de 690 M€. Il pourrait également être envisagé d'intégrer la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonome (CASA) dans l'objectif d'alignement du taux de CSG sur le taux normal.

Le rapport Vachey avait également émis l'idée alternative de « créer une nouvelle tranche de CSG au-delà du taux normal pour viser des niveaux de vie plus élevés ».

Avis :

L'option de l'alignement n'a pas été retenue par la présente mission vu sa complexité, mais celle de l'idée alternative d'une nouvelle tranche à un taux majoré de CSG a été considérée comme une option à considérer dans la continuité des travaux antérieurs et sans préjudice des pistes nouvelles recommandées par la mission (cf. *infra*).

L'acceptabilité d'une mesure de ce type doit au demeurant également être appréciée au regard des mouvements que des changements de cette nature ont généré au cours des dernières années (mouvement dit des « gilets jaunes » fin 2018).

¹⁹ Pour la première part de quotient familial, majoré de 6 290 € pour chaque demi-part supplémentaire.

1.2. L'option de la réduction d'impôt au titre des frais de dépendance et d'hébergement pour les personnes accueillies en établissement pose une question, au cœur de la présente mission, et renvoie aux options de réforme proposées dans le rapport

Le rapport Vachey avait recommandé d'agir sur cette réduction d'impôt (25% dans la limite de 10 000 €²⁰), créée en 1988, et dont la dernière modification remonte à 2010. Elle concerne, pour 2023, selon le projet annuel de performance du programme 157, 424 000 ménages bénéficiaires théoriques (déclarants, cf. *infra*) pour une **dépense prévue de 272 M€**.

Cette réduction doit être mise en perspective, comme le soulignait le rapport Vachey. Une étude de la DREES²¹ a montré que si le montant des restes à charge est plus élevé pour les bénéficiaires de la réduction d'impôt, cela représente en moyenne une part moins importante de leurs ressources (taux d'effort de 90 % contre 150 %) et que les revenus intermédiaires sont les moins aidés : « *En effet, l'ASH solvabilise les plus faibles revenus, l'aide au logement bénéficie aux ménages très modestes tandis que la réduction d'impôt bénéficie aux ménages aisés, redevables de l'impôt. Par conséquent, les personnes âgées en établissement dont les ressources sont comprises entre 1 000 € et 1 600 € par mois sont les moins aidées* ».

Avis :

La présente mission a complété l'analyse de cette réduction grâce à **des travaux conduits par le bureau des chiffrages et études statistiques de la Direction de la Législation fiscale**.

Ceux-ci font notamment apparaître que **232 000 foyers fiscaux ont bénéficié effectivement de cette réduction sur leurs revenus de 2020 sur un total de 424 000 déclarants, pour un gain moyen annuel par foyer bénéficiaire de 1 172€²²**.

²⁰ En application de l'article 199 *quindecies* du CGI, cette réduction est accordée, sans condition d'âge ou liée à la situation de famille, aux contribuables fiscalement domiciliés en France qui sont accueillis soit dans des établissements et services sociaux et médico-sociaux qui accueillent des personnes âgées, soit dans des établissements de santé (situés en France ou dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège, à condition que leur objet soit de fournir des prestations de nature et de qualité comparables à ceux sis en France) qui ont pour objet de dispenser des soins de longue durée et comportant un hébergement à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Les dépenses déclarées par le contribuable doivent ainsi être réduites du montant des allocations ou aides versées au titre des dépenses de dépendance ou d'hébergement, en tiers payant à l'établissement ou directement à la personne bénéficiaire. Il en est ainsi notamment de l'APA, de l'ASH ou des allocations logement. Cette réduction est incluse dans le mécanisme de versement en janvier de l'acompte annuel des réductions et crédits d'impôt afférents aux dépenses de l'année précédente, prévu à l'article 1665 *bis* du CGI.

²¹ « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », Les Dossiers de la DREES, Mars 2016.

²² Soit un léger effritement de cette base de bénéficiaires (-4% par rapport aux revenus de 2016), de même que le coût budgétaire (295 M€ en 2017) et le gain moyen (1 346 € sur ceux de 2016).

Cette analyse fait ressortir, outre le **caractère croissant de l'avantage avec les revenus** (de 142€ pour le premier décile à 1 888€ pour le décile dont le revenu fiscal de référence (RFR) est supérieur à 54 683€), **un montant moyen de dépenses déclarées par personne hébergée de 17 840€, qui s'élève à 22 100€ pour les bénéficiaires effectifs, et un coût budgétaire concentré à 39,2% sur 25,4% des déclarants**²³.

Il a aussi été relevé que 119 000 foyers deviennent non imposables du fait de cet avantage fiscal et que 69% des foyers bénéficiaires sont détenteurs de patrimoine foncier ou financier²⁴ : le coût budgétaire provient d'ailleurs à 73,8% de ces foyers, qui déclarent au total 950 M€ de revenus patrimoniaux de ce type²⁵. Si l'estimation du patrimoine sous-jacent n'est techniquement pas possible, une approche purement illustrative consistant à considérer que ce patrimoine a le rendement conventionnel du loyer fictif pris en compte dans certaines aides sociales pour calculer un loyer fiscal pour les propriétaires immobiliers, à savoir 3%, aboutirait à 31,7 Md€ de patrimoine sous-jacent et à 95 Md€, pour un rendement de 1%.

Enfin, la probabilité que des foyers ne déclarent pas ces dépenses n'étant pas négligeable, la projection de la transformation de cette réduction d'impôt en crédit d'impôt à partir du fichier exhaustif de l'IR à 645 M€, au profit de 351 000 foyers fiscaux qui bénéficieraient d'un allègement moyen de leur cotisation d'IR de 1 837€²⁶, est un minorant significatif.

Ce minorant n'intègre pas pour autant les effets induits d'économies sur l'ASH. En 2019, la DREES²⁷ a ainsi estimé, sur des données de revenus de 2017, avec une méthodologie différente, en prenant comme définition des ressources celle de l'APA²⁸ et en s'appuyant sur le modèle *Autonomix*²⁹, l'effet d'économies sur l'ASH induit par le passage à un crédit d'impôt. Ces résultats sur des données plus anciennes (la dépense publique correspondant à la réduction d'impôt est passée de 295 M€ en 2017 sur les revenus de 2016 à 271 M€ en 2021 sur les revenus de 2020) faisaient apparaître que le coût du crédit d'impôt serait de 1,5 Md€, représentant un surcoût par rapport au dispositif de réduction d'impôt de 1,1 Md€, qui serait en solde toutes APU à 882 M€ du fait de 254 M€ d'économies sur l'ASH.

²³ A 26% sur les foyers déclarant plus de 45 000 € de revenus imposables.

²⁴ Puisqu'ils déclarent par ailleurs des revenus fonciers ou de capitaux mobiliers.

²⁵ 44 000 foyers, qui enregistrent un gain moyen de 1 752 €, déclarent au total 476 M€ de revenus fonciers et de revenus de capitaux mobiliers, soit une moyenne de 10 818 € de revenus de ce type.

²⁶ Parmi eux, environ 202 000 seraient de nouveaux bénéficiaires et participeraient au coût de la dépense fiscale pour 65 % environ.

²⁷ Note à l'attention de la Ministre des solidarités et de la santé, DREES BHD N° 36/2019, du 16 septembre 2019.

²⁸ Les ressources correspondent aux ressources au sens de l'APA, redressées pour ne pas être inférieures à l'ASPA. Note : les effectifs par tranche de revenus sont calculés à partir des revenus fiscaux Champ : personnes âgées résidant en EHPAD ou en USLD en 2017 Source : enquête CARE-Institutions 2016 appariées aux données socio fiscales, modèle *Autonomix*, DREES.

²⁹ Ce modèle, qui mobilise des données d'enquête et le cas échéant des données de gestion (fiscales notamment) est décrit dans l'annexe 4.

A contrario, outre ces économies sur l'ASH, la transformation d'une réduction d'impôt (comptablement une moindre recette) en crédit d'impôt (comptablement une dépense) s'accompagnerait, l'année de la transformation, d'un double impact provisoire. En effet, selon les règles comptables du Système européen des comptes (SEC) 2010 confirmées par l'INSEE, si la réduction d'impôt est comptabilisée lors de son paiement c'est-à-dire l'année de la déclaration des dépenses correspondantes, le crédit d'impôt lui est comptabilisé de manière estimative l'année des dépenses éligibles correspondantes. A titre illustratif, si l'on retenait l'estimation de la DREES réalisée en 2019, l'année de la transformation de la réduction d'impôt en crédit d'impôt, l'impact en niveau atteindrait 1,9 Md€ avant les économies sur l'ASH et 1,6 Md€ après ces économies³⁰ et l'impact en évolution d'une année à l'autre serait donc de 1,5 Md€ avant économies sur ASH et de 1,3 Md€ après économies sur l'ASH.

Cette réduction doit également être mise en perspective avec d'autres mesures fiscales en faveur des personnes dépendantes : abattement de 10% sur le revenu imposable, exonération des participations aux frais d'hébergement en établissement versées par les enfants lorsqu'ils sont réglés directement à l'établissement et à condition que la personne hébergée ne dispose que de faibles ressources telles que l'ASPA.

L'examen de cette réduction d'impôt renvoie non seulement aux différents schémas de réformes proposées par le présent rapport, ainsi qu'aux autres mesures fiscales relatives aux personnes âgées. Il renvoie également aux éventuelles améliorations du cadre fiscal de sortie de l'assurance vie et de l'épargne retraite en rentes dépendance, qui sont analysées *infra*.

Cette analyse ne peut toutefois conduire à ignorer que le crédit d'impôt demeure, de fait, la mesure la plus immédiate et la plus simple à mettre en œuvre pour agir directement sur le reste à charge et aménager un système de soutien qui aide insuffisamment les résidents en EHPAD aux revenus moyens et modestes. En effet, l'avantage fiscal actuel bénéficie avant tout aux hauts et très hauts revenus. Ce constat a motivé les initiatives parlementaires. Il justifie la proposition portée par le rapport (ou son alternative, via le levier des aides au logement).

1.3. Tenir compte de l'évolution des soutiens accordés aux personnes âgées depuis quelques décennies et de leurs facultés contributrices par rapport à celles des actifs est justifié

1.3.1. La réduction de l'abattement de 10% pour le calcul de l'impôt sur le revenu des retraités

Le rapport Vachey estimait qu'une mesure sur cette disposition fiscale, qui date de 1977 et dont la dernière évolution remonte à 1998, sévèrement critiquée par la Cour des Comptes notamment en juin 2011 au motif que cet abattement³¹ « n'a guère de

³⁰ Hors effets retards de celles-ci.

³¹ Cet abattement ne peut être inférieur à 422 € par personne sans pouvoir excéder le montant des

justifications et réduit la progressivité de l'impôt », et qui présente des interactions avec la CSG et des prestations sociales du fait de son impact sur le revenu fiscal de référence, « pourrait être envisagée à travers l'abaissement progressif du plafond fiscal de 10% sur les pensions et les rentes ».

Le rapport Vachey précisait que plusieurs voies de ciblage sont envisageables, par exemple la diminution du plafond de cet abattement, et que l'articulation avec la CSG pourrait être appréhendée par exemple en appliquant le même niveau de CSG déductible (3,8 points) pour tous les taux de CSG remplacement. Il indiquait toutefois notamment que la voie de la réduction de l'abattement aurait un impact important sur les contribuables avec des effets retour sur les prestations, que son acceptabilité était limitée et qu'elle était ambivalente en matière d'équité.

Avis :

D'après le tome 2 des voies et moyens pour 2023, l'abattement présente un coût fiscal total estimatif de 4 420 M€ pour l'année 2023 et concerne 14,7 millions de ménages bénéficiaires, avec un gain fiscal théorique³² moyen par ménage de 25 € par mois³³, gain qui croît avec le revenu jusqu'au plein effet du plafond d'abattement de 4 123 € sur l'assiette fiscale.

Il s'agit de **la deuxième dépense fiscale la plus coûteuse parmi celles relatives à l'impôt sur le revenu** et qui ne sont pas communes avec celles relatives à l'impôt sur les sociétés. Selon la DLF, sur les revenus de 2020, elle était **concentrée à 29,6% sur les ménages déclarant un revenu fiscal de référence supérieur à 51 299 € par an** et à 47,8% sur les ménages déclarant un revenu fiscal supérieur à 37 917 €.

Selon la DREES³⁴, la survenance de la dépendance a un effet très fort sur les revenus, effet qui conduit à nuancer le constat selon lequel ces seniors disposent d'un niveau de vie supérieur à celui des actifs : « si, en 2019, le niveau de vie des seniors est, en moyenne, légèrement meilleur que celui des personnes plus jeunes, celui des personnes âgées en situation de perte d'autonomie est plus souvent modeste. En particulier, si le taux de pauvreté des plus âgés est dans l'ensemble de 9,9 %, contre 16,2 % pour les moins de 60 ans, il s'élève à 15 % parmi les seniors en perte d'autonomie ».

Pour la mission, il serait légitime que cette dépense fiscale qui date de 1977 soit révisée. Plutôt que de réduire uniformément l'abattement, la mission propose de le placer sous conditions de ressources, selon des modalités à définir. Cette option technique, qui existe par exemple pour l'abattement spécial pour les personnes âgées et invalides analysé *supra*, permettrait en effet, à condition d'en assurer la sécurité juridique, de prendre en compte l'écart de facultés contributives entre les

pensions ou des retraites et il s'applique dans la limite d'un plafond de 4 123 € par foyer fiscal pour les revenus de 2022.

³² Théorique car il s'agit probablement du nombre de bénéficiaires théoriques (déclarants) et non du nombre de bénéficiaires effectifs. Cf. analyse détaillée de la réduction d'impôt pour résidents en EHPAD ou en structure d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

³³ Cet abattement ne peut être inférieur à 389 €, sans pouvoir excéder le montant brut des pensions et retraites.

³⁴ L'aide et l'action sociales en France, édition 2022.

Annexe V

retraités et les retraités dépendants tout en amoindrissant, voire en neutralisant les interactions avec les prestations sociales. **A titre purement illustratif, un plafonnement des ressources à un RFR de 51 299€ aurait représenté, en 2021, une marge de manœuvre pour financer la solidarité intragénérationnelle de 1,3 Md€³⁵.**

³⁵ Sachant qu'à cette borne de 51 299 €, la réduction de 10% du fait du plafonnement est déjà réduite à un maximum de 6,36% de gain d'assiette taxable, ce pourcentage décroissant ensuite.

1.3.2. La suppression du critère d'âge dans la niche fiscale instituée en 1948 pour le bénéfice de l'exonération de cotisations patronales pour le recours aux services d'aide à domicile pour les publics fragiles

Le rapport Vachey a repris une proposition ancienne visant une niche fiscale de 1948 dont la légitimité est contestable 75 ans après sa création dans une situation incomparable avec la situation actuelle³⁶. Il avait recommandé de **reporter l'âge (70 ans actuellement) ou de supprimer ce critère d'éligibilité pour le bénéfice de l'exonération de cotisations patronales pour le recours aux services d'aide à domicile pour les publics fragiles** (article L. 241.10 du code de la Sécurité sociale³⁷). Il avait examiné **trois scénarii** : **le report du critère d'âge à 75 ans** (proposition du rapport Libault, effet net estimé lors du rapport Vachey à **43 M€**), **le report du critère d'âge à 80 ans** (proposition du rapport de M^{mes} Martine Pinville et Bérengère Poletti de 2014³⁸, effet net estimé lors du rapport Vachey à **78 M€**) et **la suppression du critère d'âge** (effet net estimé lors du rapport Vachey à **180 M€**), ce dernier scénario ayant outre son impact l'avantage « *d'aligner la situation des personnes âgées qui ne connaissent pas de perte d'autonomie sur celle de l'ensemble des autres catégories de la population ayant recours à des services à domicile* ».

Avis :

La situation est identique en 2023, justifiant d'autant plus cette mesure dans le champ de la présente mission. La suppression du critère d'âge serait la plus légitime, car elle n'a pas d'impact sur les personnes dépendantes.

1.3.3. Les mesures de rationalisation de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA), en particulier la prise en compte du patrimoine immobilier

Le rapport Vachey a rappelé l'intérêt, s'agissant de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA), de réfléchir à des mesures de rationalisation, déjà proposées dans les rapports antérieurs, notamment dans les rapports Fragonard et Libault.

Ces mesures de rationalisation visent à :

³⁶ Entre autres indicateurs, une espérance de vie de 70 ans n'a été atteinte en France métropolitaine qu'en 1952 pour les femmes et qu'en 1980 pour les hommes.

³⁷ Si la personne n'est pas dépendante, l'exonération de cotisations est limitée à 65 fois le SMIC horaire par mois, sinon elle est totale.

³⁸ Selon la DREES, la moyenne d'âge d'entrée dans le dispositif APA est de l'ordre de 81 ans.

- ♦ **tenir compte du patrimoine, comme c'est le cas** non seulement pour l'allocation de solidarité aux personnes âgées (**ASPA**), l'allocation supplémentaire d'invalidité (**ASI**) et l'**allocation veuvage**, mais aussi - dans des modalités différentes - pour le **RSA**. Le dernier chiffrage disponible est celui du rapport Libault : baisse de la dépense évaluée à **300 M€ en ayant recours au loyer fictif de 3%**³⁹ ; si ces modes de prise en compte du patrimoine sont contestées et contestables, des modalités adaptées pourraient être mises en œuvre pour les personnes âgées dépendantes au bénéfice des travaux bientôt disponibles via la DREES ; c'est le sens de la proposition avancée dans le rapport ;
- ♦ prendre en compte **l'aide au logement ou l'avantage lié au logement**, comme pour la complémentaire santé solidaire, ou le RSA ; le rapport Libault ayant proposé de supprimer cet écart dans le cadre de la transformation du triptyque ASH/AL/réduction fiscale par une seule allocation dégressive selon les revenus ;
- ♦ **aligner la générosité en matière de conjugalité sur d'autres prestations**⁴⁰, le rapport Libault ayant repris « *une proposition ancienne du rapport Fragonard visant à faire passer de 1,7 à 1,5 ou 1,6 le coefficient par lequel on partage le revenu d'un couple pour déterminer l'APA d'un de ses membres. Il en résulterait alors une augmentation de l'assiette APA des ménages concernés, et une augmentation de leur participation financière (entre 40 M€ et 60 M€)* ».
- ♦ faciliter **l'effectivité des contrôles**, comme le propose le rapport Libault, avec la généralisation de la télégestion des prestataires et la mise en place d'un modèle « *APA tout en un* » sur le modèle de la PAJE, avec une économie estimée à **100 M€**.

Au total, indépendamment de l'impact de la transformation recommandée par le rapport Libault, le potentiel d'économies serait de l'ordre de 450M€.

Avis :

Toutes ces mesures ne sont pas compatibles avec tous les schémas de transformation des soutiens actuels recommandés par la mission. Certains constituent des alternatives à une partie de ces mesures : ils ne peuvent donc logiquement être retenus. Les orientations du rapport priment logiquement sur les analyses actualisées proposées ici.

³⁹ Le rapport Vachey rappelait que les rapports de M. Alain Vasselle, sénateur, entre 2008 et 2010 avaient proposé pour l'APA à domicile de solliciter les patrimoines les plus élevés par le choix offert à l'entrée en dépendance entre une APA à 50 % ou une prise de gage de 20 000 euros au maximum sur la fraction du patrimoine dépassant un seuil déterminé, à fixer entre 150 000 € et 200 000 € et que le rapport Fragonard avait effectué un chiffrage de cette mesure, entre 450 M€ et 950 M€ d'économies sur l'APA selon le seuil de prise de gage.

⁴⁰ Le rapport Vachey citait le rapport Libault : « *L'allocataire de l'APA est réputé disposer de 59 % du revenu du couple (1/1,7). Ce taux de 1,7 est supérieur à celui retenu pour l'ASPA (1,55), l'allocation logement (1,5), le RSA socle (1,43 après application du forfait logement) ou dans les pensions de réversion (1,54 ou 1,6). Cela signifie que l'allocataire est réputé disposer d'une part inférieure du revenu du couple pour l'APA que pour ces autres prestations, sans justification apparente* ».

De surcroît, cette approche serait contradictoire avec l'objet de la mission : cet ensemble de mesures aurait *a priori* un impact négatif sur le reste à charge d'une partie des personnes et ménages concernés.

Toutefois, il serait justifié d'explorer les pistes de rationalisation qui permettraient de :

- **Faire émerger une vision de l'équité** prenant notamment en compte l'ensemble des facultés contributives, notamment les ressources patrimoniales (2/3 de l'impact de ces options de recalibrage concernent le patrimoine immobilier) là où la seule vision des revenus est trop courte ;
- **Faire converger des règles diffuses entre allocations dont les disparités nuisent à la lisibilité des mesures de solidarité nationale**, aspect qui va bien au-delà de l'objet de la mission et qui est pris en compte par ailleurs (travaux sur le revenu universel d'activité ou solidarité à la source notamment).

La transformation des soutiens en une allocation dégressive unique, variant selon les revenus et le patrimoine, telle que proposée par la mission rendrait plus pilotable cette politique publique.

1.4. Faire reposer le financement de la dépendance sur une logique de solidarité plus universelle tenant compte de l'ensemble des facultés contributives doit être envisagé

1.4.1. L'extension de l'assiette de la CSA et/ou de la CASA

Le rapport Vachey rappelait que les assiettes, d'une part, de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) pour les salariés (article L. 242-1 du code de la sécurité sociale) au taux de 0,3% et d'autre part, de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) pour les pensions de retraite, d'invalidité et de pré-retraites (article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles⁴¹) au taux de 0,3% ne convergent pas avec l'assiette de la CSG (article L. 136-2 du même code). Ceci provient notamment du fait de la taxation selon un forfait social⁴² des sommes allouées à l'intéressement, à la participation, l'épargne retraite et à la protection sociale complémentaire⁴³. Cela est aussi dû au fait que la CSA fait partie des prélèvements qui font souvent l'objet d'exonérations dans le cadre des nombreux dispositifs de niches sociales.

Il estimait que dans le contexte de la création d'une branche autonomie, « *par*

⁴¹ Dès lors que le bénéficiaire des avantages de retraite et d'invalidité est redevable de la CSG au moins au taux de 6,6 %. Sont exonérées de la CASA les prestations de retraite versées sous forme de rente ou de capital, issues d'un plan d'épargne retraite mentionné à l'article L. 224-1 du code monétaire et financier lorsque ces prestations correspondent à des versements volontaires. En outre, la CASA ne s'applique pas sur les autres revenus de remplacement (IJ maladie, chômage).

⁴² Taux de droit commun de 20% et taux dérogatoires de 8%, 10% et 16%.

⁴³ Sans compter d'autres assiettes spécifiques (retraite chapeau, attribution gratuite d'action et stock-option).

équité avec les salariés, ***l'extension d'une contribution de solidarité aux revenus d'activité des travailleurs indépendants (qui bénéficient des prestations comme l'APA) pourrait être proposée, dans le souci de parvenir à un financement fondamentalement universel de l'autonomie*** ». Il évaluait une telle mesure (0,3% sur l'assiette de la cotisation maladie) à **250M€** et brossait des options de mise en œuvre progressive et de modulation du taux en fonction du revenu des travailleurs non-salariés, en cohérence avec l'inclusion de la CSA, s'agissant des salariés, dans la réduction dégressive de cotisations sociales⁴⁴.

Le rapport Vachey envisageait également **une option, plus ambitieuse, consistant à asseoir la CSA sur la même assiette de revenus d'activité que la CSG et la CRDS** dans une logique d'universalité, ce qui concernerait l'épargne salariale, les contributions des employeurs à la protection sociale complémentaire des salariés, les stock-options ainsi que des indemnités de rupture du contrat de travail. Au regard d'une contradiction éventuellement délicate entre cette mesure et la volonté de développer l'épargne salariale, il en relativisait toutefois la portée *« au regard de la faiblesse du prélèvement que représenterait la CSA [...], une extension de l'assiette de la CSA sur ces compléments de salaires (uniquement pour les salariés), générerait un gain d'environ 240 M€ »* et en précisait des conditions d'application⁴⁵.

Enfin, il relevait que, s'agissant de la CASA, *« l'absence d'assujettissement à cette contribution pour certains revenus de remplacement (bénéficiaires des indemnités journalières ou des allocations chômage notamment) remet en cause la logique d'universalité qui s'applique à cette contribution. Une extension de la CASA à ces revenus générerait un rendement de 100 M€ »*.

Au total, le rapport Vachey identifiait donc un potentiel de rendement additionnel de 400-500 M€ sur la CSA/CASA avec comme fil directeur de progresser sur le caractère universel de son assiette.

Avis :

Pour la mission, ces options demeurent légitimes. Elles correspondent à une logique d'universalité en vue de financer un risque lui aussi universel : la dépendance.

⁴⁴ Limiter l'assujettissement aux seuls travailleurs indépendants redevables du taux plein de la cotisation maladie, c'est-à-dire ceux ayant un revenu égal ou supérieur à 110 % du PASS, aboutirait à une recette moindre, de l'ordre de 160 M€.

⁴⁵ a) la question de l'inclusion de la CSA dans le calcul des allègements généraux : « un élargissement de l'assiette de la CSA à celle de la CSG pourrait rendre nécessaire de retirer cette contribution du périmètre des allègements généraux, dont le calcul deviendrait très complexe s'il est basé sur deux assiettes distinctes. Une telle remise en cause générerait un gain de 260 M€ et aurait un impact sur le coût du travail. Des mécanismes spécifiques pourraient être toutefois recherchés pour éviter cet effet » ; b) « elle pourrait impliquer par parallélisme d'asseoir également la CSA des travailleurs indépendants sur l'assiette de CSG, dont l'assiette est plus large (la CSG est calculée sur l'assiette des cotisations sociales majorée du montant des cotisations dues). Cette extension de la CSA sur cette assiette permettrait un gain de l'ordre de 360 M€, au lieu de 250 M€ sur l'assiette des cotisations ».

Si elle en poursuit la finalité, la présente mission avance cependant dans le rapport l'idée alternative de supprimer la CASA et la CSA ainsi que la fraction de CSG affectée au risque autonomie pour leur substituer un prélèvement nouveau, universel, à l'assiette plus large, remplissant donc les caractéristiques ici poursuivies.

1.4.2. La création d'une tranche de CSG à taux majoré

Le rapport Vachey avait également émis l'idée alternative de « créer une nouvelle tranche de CSG au-delà du taux normal pour viser des niveaux de vie plus élevés ».

Avis :

Cette idée alternative a été considérée comme une option à travailler à condition que sa visée soit l'affectation de son produit à la branche autonomie et d'en actualiser les chiffrages⁴⁶. A titre illustratif, le produit de la CSG ayant été de 132 Md€ en 2021, 1% de taux majoré offrirait un rendement de l'ordre de 1,3 Md en brut hors effet sur les recettes de l'impôt sur le revenu.

Si cette option demeure légitime, la mission privilégie une évolution plus structurelle du dispositif de financement dans le rapport.

⁴⁶ En 2023, les règles sont les suivantes :

. Exonération si le RFR est inférieur ou égal à 11 614 € pour la première part de quotient familial, majorés de 3 101 € par demi-part supplémentaire ;

. 3,8% (taux réduit) de CSG + 0,5% de CRDS si le RFR dépasse 11 614 € pour la première part de quotient familial, majorés de 3 101 € par demi-part supplémentaire et reste inférieur ou égal à 15 183 € pour la première part de quotient familial, majorés de 4 054 € pour chaque demi-part supplémentaire. CSG déductible à hauteur de 3,8%.

. 6,6% (taux médian) de CSG + 0,5% de CRDS + 0,30% de contribution additionnelle pour l'autonomie (CASA) si le RFR dépasse 15 183 € pour la première part de quotient familial, majorés de 4 054 € pour chaque demi-part supplémentaire et reste inférieur ou égal à 23 564 € pour la première part de quotient familial, majorés de 6 290 € pour chaque demi-part supplémentaire. CSG déductible à hauteur de 4,2%.

. 8,3% (taux normal) de CSG + 0,5% de CRDS + 0,30% de contribution additionnelle pour l'autonomie (CASA) si le RFR dépasse 23 564 € pour la première part de quotient familial, majorés de 6 290 € pour chaque demi-part supplémentaire. CSG déductible à hauteur de 5,9% pour le taux normal.

1.4.3. La poursuite de l'universalisation du financement par l'instauration d'un prélèvement sur les transmissions du patrimoine ou par la modification de l'assiette des droits de mutation à titre gratuit

Le rapport Vachey rappelait que « selon une note d'analyse de France Stratégie en 2017⁴⁷, entre 1980 et 2015, le patrimoine net des Français a été multiplié par trois, passant de 3 500 à 10 600 Md€, et il représente 8 années de revenu disponible des ménages, contre 4,5 années en 1980. Cette augmentation du patrimoine s'est accompagnée d'un accroissement des inégalités et d'une concentration accrue de la richesse vers les ménages les plus aisés. Ainsi, en France, les 10 % des ménages les plus fortunés possèdent la moitié du patrimoine alors qu'ils ne concentrent que 25 % des revenus. », cette tendance étant appelée à se poursuivre si rien n'est fait pour la corriger.

Le rapport Vachey ajoutait que les travaux de France Stratégie montraient également que : « **le vieillissement de la population conjugué à l'augmentation des prix de l'immobilier ont conduit à une augmentation annuelle du nombre et de la valeur des transmissions, pour un montant qui atteint 280 Md€ en 2019. Ces flux représentent 19% du revenu disponible net des ménages, contre 8,5% en 1980. L'augmentation de la valeur du patrimoine n'a pas été uniforme. En 1986, le patrimoine net médian des trentenaires était 45% plus élevé que celui des plus de 70 ans, et en 2015, il est trois fois plus faible** ».

Analysant les conséquences fiscales de ces profondes évolutions, le rapport Vachey souligne que, sur les 280 Md€ d'assiette de transmission, seuls 55 Md€ représentent une part taxable⁴⁸ et que le Conseil des prélèvements obligatoires (CPO) avait souligné les incohérences du barème actuel⁴⁹.

Au terme de ses analyses, **le rapport Vachey soulignait l'intérêt de réfléchir à une taxe de 1% sur tous les actifs successoraux ou à l'assiette « des droits de mutation à**

⁴⁷ « Peut-on éviter une société d'héritier ? », M. Clément Dherbécourt. France Stratégie, janvier 2017.

⁴⁸ « Les transmissions sont taxées en moyenne à un taux de 5,5 %, par l'intermédiaire des droits de mutation à titre gratuit (DMTG) dont le rendement de 15,3 Md€ reste limité par rapport à l'assiette car seule une petite minorité des successions donne lieu à un prélèvement ».

⁴⁹ Les prélèvements obligatoires sur le capital des ménages, CPO. Janvier 2018. Ce rapport recommandait notamment les axes de réforme suivants : « Afin d'aboutir à un système d'imposition reposant sur des assiettes larges et des taux modérés et neutres entre actifs, tout en maintenant la progressivité d'ensemble, le CPO formule dix orientations classées autour des quatre axes suivants :

. veiller à la prévisibilité des règles fiscales pour garantir l'efficacité et l'acceptabilité de l'imposition du patrimoine ;

. améliorer la cohérence économique des prélèvements obligatoires sur le capital immobilier : en allégeant les droits de mutation à titre onéreux (DMTO), en révisant l'assiette de la taxe foncière, ou en unifiant le régime fiscal des revenus immobiliers par exemple ;

. favoriser une plus grande neutralité fiscale en supprimant les régimes dérogatoires dont l'impact économique est contestable : en abaissant le plafond de l'épargne réglementée et en rapprochant le traitement fiscal de l'assurance-vie du droit commun ;

. adapter le régime des transmissions aux évolutions de la société et aux enjeux d'équité : en renforçant l'attractivité des donations en faveur des jeunes générations, en réfléchissant aux dispositifs propres à atténuer la dynamique de concentration du capital et en adaptant le traitement fiscal des transmissions à l'enfant du conjoint dans les familles recomposées ».

titre gratuit pour ne pas impacter les petites successions », option déjà débattue dans le cadre des travaux du rapport Libault. Il en rappelait les avantages, notamment le fait de « *poursuivre l'universalisation du financement de la sécurité sociale, alors que les successions ne font l'objet actuellement d'aucun prélèvement affecté à la sécurité sociale (pas de CSG-CRDS)* » et celui d'affecter « *à la nouvelle branche un financement dynamique, qui tient compte du vieillissement de la population et qui paraît cohérent avec l'objet même des dépenses à financer* » sans alourdir la fiscalité des successions les plus faibles, ni peser sur le coût du travail ou des facteurs de production.

Ce prélèvement pourrait être de 0,8 % ou de 1,0 % pour un rendement de 400 M€ ou 500 M€⁵⁰, avec des effets limités sur les contribuables concernés⁵¹.

Avis :

Le patrimoine net des ménages a connu une croissance significative depuis fin 2015 puisqu'il atteint 14 600 Md€ fin 2021 (soit +37,8%), dont 9 993 Md€ pour le patrimoine immobilier (soit 68,4% du patrimoine net, dont 4 228 Md€ pour les logements) et 4 667 Md€ pour le patrimoine financier net (dont 2 161 Md€ dans l'assurance vie au sein du patrimoine financier brut).

La présente mission considère que ces options de financement sont légitimes. Elles s'inscrivent d'ailleurs dans le fil des analyses qui ont conduit l'auteure du présent rapport à proposer une réforme de l'ensemble de la taxation des successions et des donations⁵².

Au final, la mission propose dans le rapport de prendre en compte les patrimoines et de mettre à contribution certaines successions, mais sans retenir une voie plus générale qui s'inscrirait dans une réforme plus structurelle.

⁵⁰ Il pourrait être intégralement et directement affecté à la branche autonomie, ou alternativement être composé du panier de taxes suivant : de la CSA à hauteur de 0,3 %, dont le taux serait cohérent avec les autres contributions, de la CRDS à un taux de 0,5 % et qui devra être reversée à la CADES, mais dont le rendement pourrait être réaffecté au financement de la branche autonomie via le transfert d'une fraction de CSG de la CADES vers la nouvelle branche dès 2021, le cas échéant d'une CSG ou d'un prélèvement social au taux de 0,2 %.

⁵¹ « Ainsi, par exemple, dans l'hypothèse de l'héritage de 120 000 € pour un enfant en ligne directe, le prélèvement de 1 % supplémentaire s'élèverait à 200 €, soit une progression de 0,2 % par rapport à l'héritage considéré dans sa globalité (120 000 €). Pour un neveu, les prélèvements augmenteraient de 700 €, ce qui représente une hausse de 1,82 % de la fiscalité ».

⁵² Proposition de loi n° 3409 visant à réformer la fiscalité des droits de succession et de donation : protéger les classes moyennes et populaires, et mieux redistribuer les richesses (assemblee-nationale.fr).

1.5. La recherche d'efficacité de la dépense publique nécessite d'ajuster des dispositifs qui bénéficient aux actifs quand leur calibrage ne permet pas d'atteindre les objectifs recherchés et, ainsi, de dégager des marges de financement par solidarité avec les personnes dépendantes

1.5.1. Le recentrage à 2,5 SMIC des allègements de cotisations patronales (cotisations famille)

Sur le fondement d'analyses convergentes sur la faiblesse des effets économiques des allègements du coût du travail sur les salariés les plus éloignés du SMIC (analyses de France Stratégie sur le CICE, du Conseil d'Analyse Economique⁵³, de l'Institut des politiques publiques⁵⁴, du LIEPP⁵⁵ et d'une modélisation réalisée par la Direction générale du Trésor), le rapport Vachey recommandait de revenir sur l'article 7 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 en **supprimant la réduction de 1,8 point de cotisations familiales entre 2,5 et 3,5 SMIC avec un effet estimé par le rapport à 1,4 Md€ brut et 1,1 Md€ net de l'effet retour sur l'impôt sur les sociétés**, mesure qui « se traduirait par une hausse du coût du travail des entreprises mais elle serait concentrée sur les hauts salaires, ce qui atténuerait considérablement ses effets négatifs sur l'emploi »⁵⁶. Le rapport Vachey soulignait que cette mesure, qui représente « une augmentation des cotisations, à rebours des orientations générales de baisse des charges et impôts pesant sur les entreprises », pouvait se mettre en œuvre de manière progressive à un moment opportun du cycle économique et s'articuler avec l'échéancier de l'époque sur la diminution du taux d'IS et la baisse des impôts de production. Le dispositif a depuis évolué, comme le souligne notamment, les travaux du Haut conseil au financement de la protection sociale⁵⁷. Pour autant, dans sa nature, l'évolution ainsi proposée est justifiée. Plusieurs parlementaires ont indiqué leur souhait de la réexaminer⁵⁸.

Avis :

La mission considère que cette option demeure, dans sa nature et son objectif,

⁵³ « Baisses de charges : stop ou encore », Note du CAE n°49, janvier 2019.

⁵⁴ « Coût du travail et exportations : analyses sur données d'entreprises », Malgouyres C, IPP, 2019.

⁵⁵ « Exportations et exonérations, les deux vont-elles de pair ? Analyse empirique sur données individuelles d'entreprises françaises », Levratto N. et A. Garsaa (2018), EconomiX Working Paper, 2018.

⁵⁶ « Selon la modélisation du Trésor, le nombre d'emplois détruits par cette mesure serait limité à moins de 3 000 emplois, à horizon de 5 ans et à moins de 5 000 emplois à long terme. [...] Selon le Trésor, la hausse du coût du travail entraînerait certes une hausse des prix de production qui réduirait légèrement la compétitivité. Mais, au total, toutes choses égales par ailleurs, les économies effectuées n'auraient que peu d'impact sur l'activité, qui reculerait très légèrement de -0,01 pt de PIB, à horizon 5 ans. À long terme, la dégradation de l'activité serait d'environ 0,02 pt de PIB ».

⁵⁷ Voir ses rapports réguliers sur la situation du financement et du prélèvement social qui permet d'apprécier les évolutions introduites depuis 2016, dans la continuité de la fusion entre l'allègement général, les mesures spécifiques et l'ancien crédit d'impôt compétitivité – emploi (CICE), <https://www.securite-sociale.fr/hcfips>.

⁵⁸ Voir les intentions de M. Ferracci et de J. Guedj à ce sujet.

toujours pertinente en 2023, singulièrement à un moment où les pouvoirs publics s'efforcent de mettre en œuvre des mesures d'efficience de la dépense publique.

1.5.2. Le plafonnement à 1 et non plus 4 plafonds annuels de la sécurité sociale (PASS) de l'abattement de 1,75% au titre des frais professionnels sur le calcul de la CSG et de la CRDS

Examinant l'opportunité de plafonner de 4 PASS à 1 PASS l'abattement de 1,75% au titre des frais professionnels sur le calcul de l'assiette de la CSG et de la CRDS (article L. 136-2 du code de la sécurité sociale), avantage qui a été accru lors de l'augmentation de la CSG de 1,7 point décidée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, en contrepartie de la suppression de la cotisation salariale d'assurance chômage et de celle d'assurance maladie pour lesquelles aucun abattement n'est appliqué⁵⁹, le rapport Vachey soulignait son impact limité (maximum de 0,13 % de diminution du salaire net) et concentré (seuls 13% des salariés seraient impactés), avec un **gain pour les finances publiques évalué à 150 M€**, dont 180 M€ au titre de la CSG, 10 M€ au titre de la CRDS et compte tenu d'un effet retour de 40 M€ sur l'impôt sur le revenu. Le rapport Vachey indiquait que cette mesure « *ne s'inscrirait pas en parfaite cohérence avec les mesures prises par le gouvernement pour réduire la pression fiscale et sociale sur les revenus du travail* » et que « *sur le plan juridique, si une suppression totale de l'abattement n'apparaît pas compatible avec le principe d'égalité devant les charges publiques, le fait de fixer un plafond inférieur à celui existant nécessitera des justifications. Le juge constitutionnel⁶⁰ a déjà admis la baisse du niveau de l'abattement dès lors que celle-ci était justifiable au regard des évolutions liées à la prise en charge des frais professionnels* ».

Avis :

La présente mission considère que cette mesure peut légitimement faire partie des financements mobilisables, par exemple dans un contexte où une mobilisation plus aisée de l'épargne immobilisée dans des supports assurantiels pour financer la dépendance, serait envisagée.

⁵⁹ Accru, car ni le taux d'abattement ni le plafonnement n'ont été modifiés en contrepartie.

⁶⁰ Décision n° 2004-504 DC du 12 août 2004 (considérant 51).

Annexe V

Au total, au terme de cette actualisation d'un ensemble d'options disponibles, la mission a acquis la conviction qu'il s'agit avant tout de faire des choix, de nombreuses options étant légitimes à activer sous certaines conditions. **Au total, les financements légitimement disponibles forment une masse non négligeable en ordre de grandeur comme le montre le tableau suivant :**

Options de financement déjà étudiées antérieurement et disponibles selon la mission		
OPTIONS	AVIS de la MISSION	DERNIERE ESTIMATION CHIFFREE (en M€)
OPTIONS DE FINANCEMENTS PUBLICS		
Options tenant compte de l'évolution des soutiens accordés aux personnes âgées depuis quelques décennies et de leurs facultés contributrices par rapport à celles des actifs		
Réduction de l'abattement de 10 % à l'IRPP pour les retraités institué en 1977	Plutôt qu'une réduction uniforme de l'abattement, il est proposé de le conditionner aux ressources (chiffrage illustratif)	1 300
Suppression du critère d'âge institué en 1947 pour le bénéfice de l'exonération « public fragile »	Option légitime	150
Rationalisations de l'APA (notamment prise en compte du patrimoine immobilier)	Options activables dans le cadre d'une transformation des aides en EHPAD, mais toutes les options ne sont pas compatibles avec certaines modalités des schémas de transformation recommandées par la mission, qui présentent des alternatives permettant d'atteindre des visées analogues	450
Options fondées sur une logique de solidarité universelle tenant compte de l'ensemble des facultés contributrices		
Extensions de l'assiette de la CSA/CASA	Option légitime	400-500
Création d'un taux majoré de CSG dont le produit serait affecté à la branche autonomie	Légitimité de l'alternative suggérée par le rapport Vachey (chiffrage pour 1%), étant précisé toutefois que le rapport privilégie par ailleurs une rationalisation du financement de la dépendance	1 300
Contribution de solidarité pour l'autonomie sur les successions ou transmissions (DMTG)	Option d'autant plus légitime que le patrimoine des ménages a crû de 37,8% depuis fin 2015 et que l'auteur du présent rapport a déjà proposé une réforme de l'ensemble de la taxation des successions et des donations	400-500
Options reposant sur le constat de la faible efficacité de certains calibrages de mesures de soutien aux actifs au regard de leurs objectifs		
Plafonnement à 2,5 SMIC du bandeau famille	Option légitime	1 100
Plafonnement à 1 PASS (au lieu de 4 PASS) de l'abattement de 1,75 % de CSG	option légitime a fortiori si un traitement plus favorable des sorties en rente dépendance de l'épargne assurantielle était envisagé	110
"Masse" mobilisable (ordre de grandeur) en fonction des options de réforme		5 210 - 5 410

Sans préjudice d'autres options de redéploiement et, sous réserve des quelques vérifications et actualisations, que la mission n'a pas eu le temps de mener à leur terme, ces mesures, qui ne sont pas toutes cumulables, peuvent donc faire l'objet d'une sélection. Elles pourraient contribuer à renforcer les marges financières mobilisables, dans le respect des orientations avancées par la mission, et visant à faire évoluer plus structurellement le modèle de financement. Ces mesures pourraient aussi, pour partie, être mobilisées dans le cadre de phases intermédiaires de réforme, en vue de construire le plan de financement, selon son degré d'ambition ou son échelonnement dans le temps, dans le cadre du phasage d'une réforme par étapes.

2. L'assurance complémentaire dépendance n'est pas le levier retenu par la mission, son rôle mériterait de nombreuses analyses plus approfondies pour déterminer un cadre durable d'intervention pour autant qu'elle puisse aujourd'hui constituer une priorité en matière d'assurances

Reprenant, comme pour les financements publics, les analyses administratives antérieures, le rapport Vachey avait d'abord brossé une description faisant ressortir :

- ◆ Le foisonnement des garanties dépendance⁶¹, pour les deux tiers de nature annuelle, offertes par les différents acteurs du marché sur différents supports assurantiels concernant 7,4 millions de personnes⁶²,
- ◆ Le caractère de niche de ce marché, qui n'est pas à maturité ;

⁶¹ Selon la Direction du Trésor, moins de 2 millions de personnes disposaient d'un contrat dont la couverture viagère du risque de perte d'autonomie est la couverture principale en 2015, près de 5 millions de personnes disposant d'un contrat qui comprend une garantie dépendance sont couvertes par des contrats avec une couverture annuelle, en inclusion obligatoire d'un contrat de complémentaire santé ou de prévoyance (70% du marché), 0,2 millions de contrats proposaient d'autres types de garanties couplées, par exemple une option dépendance pour les contrats d'assurances-vie proposant des sorties en rente viagère prévoyant une majoration de rente en cas de dépendance.

⁶² Ces couvertures sont notamment offertes par des mutuelles (4,1 millions de personnes, pour l'essentiel des fonctionnaires), des sociétés d'assurance (2,7 millions de personnes) et des institutions de prévoyance (0,3 millions de personnes), les cotisations versées s'élevaient en 2019 à 814 M€ pour 6,4 Md€ de provisions techniques avec une cotisation mensualisée moyenne de 32,5 € et une rente mensuelle moyenne versée de 576 €. Il est à noter qu'en 2017 le HCFEA avait établi un panorama qui permettait de noter de très forts écarts de primes mensuelles en raison des supports, des garanties et des assureurs (2 à 12 € pour les garanties en inclusion des contrats santé des mutuelles, 7 à 36 € pour les sociétés d'assurance selon qu'il s'agisse d'un contrat individuel ou d'un contrat collectif, et 15-35 € pour les contrats collectifs des institutions de prévoyance). En 2022, le nouveau groupe de sociétés d'assurance formé sous l'égide de la Banque Postale est le leader du marché, suivi par le groupe mutualiste VYV, du fait notamment de l'inclusion de ce type de garantie dans les contrats d'assurance complémentaire en santé de la MGEN.

- ◆ Les freins décrits minutieusement par le HCFEA en décembre 2017, notamment la faiblesse de la demande (préférence pour l'épargne et faible conscience du risque) et l'hétérogénéité et la faible lisibilité de l'offre (malgré du côté de France Assureurs l'institution du label qualitatif dit GAD (garantie assurance dépendance) en 2013, décrit dans le rapport Vachey⁶³).

La mission ajoute que :

- ◆ **Les caractéristiques du marché sont également à situer dans la perspective de la difficulté intrinsèque à tarifier un risque aussi long, aussi évolutif par sa nature et encore peu documenté comparé aux autres risques. A titre additionnel, les évolutions du cadre public d'intervention peuvent générer une instabilité et une imprévisibilité désincitatives pour les organismes assureurs de base ou complémentaires ;**
- ◆ **Le cadre fiscal et social de l'assurance dépendance est déjà incitatif.** Par exemple, du seul point de vue de la personne assurée (hors avantages du cadre fiscal et social pour les entreprises), **la fiscalité applicable lors de la constitution du capital et au moment du versement de la rente diffère selon qu'il s'agisse de contrats collectifs ou individuels.** Dans la phase de souscription, les cotisations sont exonérées de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance⁶⁴ et si elles relèvent d'un contrat collectif, elles sont déductibles de l'IR dans certaines limites⁶⁵. Dans celle de la perception de rentes, celles issues de contrats collectifs sont imposées aux prélèvements sociaux comme les revenus de remplacement et au régime des rentes viagères à titre gratuit (barème de l'IR avec un abattement de 10%) tandis que celles issues de contrats individuels sont exonérées fiscalement et socialement.

Outre l'introduction d'une garantie pour l'adaptation des contrats d'assurances multirisques habitation, qui ne sera pas reprise ici, du fait de son lien trop indirect avec l'objet de la présente mission centrée sur les ressources financières des résidents en EHPAD⁶⁶, le rapport Vachey analyse trois options : l'institution d'une assurance privée obligatoire, déjà esquissée dans le rapport

⁶³ « Le label est accordé aux garanties couvrant la dépendance lourde. Il ne peut être accordé aux contrats en garantie annuelle et n'est donc pas utilisé par les mutuelles. La diffusion du label reste également modeste. Fin 2019, les contrats labellisés GAD concernent 175 800 personnes selon la Fédération française de l'Assurance (FFA). Ils représenteraient 55 % des affaires nouvelles des contrats à adhésion individuelle ».

⁶⁴ Article 998 1° du CGI pour les contrats de groupe, qui détermine un certain nombre de conditions (cadre professionnel, privé ou public, minimum de 80% de la prime/cotisation destinée est affectée « à des garanties liées à la durée de la vie humaine, à l'invalidité, à l'incapacité de travail ou au décès par accident, à l'exclusion des remboursements de frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou dentaires ») et article 995 14° du CGI pour les contrats individuels.

⁶⁵ Dans un plafond égal à la somme de 5% du plafond annuel retenu pour le calcul des cotisations de sécurité sociale (PASS) et 2% de la rémunération annuelle brute sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 2 % de huit fois le montant annuel du plafond précité - article 83 du CGI, BOI-RSA-BASE-30-10-20-20170621.

⁶⁶ On ne peut certes pas exclure l'existence de situations dans lesquelles il se trouve que l'EHPAD a été choisi, alors que notamment des travaux d'adaptation au domicile eussent pu contribuer à une solution plus adaptée.

de Bertrand Fragonard⁶⁷ et écartée dans le rapport Libault, une amélioration de la labellisation des contrats et la transformation de l'assurance vie en rente au moment de l'entrée en dépendance.

2.1. La question des conditions de l'institution d'une assurance dépendance privée obligatoire, option esquissée dans le rapport Fragonard et écartée par le rapport Libault, requiert une instruction exhaustive

Le rapport Vachey avait analysé une proposition conjointe de France Assureurs (FA)/Fédération Nationale de la Mutuelle Française (FNMF) d'assurance dépendance obligatoire par répartition. Cette nouvelle proposition faisait suite au rejet de propositions assurantielles antérieures lors de la concertation Libault, en particulier un schéma par capitalisation, qui par sa nature même suppose une phase assez longue de montée en régime.

Vu la référence à l'assurance que contient la lettre de mission, il convient de rappeler les principales caractéristiques de cette nouvelle proposition qui n'a pas de précédent en France :

- ◆ Une garantie dépendance obligatoire pour la perte d'autonomie en GIR 1 et 2 serait incluse dans les contrats d'assurance complémentaire santé, permettant du fait de la quasi généralisation de la couverture en complémentaire santé depuis le 1^{er} janvier 2016⁶⁸, une couverture quasi généralisée de la population sans sélection médicale, contrairement aux usages actuels hors contrats collectifs, et en appliquant la seule grille AGGIR (du fait notamment de la limitation aux GIR 1 et 2), là aussi à l'inverse des référentiels utilisés par les assureurs en particulier celui dit des actes de la vie quotidienne (AVQ) ;
- ◆ Cette inclusion se traduirait par le versement sans délai de rentes dépendance ;
- ◆ Cette garantie porterait un caractère viager par le double moyen de sa portabilité et du caractère obligatoire de son inclusion dans les contrats complémentaires santé, au contraire des 2/3 des garanties actuelles annuelles ;

⁶⁷ Le rapport proposait un montant de cotisation de 33 € par mois, avec souscription obligatoire à 50 ans, pour une rente de 700€ par mois en GIR 1 ou 2, 475€ par mois en GIR 3, 300€ par mois en GIR 4.

⁶⁸ Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 de sécurisation de l'emploi consécutive à l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013. Il est estimé que 96% des Français sont aujourd'hui couverts (Fouquet 2020) et le chiffre d'affaires de l'assurance santé est estimé à 38 Md€ en 2021.

- ◆ Pour que le système fonctionne selon une logique de répartition dès le démarrage et soit piloté dans cette logique dans le temps, un *pool* de coassurance de l'ensemble des assureurs complémentaire santé serait constitué pour garantir et provisionner les sinistres et gérer les effets de compensation, le tout assorti d'accords de réassurance en tant que de besoin. Bien piloté, il permettrait, avec au démarrage une masse de cotisations supérieures aux rentes versées, de constituer, d'ici 2040, des réserves pour faire face aux évolutions démographiques.
- ◆ Comme dans tout système de répartition, au démarrage les curseurs de prime collectée et de rente versée dépendraient en particulier de l'âge de début d'obligation d'affiliation⁶⁹.

Le rapport Vachey ne recommandait pas la mise en place de cette nouvelle proposition pour plusieurs raisons : le renchérissement « *significatif des contrats d'assurance santé, au risque d'accroître la non-assurance* », un « *transfert de charges intergénérationnel au détriment des actifs* », l'absence de certitudes « *sur le fait que l'acceptabilité sociale d'une cotisation privée obligatoire soit supérieure à celle d'un prélèvement obligatoire* », le caractère complexe du « *partage des rôles entre l'État et le secteur privé* » par rapport à la régulation d'un « *système purement public dont la gestion paraît plus facilement accessible et générant moins de frais* ». Il citait par ailleurs l'exemple de travaux alternatifs de l'*International Longevity Center France* (ILC), avec une cotisation qui serait assise sur les revenus d'activité et les retraites, permettant une modulation selon les revenus, qui serait gérée par un organisme public de type CNSA et permettrait de verser des rentes selon les niveaux de GIR 1 à 4⁷⁰.

Avis :

La proposition conjointe de France Assureurs et de la FNMF est innovante et nouvelle. Elle s'appuie sur des techniques de co-assurance et de réassurance a priori

⁶⁹ Le rapport Vachey illustre ceci avec trois exemples :

- ◆ si le choix de la mutualisation la plus large était retenu (garantie dépendance arrimée aux contrats santé à partir de 22 ans), avec la garantie la plus élevée (500 € par mois), la cotisation dépendance (9,1 € par mois) représenterait environ 16 % de la cotisation santé moyenne ;
- ◆ si le choix était fait d'ajouter la garantie dépendance uniquement aux contrats santé à partir de 62 ans, avec une garantie de 300 € par mois, la cotisation dépendance (14 € par mois) représenterait 15 % de la cotisation santé moyenne ;
- ◆ si le choix était fait d'ajouter la garantie dépendance uniquement aux contrats santé à partir de 62 ans, toujours avec une garantie de 500 € par mois, la cotisation dépendance (23,3 € par mois) représenterait 25 % de la cotisation santé moyenne ;

⁷⁰ Le rapport Vachey indique que « *Dans le scénario central proposé, cette cotisation serait en moyenne de 30 € par mois, avec un taux modulé en fonction des revenus, de 0,85 % à 1,95 %. ILC France estime que dès lors que l'affectation de cette taxe serait clairement sanctuarisée pour le financement de la perte d'autonomie, elle serait acceptée par les Français plus facilement qu'une augmentation équivalente de la CSG... Selon les calculs d'ILC France, cette ressource permettrait de servir une rente de 925 € par mois en GIR 3 et 4, et de 1 275 € en GIR 1 et 2. Cette rente s'ajouterait à l'APA sous forme d'une prestation en espèces, avec cependant un contrôle « non contraignant » de son utilisation par les équipes APA. Le produit annuel des cotisations est estimé à 16 Md€ (0,6 point de PIB), et compte tenu des prévisions démographiques, le système serait équilibré jusqu'en 2060. ».*

maîtrisées et elle vise à produire des effets rapides.

Toutefois, en complément des obstacles identifiés dans le rapport Vachey, obstacles que la mission partage, les constats additionnels suivants peuvent être établis en 2023 en allant plus loin dans l'analyse.

En premier lieu, par rapport à une logique d'extension des couvertures assurantielles complémentaires qui viserait d'abord les risques les plus graves lors de la vie professionnelle, on peut soutenir que la France a emprunté un chemin historique atypique en choisissant de donner la priorité, après l'obligation dite de « mensualisation légale », certes non assurantielle⁷¹, à la généralisation de la couverture complémentaire en frais de santé et non à celle de la couverture des risques lourds de la prévoyance (incapacité permanente, invalidité, décès). Ce choix est singulier alors même qu'une telle couverture avait pourtant été instituée dès le 14 mars 1947 pour les cadres lors de la création de l'Association de gestion des institutions de retraite des cadres (AGIRC)⁷² et que 20 millions de personnes bénéficieraient aujourd'hui d'une assurance invalidité complémentaire⁷³. La circonstance que la généralisation de la complémentaire santé se soit accompagnée de la caducité juridique de clauses de désignation également pour les accords collectifs de branche en prévoyance, où les enjeux actuariels de massification des risques, donc les impacts sur les tarifs et les niveaux de couverture sont sans commune mesure avec l'assurance complémentaire santé, n'a fait qu'accentuer cette singularité. Choisir en 2023 de donner la priorité à la généralisation d'une assurance dépendance complémentaire pour le risque dépendance par rapport à celle d'une assurance prévoyance complémentaire des risques lourds serait tout aussi singulier. D'ailleurs les partenaires sociaux ont convenu, dans le cadre de l'agenda social qu'ils ont arrêté au cours des dernières semaines, d'envisager une négociation sur la généralisation de la prévoyance tandis que des travaux sont conduits à ce sujet actuellement au sein de la fonction publique.

⁷¹ L'accord national interprofessionnel (ANI) du 10 décembre 1977, légalisé par la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation, a institué pour tout salarié ayant au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise et qui se voit prescrire un arrêt de travail dont il justifie dans les 48h, un droit de maintien de salaire par son employeur, déduction faite des indemnités journalières de la Sécurité sociale. Cette obligation peut être couverte par un contrat d'assurance, même si elle ne relève *stricto sensu* de la prévoyance complémentaire.

⁷² Les articles 4 et 4 bis de la convention AGIRC ont institué l'obligation faite aux employeurs de salariés cadres et assimilés de verser à un organisme assureur 1,50% de la tranche de leur rémunération inférieure au plafond de la Sécurité sociale pour des garanties de prévoyance couvrant prioritairement le décès. Cette obligation a été reprise dans l'ANI du 17 novembre 2017 dans le contexte de la fusion des régimes AGIRC-ARRCO au 1^{er} janvier 2019.

⁷³ Et 32 millions de personnes d'une couverture complémentaire pour l'incapacité selon la Direction générale du Trésor.

En second lieu, le choix des contrats d'assurance complémentaire en frais de santé, comme vecteur d'une garantie dépendance obligatoire alors que d'autres supports assurantiels notamment dans des produits d'épargne portent des garanties dépendance, semble reposer prioritairement sur l'argument de sa généralisation et de sa fréquence relative dans les contrats supports de garanties de dépendance. Il permettrait en effet d'obtenir astucieusement un effet rapide de couverture quasi universelle dans un cadre existant fortement régulé par les pouvoirs publics. Or, après des années de transformation légales et réglementaires des contrats de complémentaires santé avant leur généralisation et plus intensément dans la foulée de leur généralisation, **choisir ce vecteur**, outre l'originalité de prime abord qui consiste à choisir un vecteur de risque court pour un risque long, **c'est choisir des supports contractuels qui :**

- ◆ **Sont enchâssés dans un cadre réglementaire, fiscal et social complexe ;**
- ◆ **Présentent des situations de coût net et de couvertures pour le moins contrastées singulièrement entre actifs et retraités ;**
- ◆ **Comportent des effets de duplication d'intervenants et d'acteurs et des sources d'inefficience dans les systèmes de gestion et font régulièrement l'objet de débats de fond non tranchés sur l'articulation entre l'assurance maladie et l'assurance maladie complémentaire. Cette articulation n'est perçue comme optimale ni par la Sécurité sociale ni par les acteurs assurantiels ;**

Il serait opportun de ne pas transposer ces inefficiences et ces controverses dans le champ de la dépendance.

Ce choix de support assurantiel présenterait en particulier des conséquences fiscales et sociales et des effets de redistribution non mesurés à ce stade :

- ◆ Ce type d'effets est illustré par l'analyse, intrinsèquement complexe du fait de la multiplicité des effets en jeu, des impacts du cadre socio-fiscal actuel de l'assurance santé complémentaire. Un rapport au Parlement de l'IGAS d'avril 2016 (A. Bruant-Bisson et M. Daudé) avait estimé à 6 Md€ le coût global des aides publiques⁷⁴ et une étude de la DREES de septembre 2022 sur l'« *Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie* »⁷⁵ permet une première approche des questions qui seraient posées.
- ◆ Pour mesurer ces conséquences, il conviendrait tout d'abord de réaliser des chiffrages en actualisant les impacts identifiés en 2016. Une première estimation très grossièrement illustrative peut fournir un ordre de grandeur.
 - En actualisant le chiffre de 6Mds€ de 2016 d'un inflateur du double de l'inflation constatée de 2015 jusqu'en 2022 (UFC Que Choisir a recensé une hausse deux fois supérieure des tarifs de complémentaire santé à l'inflation - +23% - entre 2019 et les tarifs 2023),

⁷⁴ Plus précisément entre 6,8 et 8,3Md€.

⁷⁵ N°101, Mathieu Fouquet et Catherine Pollak.

- En simulant, à titre d'exemple, une augmentation tarifaire de 16% des contrats de complémentaire santé liée à l'inclusion d'une garantie dépendance (couverture dès l'âge de 22 ans assimilée pour ce calcul d'ordre de grandeur à une couverture quasi universelle),
 - On aboutirait à un impact brut de 1,2 Md€ en 2022 à iso conditions fiscales et sociales pour cette garantie dépendance hors déduction du coût fiscal-social actuel des couvertures dépendance collectives déjà existantes.
 - Ce coût serait considérablement plus limité pour une couverture obligatoire ne commençant qu'à 62 ans, mais avec des effets bien moindres sur la rente attribuée.
- ◆ L'étude de la DREES souligne aussi en particulier le **caractère très inégalitaire du cadre socio-fiscal selon le niveau de revenus s'agissant des actifs en entreprises**⁷⁶ : *« Tout en étant d'un montant presque négligeable pour les 10 % les plus modestes, le bénéfice tiré du taux dérogatoire de forfait social évolue du simple au triple entre le deuxième et le dernier dixième de niveau de vie. Les écarts sont encore plus prononcés concernant l'effet de l'abattement de l'assiette de l'IR : l'effet de cette aide est pratiquement nul pour les 40 % les plus modestes, tandis que les personnes du dernier dixième de niveau de vie en bénéficient en moyenne six fois plus que celles du cinquième dixième ».*

Comme il résulte d'un échange avec l'INSEE, **il conviendrait enfin de bien vérifier que le schéma technique ainsi approfondi ne s'inscrirait pas dans un faisceau d'indices porteur de risques de requalification comptable dans le référentiel SEC2010**, en mesurant en particulier le risque porté *in fine* par les administrations publiques (Etat ou ASSO), ce qui sinon amoindrirait considérablement son intérêt, étant donné que l'instauration d'une assurance dépendance obligatoire est présentée comme une alternative sans conséquence « maastrichtienne » par rapport à une hausse des prélèvements obligatoires. En effet, selon l'INSEE : *« Le caractère obligatoire d'une assurance n'est pas un critère suffisant de classement dans le secteur des administrations publiques. Par exemple, les régimes d'assurance sociale liés à l'emploi (§17.20) sont « des régimes d'assurance contractuels obligatoires du fait de la loi ou encouragés par un tiers », mais sont classés en dehors des administrations publiques. Le classement en administrations publiques repose sur les critères de contrôle et du caractère marchand ou non de la production. Ces critères sont en particulier développés dans le chapitre 20 du SEC. Par ailleurs, l'étude du partage des risques et bénéfices associés à des actifs ou à des passifs peut conduire à reclasser ces actifs ou passifs dans le compte des administrations publiques ».*

Enfin, une autre dimension devrait être prise en compte : la généralisation récente des complémentaires santé avec l'ambition d'apporter une continuité de couverture. Le futur retraité devait se voir offrir une couverture d'un bon niveau, à un tarif adapté et cohérent avec les garantis qui lui sont offertes tant qu'il est en activité. Cette volonté de continuité de couverture dans sa nature, ses coûts et son

⁷⁶ qui reproduit peu ou prou le type d'effets observé sur la réduction d'IR pour les dépenses en EHPAD.

ampleur, n'a pu être assurée. Si les travaux sont lacunaires, les analyses conduisent à constater que les retraités sont parmi ceux qui sont le plus exposés à une couverture santé coûteuse et de moindre qualité. La proposition FNMF/FA ne couvre pas ce sujet. Outre que cette difficulté pourrait constituer un préalable à lever avant toute réforme, il est évidemment nécessaire d'analyser les risques du fait d'un renchérissement global des couvertures d'une exclusion croissante de certains retraités du cadre commun ou de la moindre capacité de tous à accéder à une complémentaire santé – prévoyance de bon niveau, au meilleur des coûts.

Par ailleurs, la proposition n'aborde pas davantage la question de la situation des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS). Si ceux-ci devaient bénéficier de protections comparables, il en résulterait une transformation du dispositif et un renchérissement pour les finances publiques. Initialement justifiée par un besoin de diversifier les financements - par le recours aux entités privées lucratives ou non -, la proposition aboutirait aussi à un accroissement de la dépense publique tant en prestations (a minima couverture solidaire des bénéficiaires de la CSS) qu'en recettes (demande d'un cadre socio fiscal encore plus attractif).

Le bouclage global de la réforme et l'analyse de ces éléments non traités demeure encore largement à construire pour crédibiliser une intervention privée. Par ailleurs, le législateur a fait le choix de renforcer l'intervention publique avec la création de la 5^{ème} branche de la Sécurité sociale.

Le débat mérite néanmoins se poursuivre, sur des bases encore plus éclairées, pour répondre aux critiques ci-dessus et étudier le cadre possible du financement par les complémentaires, des prestations de biens et de services, hors socle opposable financé lui par la sphère publique.

Instruire la proposition FNMF/FA justifierait donc de conduire des analyses beaucoup plus approfondies, notamment sur **les coûts fiscaux et sociaux induits, les conséquences sur les contrats de complémentaire santé hors salariés actifs, notamment pour les indépendants, les fonctionnaires, les retraités et les personnes à faibles revenus et le rôle de l'Etat dans la régulation du mécanisme, et s'assurer que le dispositif ne comporte pas de risque sérieux de requalification comptable**, toutes questions pour lesquels France Assureurs et la FNMF ne peuvent à eux seuls approfondir leur schéma technique. Les responsables de France Assureurs et de la FNMF rencontrés en sont d'ailleurs bien conscients, ayant indiqué à la mission que leur proposition n'est encore qu'au stade d'un schéma technique de principe.

Pour clarifier le débat, cette proposition mériterait donc à tout le moins d'être explorée avec les services de l'Etat dans toutes ses dimensions et conséquences⁷⁷.

Avec la création de la « **5^{ème} branche** », **qui représente un choix stratégique de modèle de couverture du risque de base, la question posée par le recours à l'assurance est maintenant celle de la place éventuelle d'une couverture complémentaire. Toute clarification additionnelle du modèle d'intervention et de**

⁷⁷ Cela ne semble pas avoir été le cas de manière approfondie à ce jour, la sous-direction des assurances de la Direction générale du Trésor ayant indiqué à la mission que tout en ayant analysé ce schéma technique de principe, elle n'a pas été explicitement saisie en ce sens.

financement de cette « 5^{ème} branche » aidera d'ailleurs les acteurs complémentaires à positionner les solutions qu'ils proposent.

Une telle exploration de cette question ne saurait être conduite sans associer le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), la mission ayant compris qu'il n'est pas un promoteur de ce projet, ainsi que les partenaires sociaux. A ce sujet, la mission a été informée de l'existence à tout le moins d'une réticence des organisations patronales s'agissant *in fine* d'une charge additionnelle sur les coûts de production et la concertation Vachey sur la « cinquième branche » n'avait pas montré un soutien des partenaires sociaux à cette option de financement.

2.2. Si améliorer la labellisation des contrats répond à une situation de faible lisibilité de l'offre et de déceptions récurrentes sur leur apport, le degré de priorité relative de la construction d'une régulation de ces contrats est à replacer dans l'ensemble des enjeux assurantiels

Le rapport Vachey avait souligné en revanche la nécessité d'améliorer le cadre existant de la couverture complémentaire facultative actuelle, ce qui renvoie plus fondamentalement à une logique de construction d'une régulation publique⁷⁸ et à celui d'ajustements du cadre fiscal-social induit qui pourraient s'inspirer d'une logique analogue à celle des contrats responsables⁷⁹.

Avis :

Au moment du rapport Vachey, Pierre Mayeur, ex-directeur de la CNAV et alors directeur général de l'Organisme commun des institutions de rente et de prévoyance (OCIRP), soulignait l'intérêt, selon lui, qu'avaient les pouvoirs publics à favoriser les contrats dépendance⁸⁰ pour aider les classes moyennes à faire face à ce risque, en complément des dispositifs de soutien public et, recommandait une « Charte » adoptable par les trois familles de l'assurance, incluant l'application de

⁷⁸ Si l'on n'observe que la simple question d'un label, l'offre totale sous label GAD (cf. supra) ne représenterait que 2,5% environ du marché, notamment en raison de la prédominance des contrats à garantie annuelle en inclusion d'un contrat de complémentaire santé sur ce marché. Le label GAD concerne en effet surtout les contrats à format viager. Toutefois, selon France Assureurs, les entreprises d'assurance, donc l'une des trois familles assurantielles, qui ne proposent pas des contrats labellisés GAD se rapprochent en grande majorité des critères du label.

⁷⁹ Le rapport Vachey avait notamment indiqué les options suivantes : adjonction de la couverture de la dépendance partielle en option garantissant le versement minimum d'un capital de 3 500€ ou d'une rente, relèvement de l'âge de 50 ans à 60 ans pour l'absence de sélection médicale, niveau minimal de rente : au moins 500 € par mois avec une option d'indexation de 2 % par an, amélioration de l'information des assurés avant la signature du contrat et en cours de vie du contrat, inclusion d'un socle commun de services (prévention, conseil, accompagnement, assistance administrative et juridique, aide à domicile, transport, présence d'un proche, aide aux aidants), attention particulière aux aidants : répit de l'aidant, formation, aide aux démarches administratives, assistance psychologique, intervention d'une aide à domicile ou d'un auxiliaire de vie, ainsi que des sujets plus fondamentaux sur les mécanismes de revalorisation, la continuité et la transférabilité des droits acquis, l'homogénéisation des référentiels de perte d'autonomie.

⁸⁰ Quel avenir pour les contrats dépendance ? Revue Regards 2020/1, p. 213-224, Editions Ecole Nationale Supérieure de Sécurité sociale.

la grille AGGIR à condition d'associer les familles de l'assurance à ses évolutions, une exigence accrue d'intelligibilité et de lisibilité des contrats et un devoir renforcé d'information des organismes assureurs, à travers un envoi annuel des droits de la personne assurée en matière d'assurance dépendance⁸¹.

Dans un contexte où les codes des assurances (sociétés d'assurance), de la mutualité (mutuelles santé) et de la Sécurité sociale (institutions de prévoyance gouvernées par les partenaires sociaux), ne comportent à ce jour quasiment aucune disposition spécifique au risque dépendance⁸², la mission promeut un objectif de régulation renforcée et effective, au vu de surcroît, du constat d'un marché plutôt en régression. Les auditions ont permis de percevoir des phénomènes récurrents de déception et de mécontentement de personnes - prises en charge leur semblant des plus faibles sinon inexistantes - dont Dominique Libault s'est fait l'écho. Le médiateur des sociétés d'assurance, auditionné par la mission, a souligné un nombre a priori très faible de saisines. Pour autant, une des conditions pour de telles couvertures est leur caractère incontestable et la perception de celui-ci, aspects qui semblent perfectibles : en dehors des acteurs mentionnés ci-dessus, la mission n'a guère rencontré d'acteur ou de groupement soulignant l'apport des couvertures offertes actuellement en matière de dépendance en EHPAD et les résultats du sondage auprès de 1500 EHPAD vont dans le même sens.

Un tel chemin est incontestablement utile pour rendre l'offre plus lisible et donc les choix des assurés plus conscients de la portée effective des garanties dans un domaine complexe, thématiques sur lesquels travaille le Comité consultatif du secteur financier (CCSF). Il devrait s'accompagner de réponses à une partie des questions soulevées par les observations présentées supra dans l'analyse de

⁸¹ Il estimait pour sa part qu'aucune mesure législative ou réglementaire particulière n'était à prendre, mais qu'il était « juste attendu...un discours un peu plus ouvert ».

⁸² Hormis depuis l'arrêté du 22 décembre 2020 pour les garanties dépendance des PER, qui dispose que pour l'application du 3° de l'article L. 142-3 du code des assurances, le plan d'épargne retraite peut prévoir une garantie complémentaire en cas de perte d'autonomie de l'assuré, sous réserve qu'elle respecte les conditions suivantes :

1° Le contrat ouvre le droit au versement d'un capital ou d'une rente viagère au bénéfice exclusif de l'assuré ;

2° Le contrat est assorti d'un mécanisme de réduction des droits en cas de non-paiement des primes, en application duquel le montant des prestations ne peut être réduit : a) De plus de 75 % après une durée de cotisation au titre de la garantie complémentaire supérieure à huit années ; b) De plus de 50 % après une durée de cotisation au titre de la garantie complémentaire supérieure à quinze années ;

3° La perte d'autonomie est évaluée à l'aide de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles. Le contrat peut toutefois prévoir des référentiels et des modalités d'évaluation complémentaires pour les cas où l'évaluation effectuée à l'aide de la grille précitée ne permettrait pas à l'organisme d'assurance de reconnaître l'état de dépendance garanti par le contrat ;

4° Le contrat ne prévoit pas de délai de franchise absolue ni de délai de franchise relative supérieure à deux mois ;

5° Le contrat ne prévoit pas de sélection médicale pour les adhérents éventuels de moins de 50 ans. Un organisme d'assurance ne peut effectuer une sélection médicale qu'à condition que cette dernière porte exclusivement sur un état d'invalidité ou une affection de longue durée préexistante ;

6° Le contrat prévoit un mécanisme de revalorisation annuelle du capital et des rentes selon une modalité prévue au contrat.

l'option de l'assurance dépendance, en particulier sur les coûts fiscaux et sociaux induits et sur les situations ne concernant pas les salariés.

Il ne doit pas pour autant être surestimé dans ses effets prévisibles à brève échéance s'agissant d'un risque certes assurable, mais sans profondeur historique, long, difficile à qualifier, donc à anticiper/tarifier, qui explique que ces contrats se traduisent en rentes forfaitaires et fassent fréquemment l'objet de larges accords de réassurance permettant un travail actuariel sur des données plus larges⁸³.

2.3. Faciliter la transformation de l'épargne en rente, pour réduire le manque de continuité entre le traitement de l'invalidité pendant l'activité et celui de la dépendance pendant le grand âge, mérite d'être éclairé par une analyse des enjeux redistributifs

Le rapport Vachey avait attiré l'attention sur l'intérêt de prévoir pour la transformation en rente viagère de l'épargne placée dans les contrats d'assurance vie (1 885 Md€ fin 2022, soit 33% de l'épargne financière des ménages) la défiscalisation et/ou l'exonération sociale des rentes lorsque l'entrée en jouissance de la rente correspond à l'entrée en dépendance lourde (GIR 1 ou GIR 2), la présente mission ajoutant que les rachats en assurance vie sont totalement exonérés dans un certain nombre de cas, dont l'invalidité.

Par contraste, une fraction de la rente viagère est soumise à l'imposition sur le revenu lors de la première sortie, puis aux prélèvements sociaux pour la fraction imposable, la fraction dépendant de l'âge de l'assuré. L'alinéa 6 de l'article 158 du code général des impôts définit ainsi un barème fiscal dégressif de la fraction du montant soumis à l'IR selon l'âge à l'entrée en jouissance de la rente, qui aboutit à une situation où l'exonération de la rente n'est que de 30% à moins de 50 ans et atteint 70% à partir de 70 ans.

Avis :

La présente mission considère qu'il est logique d'approfondir cette réflexion en s'efforçant de réduire un « effet frontière » entre accidents de la vie dans la taxation de l'épargne longue entre :

- ♦ Les risques d'invalidité et de décès identifiés de longue date, inscrits dans l'univers de l'activité professionnelle, avec un cadre fiscal et social favorable au moins pour les contrats collectifs à adhésion obligatoire ;**
- ♦ Le risque dépendance appréhendé plus récemment historiquement et inscrit dans l'univers de la vie postérieure à l'activité professionnelle.**

⁸³ La Direction générale du Trésor souligne à cet égard toute la difficulté qu'il y aurait par exemple à construire une table spécifique de dépendance comme il existe une table de mortalité : manque de profondeur historique, caractère évolutif et moins objectivable que le décès, faible durée moyenne de la dépendance lourde à ce jour (3-4 ans) qui accroît le risque de prévision erronée, problématique d'antisélection et/ou d'équité bien plus fort qu'en retraite du fait de situation très différentes les dépendants « longs » (de type malades d'Alzheimer) ayant intérêt pour un produit en rente tandis que les dépendants « courts » (de type fin de vie) ont intérêt à sortir en capital.

Ainsi, si les sorties anticipées d'un Plan d'épargne retraite (PER)⁸⁴ sont autorisées dans des conditions de taxation favorables, notamment pour l'invalidité (titulaire, enfants, conjoint sous régime matrimonial ou partenaire de Pacs)⁸⁵, les cas liés à la dépendance et à l'aide ne sont pas prévus. Il serait ainsi de prime abord justifié d'examiner les conditions de l'ajout d'un cas de déblocage en cas de dépendance selon un niveau de GIR à déterminer, qu'il concerne l'épargnant comme personne dépendante voire comme aidant de ses ascendants, de son conjoint ou de son partenaire de PACS, les conditions d'une attestation de besoin d'aide récurrente devant être précisées pour qu'elles soient à la fois souples et contrôlables. Un chiffrage, peu aisé au cas particulier, du coût de cette mesure resterait à établir.

Si ces mesures seraient *a priori* de nature à faciliter la mobilisation de tout ou partie de l'épargne longue en complément des revenus, question aigüe sur le plan financier dans le cas de résidence en EHPAD, il n'en reste pas moins que :

- ♦ **Vu la concentration des encours en assurance vie⁸⁶ et en épargne retraite et afin d'éviter tout effet d'aubaine, une décision favorable ne saurait être prise qu'après avoir analysé ses effets redistributifs et les facultés contributives des personnes concernées.** A titre illustratif, il serait ainsi logique que des mesures de ce type puissent le cas échéant accompagner des mesures de diminution ou de mise sous conditions de ressources d'avantages fiscaux présentant aujourd'hui des taux de concentration élevés sur les revenus les plus élevés (par exemple l'abattement de 10% sur les pensions, et la réduction d'impôt pour dépenses en EHPAD) ;

⁸⁴ La loi du 22 mai 2019 dite loi PACTE a prévu qu'une garantie dépendance complémentaire puisse être rattachée à un PER et bénéficier d'un régime fiscal avantageux, à condition de respecter certains critères. Ceux-ci ont été définis dans un arrêté du 22 décembre 2020.

⁸⁵ Le I de l'article L. 224-4 du Code monétaire et financier dispose que « I. Les droits constitués dans le cadre du plan d'épargne retraite (PER) peuvent être, à la demande du titulaire, liquidés ou rachetés avant l'échéance mentionnée à l'article L. 224-1 dans les seuls cas suivants : 1° Le décès du conjoint du titulaire ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ; 2° **L'invalidité du titulaire, de ses enfants, de son conjoint ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité. Cette invalidité s'apprécie au sens des 2° et 3° de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale** ; 3° La situation de surendettement du titulaire, au sens de l'article L. 711-1 du code de la consommation ; 4° L'expiration des droits à l'assurance chômage du titulaire, ou le fait pour le titulaire d'un plan qui a exercé des fonctions d'administrateur, de membre du directoire ou de membre du conseil de surveillance et n'a pas liquidé sa pension dans un régime obligatoire d'assurance vieillesse de ne pas être titulaire d'un contrat de travail ou d'un mandat social depuis deux ans au moins à compter du non-renouvellement de son mandat social ou de sa révocation ; 5° La cessation d'activité non salariée du titulaire à la suite d'un jugement de liquidation judiciaire en application du titre IV du livre VI du code de commerce ou toute situation justifiant ce retrait ou ce rachat selon le président du tribunal de commerce auprès duquel est instituée une procédure de conciliation mentionnée à l'article L. 611-4 du même code, qui en effectue la demande avec l'accord du titulaire ; 6° L'affectation des sommes épargnées à l'acquisition de la résidence principale. Les droits correspondants aux sommes mentionnées au 3° de l'article L. 224-2 du présent code ne peuvent être liquidés ou rachetés pour ce motif.

⁸⁶ Si l'encours moyen par souscripteur est de 30 000 €, 1% des assurés détiennent 25% des encours pour un montant moyen de 600 000 € dans ce centile.

- ♦ Vu le fort développement actuel des marchés de l'épargne en assurance, malgré un frémissement des taux de rachat à surveiller, il conviendrait de ne pas créer d'effets d'aubaine fiscale sans incitation effective à la souscription.

Au total sur l'assurance dépendance, la question préalable pour les pouvoirs publics consiste aussi à positionner la priorité relative de cette question au sein des autres questions des marchés de l'assurance, singulièrement par rapport aux enjeux climatiques actuels sur l'assurance de biens. A ce titre, la mission a constaté par exemple que si France Assureurs considérait la question de l'assurance dépendance comme une question très importante, France Assureurs n'a pas non plus indiqué qu'elle figurait en haut de la liste de ses priorités.

Cependant, s'agissant d'un sujet pendant depuis plus d'une décennie, il serait utile qu'une mission dédiée (par exemple, confiée à l'IGF et à l'IGAS ou à une ou plusieurs personnalités) puisse approfondir l'ensemble des questions posées par les garanties dépendance avec comme objectif de tenter de porter la régulation de celles-ci à un autre niveau de maturité des marchés concernés dans un esprit de complémentarité entre les solutions publiques et privées.

3. Si les options de financement par monétisation privée du patrimoine immobilier peuvent être encouragées, leur impact restera vraisemblablement limité

Le rapport Vachey rappelait d'abord sur la base des données de l'INSEE l'importance du patrimoine immobilier (62% du patrimoine des ménages), le fait que son taux de détention soit très élevé chez les retraités (73,9 % pour les personnes de 70 ans et plus), que son montant croisse continûment avec l'âge jusqu'à 60 ans (202 300 € en moyenne, le patrimoine financier pour sa part continuant sa croissance) et le fait que l'enquête Care-Institutions de 2018⁸⁷ ait établi que si un tiers des résidents déclarent devoir puiser dans leur épargne pour financer les frais liés à la prise en charge de leur dépendance en institution, seul près d'un résident sur dix envisage, à l'avenir, de vendre du patrimoine pour couvrir ces dépenses, sachant que, disposition peu connue, le régime fiscal prévoit l'exonération des plus-values immobilières sur la cession de sa résidence principale dans le cas où le propriétaire rejoint un établissement médicalisé pour y résider.

Le rapport Vachey a dans ce cadre analysé deux options de mobilisation privée du patrimoine immobilier : la vente en viager et le prêt immobilier dépendance.

3.1. La vente en viager se heurte à des obstacles psychologiques et culturels durables indépendamment de la qualité intrinsèque des produits

Le rapport Vachey avait retracé l'état du marché et des solutions : vente en viager

⁸⁷ « Comment les seniors financent-ils leur maison de retraite ? Premiers résultats de l'enquête CARE-Institutions », DREES, novembre 2018.

en ne gardant que l'usufruit, prêt viager hypothécaire en restant propriétaire, développement plus récent de fonds intermédiés et fonds viagers mutualisés, agissant comme intermédiaires entre des investisseurs et les vendeurs.

Il avait indiqué notamment l'option de l'élargissement de l'objet des sociétés civiles de placement immobilier (SCPI) à l'acquisition de biens en viager, ainsi que des pistes proposées dans le rapport Libault :

- ◆ La création d'un fonds pour l'achat en viager de logements sociaux, par exemple sous l'égide de la Caisse des dépôts ;
- ◆ La création d'un observatoire permettant de rendre plus transparents certains de ces mécanismes du marché ;
- ◆ La labellisation à dimension sociale pour favoriser l'inclusion dans le portefeuille de biens des institutionnels gestionnaires d'actifs d'une proportion minimale de logements modestes ou détenus par des populations à faibles revenus.

Le rapport Vachey avait conclu que *« ces produits viagers resteront un marché de niche, utile mais pas de nature à solvabiliser une part significative des personnes âgées concernées par la perte d'autonomie et devant faire face à un reste à charge important »*.

Avis :

Si la présente mission a fréquemment entendu des observations lors des auditions sur l'intérêt technique du viager, elle est surtout consciente des obstacles qui n'ont que peu à voir avec la qualité technique intrinsèque du produit, mais avec ses fondamentaux.

Ceux-ci sont particulièrement bien exposés dans un ouvrage de référence sur le logement publié en 2015 par l'actuel président de CDC Habitat, qui y décelait un obstacle culturel collectif, « le processus de transmission intergénérationnel » et son lien avec la dignité de la personne, et un obstacle psychologique individuel, « la réintroduction dans le quotidien de la perspective de la mort »⁸⁸.

La présente mission partage donc les conclusions du rapport Vachey sur la portée utile, mais limitée de ce type de produits.

3.2. Le prêt immobilier dépendance ne semble plus faire l'objet d'une

⁸⁸ « Le logement est, par excellence, le support de la transmission intergénérationnelle, c'est-à-dire de l'illusion d'éternité, ressort majeur de l'accumulation et donc de la dynamique économique. C'est pourquoi le principal obstacle à la diffusion du viager est de nature culturelle et psychologique. **D'un point de vue culturel**, en brisant le processus de transmission intergénérationnel, il porte atteinte à un ressort essentiel de dignité sociale : je transmets ce que j'ai reçu, accru par mes soins. Donc mon existence a été utile. **D'un point de vue psychologique**, le viager réintroduit dans le quotidien la perspective de la mort que les sociétés matérialistes modernes tendent précisément à exclure... Peut-être convient-il d'envisager la création d'un viager « optionnel », dont la mise en œuvre serait laissée au choix de l'héritier, susceptible de conserver l'actif en désintéressant le créancier. Il s'agirait alors, de fait, d'une forme transmissible d'hypothèque rechargeable ». Le Logement nouvelle donne, André YCHÉ, préface de Pierre-René LEMAS, directeur général de la Caisse des dépôts, Edition Economica, 2015.

réflexion mobilisatrice

Le rapport Vachey décrivait également, à la suite du rapport Libault, le développement d'un prêt viager dépendance qui serait accordé aux personnes en dépendance lourde (GIR 1 et 2), à domicile ou en établissement, mécanisme notamment travaillé par la Société de financement pour l'autonomie et la dépendance (SOFIPAD) avec plusieurs acteurs et notamment la Caisse des Dépôts et Consignations, la Chaire TDTE, le Crédit Agricole et d'autres institutions bancaires. Contrairement au rapport Libault, qui la jugeait complexe, il concluait que cette option méritait d'être approfondie.

Avis :

Dans le temps imparti à la mission, ce dispositif n'a pas été étudié. Les recherches limitées d'informations récentes se sont avérées non concluantes, à l'exception du fait que la Chaire TDTE a indiqué ne pas travailler actuellement sur ce sujet.

Il convient de souligner que la difficulté d'évaluation du risque de longévité ne change pas de nature intrinsèque dans l'univers bancaire par rapport à l'univers assurantiel.

4. Des options nouvelles plus ciblées sur le champ de la mission et plus ambitieuses pour le financement de l'autonomie des personnes âgées ont été identifiées ainsi que des actions indirectes en réfléchissant notamment à une mobilisation accrue des bailleurs sociaux et du groupe CDC, déjà présents sur beaucoup de champs liés aux EHPAD

Des options nouvelles et plus ambitieuses sont traitées directement dans le rapport. Elles n'appellent pas de compléments dans la présente annexe. En effet, la mission porte l'idée d'une transformation profonde du financement de l'autonomie : par une mise à contribution des familles et des successions, par des recettes prélevées sur le secteur de l'hébergement commercial, par la remise à plat des sources de financement actuelles au profit d'une contribution unique et solidaire. Tous ces éléments sont décrits dans le rapport.

En complément de ces options, des actions indirectes sont à concevoir pour agir sur l'optimisation des coûts immobiliers et de financement des EHPAD particulièrement à l'initiative des acteurs du logement et du groupe public Caisse des dépôts.

La mission a pu identifier deux pistes d'actions qui appellent des travaux d'analyse plus spécifiques : la mobilisation accrue de compétences immobilières des acteurs du logement et celle des différentes facettes du groupe public Caisse des dépôts.

Sans pouvoir approfondir le sujet dans le temps qui lui était imparti, la mission a pu identifier le rôle significatif des acteurs du logement dans le développement et la rénovation des EHPAD, dans la mesure où ils en possèdent fréquemment les murs

sans pour autant aller jusqu'à gérer des EHPAD du moins en ce qui concerne les acteurs dont l'objet est régi par l'article L. 313-1 du code de la construction et de l'habitat⁸⁹. Elle a ainsi pu s'entretenir avec la foncière dédiée d'Action Logement.

Il semble que d'autres Etats membres de l'Union européenne ont organisé la possibilité que des organismes de logement social puissent aller jusqu'à gérer des EHPAD (*Wohnungsbaugesellschaften* en Allemagne, *Enti di edilizia residenziale pubblica* en Italie, *Entidades de Gestion y Alojamiento* en Espagne, Sociétés de Logement de Service public en Belgique), ce qui mériterait une exploration *ad hoc*.

La mission ne peut que recommander aux pouvoirs publics de conduire une réflexion spécifique sur les opportunités de mobilisation additionnelle des bailleurs sociaux dans le champ de l'hébergement des personnes âgées dépendantes dans le cadre des travaux lancés sur le modèle économique des EHPAD, notamment la création de foncières spécialisées rachetant des actifs immobiliers dans la mesure où les EHPAD appellent des compétences immobilières spécifiques.

Devant la situation dégradée d'une partie significative des EHPAD, singulièrement des acteurs non lucratifs, la Banque des Territoires, marque « commerciale » du métier de financeur public qu'exerce la CDC, a fait savoir à la mission qu'elle travaillait au déploiement d'un plan de soutien conjoncturel et structurel au secteur non lucratif, qu'elle souhaitait articuler avec l'action des pouvoirs publics.

La CDC prévoit notamment de faire plus largement connaître l'existence d'une enveloppe « *dédiée au secteur non lucratif ouvrant la possibilité à des financements sur des maturités longues à taux fixe ou à taux variable (indexés sur le livret A) pour financer les projets de construction ou de rénovation* », d'élargir « *l'éligibilité à l'Ecoprêt aux établissements habilités à l'aide sociale sans être nécessairement conventionnés à l'APL* » afin d'encourager la rénovation énergétique. Elle a toutefois précisé à la mission qu'elle ne souhaitait pas porter seule le risque d'une présence plus significative auprès de cette catégorie d'acteurs et va engager en ce sens des discussions avec les parties prenantes concernées.

La mission ne peut qu'encourager une évolution en ce sens de la fonction de prêteur public de la CDC, comme elle sait le faire dans d'autres domaines avec un stock de prêts « Fonds d'épargne » de 196 Md€ au 31 décembre 2022, « avec 13,6 Md€ de nouveaux prêts signés en 2022, principalement dédiés à la construction, à la rénovation de logements sociaux et au verdissement des territoires »⁹⁰.

Au-delà du seul fonds d'épargne de la Banque des Territoires, il serait judicieux que le groupe public CDC/La Poste, qui dispose d'un bilan agrégé de 1 320 Md€ et qui est présent dans le secteur des EHPAD sous de multiples facettes (financeur public, actionnaire, opérateur, banquier et assureur marchand, partenaire immobilier d'opérateurs mais également à travers le versement d'une retraite sur 5 au niveau

⁸⁹ « de construire, d'acquérir, d'améliorer, de gérer et de céder des logements locatifs ou des logements en accession à la propriété destinés prioritairement aux personnes et aux familles mentionnées à l'article L. 441.1 du présent code et de réaliser, le cas échéant, des opérations accessoires à cette activité en vue de contribuer au développement économique et social des quartiers où se situent ces logements ».

⁹⁰ Selon la communication financière du groupe CDC sur ses résultats 2022.

national et d'activités de recherche économique et sociale) **conduise une réflexion stratégique d'ensemble**, comme ce groupe a su le faire historiquement sur d'autres enjeux au plus près des territoires, notamment le logement avec la création de la SCIC (aujourd'hui Icade) dès le milieu des années 1950 quand l'un des grands enjeux de la reconstruction du pays dans l'après-guerre était l'accès au logement.

Une telle réflexion aurait d'autant plus de sens que la perspective de la prise de contrôle majoritaire en cours d'Orpéa, par un consortium sous le leadership de la CDC⁹¹, signe le retour sous une autre forme de la CDC dans le secteur lucratif des EHPAD⁹².

⁹¹ Après une première opération de rapprochement avec l'acteur associatif Arpavie et un partenariat important entre Icade et Korian sur la propriété des murs des EHPAD.

⁹² Vingt ans après la cession en LMBO de Medica France au fonds de *private equity* Bridgepoint (octobre 2003, cf. [Medica \(entreprise\) — Wikipédia \(wikipedia.org\)](#)), ouvrant ainsi la voie à la mobilisation de moyens financiers alors quasiment inusités dans ce secteur quatre ans après que Medica France ait été racheté à son fondateur par la SCIC en vue d'en assurer le développement stratégique et onze ans avant une fusion avec Korian pour créer un leader européen, dont les deux premiers actionnaires aujourd'hui sont deux acteurs de l'assurance (Société Crédit Agricole Assurances et groupe de protection sociale Malakoff-Humanis).

ANNEXE VI

**Enquête réalisée par la mission auprès
des structures d'hébergement des
personnes âgées dépendantes**

SYNTHESE

Cette annexe retrace les enseignements issus de l'enquête menée par la mission, enquête qui, si elle ne visait pas à une représentativité par taille, secteur ou territoire, a permis de glaner les avis et analyses de plus de 1 500 structures. Ce succès est largement le fait d'entités publiques et d'acteurs le plus souvent autonomes et de toutes tailles.

L'enquête conduit à souligner combien le cadre actuel semble complexe et délicat à appréhender. Ainsi, les composantes du coût du séjour, tout comme les déterminants du reste à charge sont, pour toutes les structures et un grand nombre de résidents, mal compris et mal acceptés. Au-delà, l'enquête permet de constater tant via la masse de non-réponses que d'éventuelles contradictions dans les différentes réponses, que le cadre actuel est difficile à maîtriser par les établissements eux-mêmes quand bien même ils s'en gardent.

L'enquête permet d'apprécier la nature des soutiens publics apportés aux résidents en EHPAD. Dans un contexte de procédures, de dispositifs d'information et de prise en charge des demandes et des bénéficiaires pouvant varier fortement selon les départements, les établissements se présentent comme des acteurs majeurs. Le dispositif fiscal de réduction d'impôt est de très loin le mieux connu par les résidents et le plus facile à présenter. L'accès effectif aux aides au logement ne manque pas d'étonner et d'interroger, il justifierait des actions de lutte contre le non recours. L'accès à l'APA en établissement pose question en ce qu'une part apparemment limitée des résidents en bénéficient ; ce soutien est considéré comme compris et facile à présenter et à demander, les délais d'instruction semblant limités. *A contrario*, l'ASH est une prestation notoirement plus complexe, difficile à comprendre et à présenter et mal acceptée. Les réponses des établissements soulignent un niveau incertain de maîtrise du dispositif d'ASH. Elles confirment le fait que l'accès à l'ASH est potentiellement difficile du fait de son caractère de prestation d'aide sociale récupérable et de la difficulté à apprécier les conséquences du bénéfice de la prestation (recours sur succession et obligation alimentaire notamment).

Les établissements consultés se prononcent très massivement pour un changement du cadre actuel. La simplification du financement *via* la fusion des sections soins et dépendance est plébiscitée. Le passage à un seul financeur est encouragé, le financeur unique retenu étant avant tout l'Agence Régionale de Santé. Sur un autre plan, les établissements interrogés se prononcent massivement pour une évolution du système actuel de prestations pour mieux protéger et prendre en charge les personnes âgées dépendantes accueillies en structure d'hébergement.

SOMMAIRE

1.	<u>UNE ENQUETE QUI NE VISAIT PAS A LA REPRESENTATIVITE, A RENCONTRE UN LARGE PUBLIC ET DONT LA PORTEE DOIT ETRE MESUREE</u>	9
1.1.	<u>Une enquête qui a rencontré une très forte mobilisation mais avec des niveaux variables de réponses selon les thèmes considérés</u>	9
1.1.1.	<u>Plus de 1 500 structures répondantes différentes</u>	9
1.1.2.	<u>47% des répondants ont répondu à l'intégralité du questionnaire</u>	10
1.2.	<u>Mesurer la portée : une part prépondérante du secteur public, une surreprésentation de certaines régions, une forte représentation d'EHPAD autonomes et disposant de places habilitées à l'aide sociale</u>	11
1.2.1.	<u>Une enquête portée de manière différenciée par les différents acteurs relais</u>	11
1.2.2.	<u>Une enquête qui a été renseignée pour plus d'un répondant sur deux par le directeur de l'entité répondante</u>	12
1.2.3.	<u>Près des deux tiers des répondants sont issus du secteur public</u>	12
1.2.4.	<u>Les profils des répondants sont variables selon leur secteur d'appartenance</u>	13
1.2.5.	<u>Plus de huit répondants sur dix sont des EHPAD</u>	15
1.2.6.	<u>Des structures répondantes de taille variable, une majorité d'entités répondantes comptant de 80 à 300 places</u>	16
1.2.7.	<u>La quasi-intégralité des répondants ayant renseigné ce point (près de 95%) dispose de places habilitées à l'aide sociale</u>	17
1.2.8.	<u>Des entités répondantes plus présentes en Nouvelle Aquitaine, en Occitanie, en Auvergne – Rhône-Alpes, en Provence-Alpes-Côte d'Azur et dans les Hauts-de-France</u>	18
2.	<u>DES STRUCTURES SOUVENT AUTONOMES ET PEU ANCREES DANS DES DISPOSITIFS DE COOPERATIONS, UNE MEDICALISATION INCERTAINE</u>	20
2.1.	<u>Les répondants à l'enquête sont le plus souvent soit autonomes soit relevant de structures de tailles a priori limitées</u>	20
2.2.	<u>En ce qui concerne le secteur public, seules 40% des structures répondantes sont concernées par les coopérations organisées dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire</u>	21
2.3.	<u>Des répondants qui disposent majoritairement d'un médecin coordonnateur</u>	22
2.4.	<u>Des répondants qui ne relèvent pas majoritairement de démarches qualité ou de certification ou n'en font pas état</u>	22
2.5.	<u>Près de deux tiers des répondants -surtout dans le secteur public - indiquent n'avoir pu conduire des travaux au cours des dernières années, les difficultés rencontrées pour des travaux étant financières au premier chef, ces travaux entraînant une hausse des tarifs dans la majorité des cas</u>	23
3.	<u>UN SYSTEME ILLISIBLE POUR UNE GRANDE PARTIE DES RESIDENTS ET DE LEURS FAMILLES, UN COUT DU SEJOUR DELICAT A APPRECIER ET UNE PRISE EN CHARGE PUBLIQUE MAL COMPRISE PAR LES RESIDENTS ET LEURS FAMILLES</u>	25
3.1.	<u>Un coût du séjour globalement peu compris par les résidents et complexe à présenter par les établissements</u>	25
3.1.1.	<u>Le talon dépendance est appliqué dans la quasi-intégralité des structures répondantes</u>	25
3.1.2.	<u>Pour plus d'un répondant sur deux, les composantes du coût du séjour sont mal ou pas du tout comprises par les résidents et leurs familles</u>	26
3.1.3.	<u>Une prise en charge publique globalement peu lisible et difficile à rapprocher du coût supporté par les résidents</u>	28

Annexe VI

<u>3.2. Logiquement, le reste à charge issu de ce coût du séjour et de la prise en charge publique est une source majeure d'incompréhension et de rejet pour la majorité des résidents et de leurs familles</u>	28
<u>3.2.1. Moins d'un répondant sur deux considère que le reste à charge est compris et accepté par les résidents et leurs familles</u>	28
<u>3.2.2. Le rapport entre le reste à charge et les revenus courants de la moyenne des résidents est plus connu par les acteurs du secteur privé lucratif pour lesquels le RAC correspond le plus souvent à entre 1 et 2 fois les revenus courants</u>	29
<u>3.2.3. Une moindre connaissance du mode de financement des séjours dans le secteur public</u>	31
<u>3.2.4. Des séjours financés au premier chef conjointement par le résident et sa famille dans le secteur public, par le résident seul dans le secteur privé lucratif et par les deux dans le secteur privé non lucratif</u>	32
<u>3.2.5. Le reste à charge dissuade deux tiers des séjours de résidents potentiels dans le secteur privé lucratif et un résident potentiel sur cinq dans le secteur public</u> ...	32
<u>3.2.6. Le reste à charge peut susciter des départs de la structure d'hébergement, surtout dans le secteur privé lucratif (16% des établissements répondants)</u>	33
<u>3.2.7. Les difficultés de paiement existent avant tout dans les structures du secteur public ou du secteur privé non lucratif, elles ne concernent au plus que 50% des résidents, elles conduisent à un contentieux et/ou à un paiement de la dette par les proches du résident</u>	35
4. DES SOUTIENS PUBLICS NOMBREUX, PEU LISIBLES ET AYANT DES EFFETS VARIÉS SINON INCERTAINS	36
<u>4.1. Les soutiens publics sont des plus variés</u>	36
<u>4.1.1. Les structures publiques sont celles qui connaissent le moins la situation de leurs résidents au regard des aides au logement et celles dans lesquelles les proportions de résidents les plus importantes en bénéficient</u>	36
<u>4.1.2. Les structures publiques sont également celles qui connaissent le moins la situation de leurs résidents au regard de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement, les entités du secteur privé non lucratif sont celles qui déclarent les proportions les plus fortes de bénéficiaires parmi leurs résidents</u>	37
<u>4.2. Une intervention très forte des structures d'hébergement pour permettre aux résidents d'accéder à l'APA en établissement</u>	39
<u>4.2.1. Plus de neuf structures sur dix interviennent dans la demande d'APA et une grande majorité assurent un accompagnement prononcé de leurs résidents dans leurs parcours de demande</u>	39
<u>4.2.2. Une procédure d'accès à l'APA en apparence facile</u>	41
<u>4.2.3. Un passage de l'APA à domicile à l'APA en établissement estimé relativement fluide</u>	42
<u>4.2.4. Des délais d'instruction et d'octroi de l'APA en établissement estimés améliorables par une part non négligeable des structures répondantes</u>	42
<u>4.3. Un accès aux aides au logement qui apparaît des plus incertains donc largement perfectible</u>	43
<u>4.4. Un accompagnement très fort dans l'accès à l'aide sociale à l'hébergement (ASH), tempéré par la nature de l'aide et une difficulté évidente à présenter et maîtriser le dispositif donc à permettre un accès effectif aux droits</u>	47
<u>4.4.1. Une prestation qui n'est pas considérée comme complexe, des établissements estimant être en capacité d'accompagner leurs résidents sans difficulté majeure mais des remarques des répondants soulignant une certaine complexité</u>	47
<u>4.4.2. L'enquête révèle des conditions très variables, selon les départements, de mise en œuvre de l'obligation alimentaire découlant du bénéfice de l'ASH</u>	49
<u>4.4.3. Le recours sur succession découlant du bénéfice de l'ASH : une démarche peu connue et maîtrisée par les répondants</u>	51

Annexe VI

4.4.4.	<u>Une appréciation des plus incertaines de l'efficacité de la politique départementale mise en œuvre concernant l'obligation alimentaire et le recours sur succession</u>	52
4.4.5.	<u>Le délai d'instruction des demandes d'ASH est jugé de manière unanime comme particulièrement long, soit en fort contraste avec les délais relatifs à l'instruction des demandes d'APA</u>	53
4.4.6.	<u>Pour les répondants, le recours sur succession et l'obligation alimentaire sont les principaux éléments dissuadant le recours à l'ASH</u>	55
4.4.7.	<u>L'obligation alimentaire et le recours sur succession seraient des contraintes relativement bien comprises par les résidents mais également contestées par une majorité des hébergés</u>	55
4.5.	<u>Le dispositif de réduction d'impôt est considéré comme au moins plutôt bien connu et facile à comprendre et à utiliser par les résidents et leurs familles dans plus de quatre cas sur cinq</u>	56
5.	<u>DES MOYENS DIVERS POUR RENFORCER LA TRANSPARENCE ET LA CLARTE DU DISPOSITIF ET RENFORCER LA PRISE EN CHARGE</u>	58
5.1.	<u>Une large majorité des répondants effectifs sont en faveur d'une information annuelle renforcée sur les coûts et les prises en charge, du passage à un financeur et décideur unique, l'ARS apparaissant de loin comme la meilleure option</u>	58
5.2.	<u>Les actions prioritaires à mener portent tant sur l'offre existante (qualité, rémunérations) que sur la solvabilisation de la demande (en priorité l'amélioration des prestations et, en particulier, l'APA en établissement)</u>	60

Annexe VI

1. Une enquête qui a rencontré un large public et dont la portée doit être mesurée

1.1. Une enquête qui a rencontré une très forte mobilisation mais avec des niveaux variables de réponses selon les thèmes considérés

1.1.1. Plus de 1 500 structures répondantes différentes

Les délais et modalités de déroulement de la mission ne lui ont pas permis, en dehors des auditions, d'échanger avec des acteurs de terrain. Au demeurant, le paysage des structures hébergeant des personnes âgées (voir annexe 4) est des plus variés et divers : envisager de rencontrer une diversité d'acteurs représentatifs des différents secteurs paraissait hors de portée.

Face à ces contraintes, la mission a décidé de lancer un questionnaire en ligne, adressé à l'ensemble des structures *via* les syndicats représentatifs ou les acteurs clés du secteur (fédérations, groupes...). Ce questionnaire est présenté à la fin de cette annexe.

Ce questionnaire a été administré à compter du 13 avril et ouvert jusqu'au 9 mai¹.

Le questionnaire a été administré en ligne avec une technique d'identification permettant de neutraliser les éventuelles doubles réponses d'une seule et même structure. Ainsi, la « population répondante » est estimée à 3 759. Mais cette population a été retraitée en ce que ces 3 759 correspondent dans les faits à **1 530 entités répondantes** : les 3 759 correspondent le plus souvent à des réponses fragmentées (un répondant interrompt sa réponse avant de la reprendre ou revient sur une réponse déjà formulée) ou à plusieurs réponses pour la même structure, aspect qui devait être neutralisé, ce que l'exploitation des réponses a pleinement permis.

Le questionnaire a été testé avant mise en ligne². Les répondants pouvaient interroger la mission sur d'éventuelles difficultés rencontrées : sur les 1 530 répondants, seule une question ponctuelle (demande si une double réponse serait traitée et prise en compte) est intervenue. Les répondants n'ont ainsi *a priori* pas rencontré de difficultés majeures.

¹ Le questionnaire avait vocation à être clôturé le 28 avril. La mission a cependant décidé de le maintenir ouvert jusqu'au 9 mai inclus afin de disposer du plus grand nombre de réponses possible. Le questionnaire a donc été accessible pendant une période de 28 jours francs.

² La durée nécessaire pour répondre au questionnaire a été estimée entre 15 et 25 minutes. En effet, le temps nécessaire pour répondre au questionnaire variait au regard du nombre de questions enchâssées : certaines questions étaient conditionnelles et dans le cas d'une réponse positive ou négative, conduisait à solliciter d'autres réponses.

Le questionnaire était quasi intégralement composé de réponses fermées. Des volets d'expression libre ont été ouverts à chaque temps fort (section du questionnaire) afin de permettre aux répondants de contribuer. De même, les répondants pouvaient également expliquer le sens du choix d'une réponse « autre » que celle proposée dans le questionnaire fermé. Enfin, les répondants avaient la possibilité de faire part à la mission de leurs propositions et suggestions de réforme ou d'amélioration.

1.1.2. 47% des répondants ont répondu à l'intégralité du questionnaire

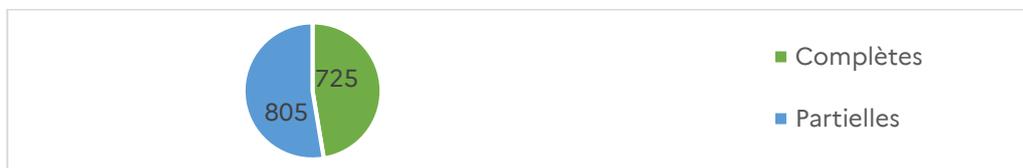
Le choix de la mission a été de **privilégier les réponses sur un questionnaire long.** Par conséquent, les répondants pouvaient ne pas répondre à une question sans que cette absence de réponse bloque le « parcours » ou la cinématique du questionnaire. Cette absence de réponse pouvait prendre deux voies : première possibilité, le répondant retenait comme réponse « je ne sais pas » ou « je ne me prononce pas » ou « ne se prononce pas » ; seconde possibilité, le répondant ne produisait aucune réponse (choix d'aucune case) et, dans ce second cas de figure, il pouvait poursuivre le questionnaire, ce type de non-réponse n'était pas bloquant.

Logiquement, il est possible de faire masse des deux motifs de non-réponse. Les deux cas de figure sont cependant distincts. **Dans l'exploitation proposée ci-après et sauf mention contraire, le champ « NSPP » ou « je ne sais pas » correspond aux personnes ayant choisi délibérément de ne pas se prononcer,** mais n'intègre pas les deux cas de figure. En revanche, la différence entre les réponses totales et les réponses renseignées est présentée dans le titre de chaque graphique et permet donc de mesurer le nombre de répondants confrontés à cette question et, parmi ceux-ci, ceux qui ont retenu une réponse (y compris « NSPP »). Il convient de noter que le nombre de personnes confrontées à la question n'est pas toujours de 1 530 compte tenu des questions enchâssées. Mais les graphes mentionnent le plus souvent le poids des réponses « ne sais pas », en ce qu'il est un bon reflet de la difficulté, voire de l'incapacité des répondants à donner suite à certains éléments de questionnement, ce qui illustre logiquement la grande complexité de la matière envisagée ici.

De manière globale, **sur les 1 530 répondants, 47% ont produit des réponses à toutes les questions** qui leur étaient posées (y compris « NSPP », donc) ce qui, au regard de l'échantillon et de l'importance du questionnaire apparaît des plus satisfaisants. Il n'en demeure pas moins que la majorité des réponses est partielle (53%, graphique 1). Les réponses partielles sont assez largement répandues dans l'échantillon : il n'y a pas de lien évident entre secteur, taille, implantation géographique et importance des réponses complètes ou partielles. Pour éviter toute incompréhension dans la lecture des données présentées ci-après, la mission fait état le plus souvent des non-réponses et, *a contrario*, précise quand elle décrit les seules réponses effectives (hors NSPP et sans réponses). Par exemple, les graphiques peuvent ainsi présenter les données avec les non-réponses et leur

commentaire peut présenter par ailleurs des données en réponses effectives. Ces dimensions sont toujours précisées, notamment dans les éléments indiqués sous chaque graphique.

Graphique 1 : Nombre de réponses à l'enquête selon leur caractère complet ou partiel



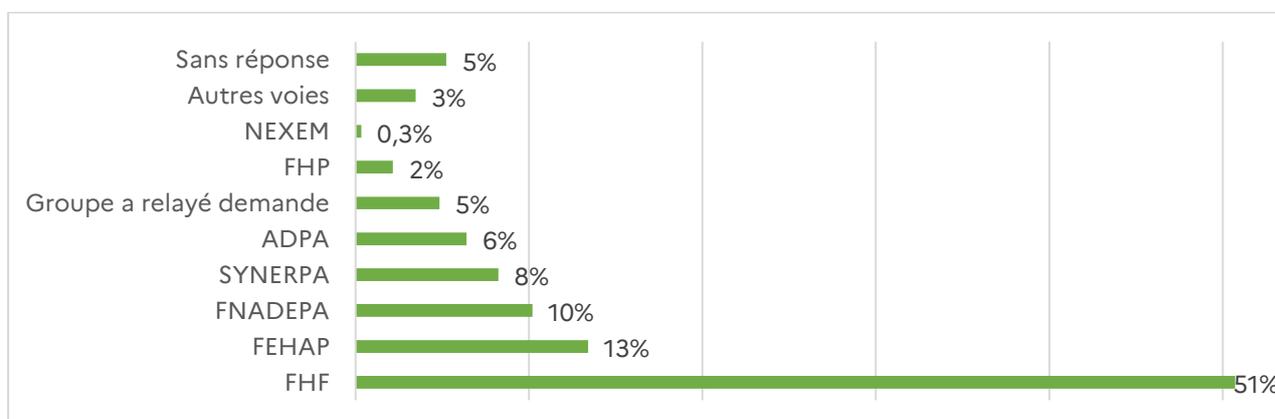
Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants

1.2. Une part prépondérante de répondants du secteur public, une surreprésentation de certaines régions, une forte représentation d'EHPAD autonomes et disposant de places habilitées à l'aide sociale

1.2.1. Une enquête portée de manière différenciée par les différents acteurs relais

La mission a avant tout sollicité les interlocuteurs qu'elle a rencontrés afin de se faire écho de l'enquête et de l'opportunité que celle-ci reçoive l'écho le plus important. **L'enquête a ainsi avant tout été portée à la connaissance des établissements via leurs représentants nationaux.** La mission a suivi le nombre de réponses et les modalités dans lesquelles les répondants avaient été informés de l'existence de l'enquête. Cela a permis de procéder à des relances auprès des entités répercutant l'enquête. Au-delà, parmi les entités ne répondant pas à cette question ou « autres », on constate une très forte représentation des établissements relevant du groupe SOS séniors ou du champ de la mutualité, en ce que ces deux acteurs ont répercuté avec une grande efficacité la présente enquête. Sans surprise, **l'entité ayant sollicité le plus de répondants est la Fédération Hospitalière de France (FHF)**, aspect qui conduit *infra* à constater une forte représentation des entités publiques (graphique 2).

Graphique 2 : Canal par lequel le répondant a pris connaissance de l'enquête – en %

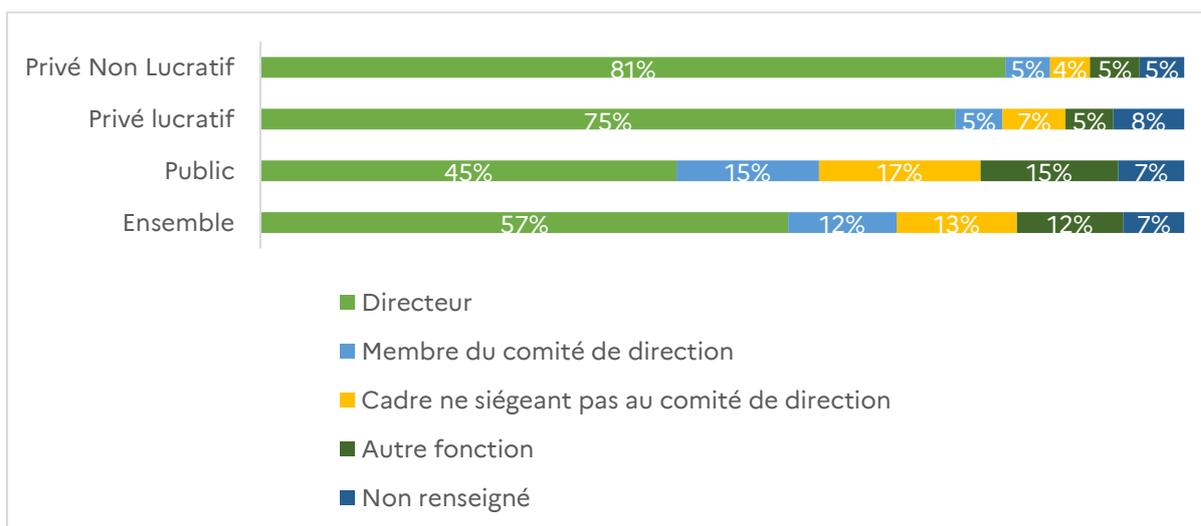


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 450 renseignés, 80 sans réponse – plusieurs réponses possibles.

1.2.2. Une enquête qui a été renseignée pour plus d'un répondant sur deux par le directeur de l'entité répondante

L'enquête a très largement été traitée par les directeurs des entités répondantes. Seules les réponses du secteur public ont été produites dans une moindre mesure par les directeurs des entités répondantes (graphique 3).

Graphique 3 : Fonction des personnes répondant à l'enquête pour le compte de leur structure d'emploi – par secteur et en %

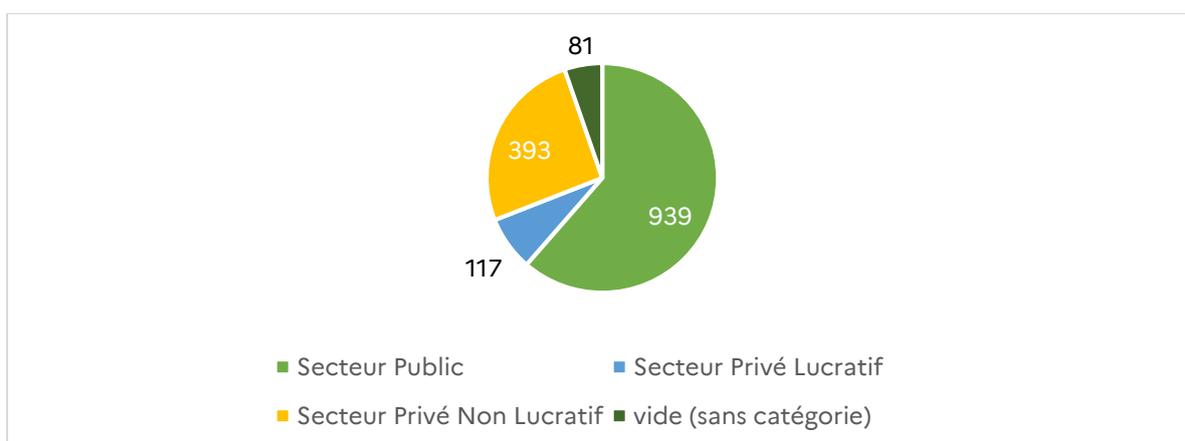


Source : Enquête, traitement et travaux mission.

1.2.3. Près des deux tiers des répondants sont issus du secteur public

Sur les 1 530 répondants, plus de 900 relèvent du secteur public (graphique 4). La part des répondants du secteur privé lucratif est notablement moindre.

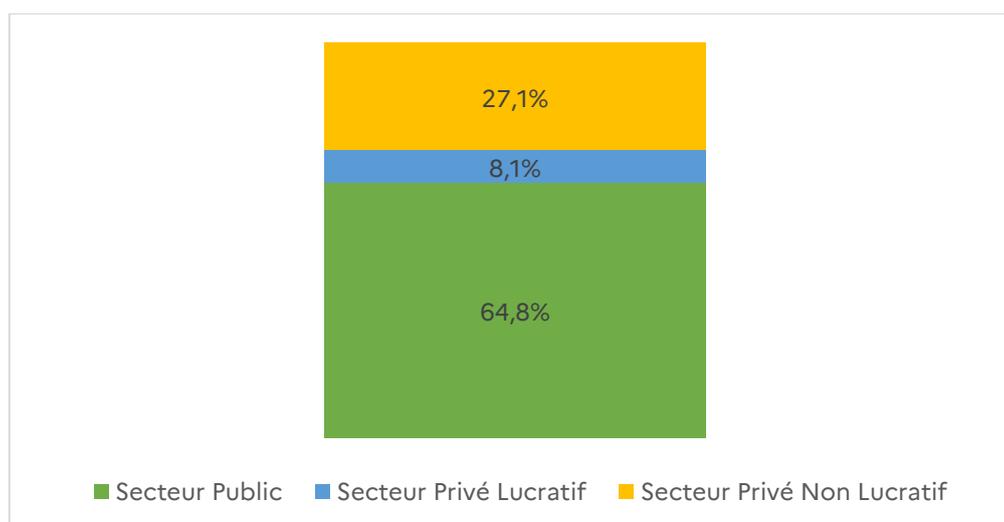
Graphique 102 : Réponses à l'enquête selon le secteur



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 449 renseignés.

Ainsi, près des deux tiers des répondants identifiés sont du secteur public, plus d'un quart relèvent du secteur privé non lucratif et moins d'un répondant sur dix appartient au secteur privé lucratif (graphique 5).

Graphique 5 : Poids des secteurs dans les réponses à l'enquête – en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants et 1 449 renseignés.

Comme on l'analyse *infra*, **cette représentation en secteurs est souvent éclairante et sans doute plus que la représentation selon le type d'entités répondantes**. En effet, la forte mobilisation du secteur public pour répondre à l'enquête a *de facto* conduit des structures autres que des EHPAD à répondre. Mais cet effet de composition n'a que peu d'effet en ce que les réponses diffèrent peu selon cette catégorie. **L'enquête est le reflet de réponses de structures d'hébergement de personnes âgées dépendantes et, très majoritairement, d'EHPAD** (tableau 1).

Tableau 1 : Structures répondantes - par type et par secteur – en %

	EHPAD	USLD	Autres
Public	85%	4%	11%
Privé non lucratif	96%	1%	3%
Privé lucratif	93%	1%	6%

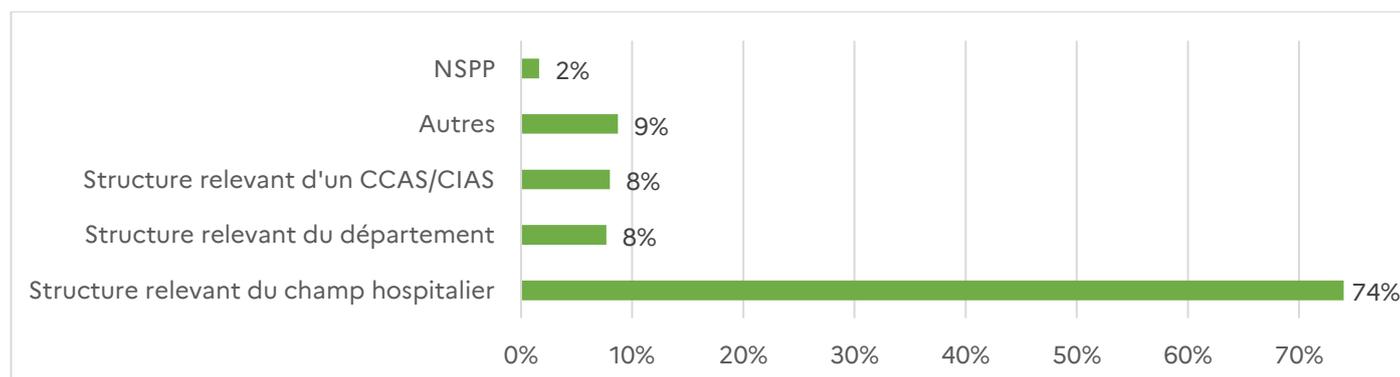
Source : Enquête, traitement et travaux mission.

1.2.4. Les profils des répondants sont variables selon leur secteur d'appartenance

1.2.4.1. Des entités publiques répondantes relevant du champ hospitalier

Près des trois quarts des répondants du secteur public sont des structures relevant du secteur hospitalier (rattachement à un centre hospitalier ou établissement autonome), les structures territoriales relevant du département ou des communes (CCAS et CIAS) occupent une place bien plus réduite (17%, graphique 6).

Graphique 6 : Profil des entités du secteur public ayant répondu à l'enquête – en %

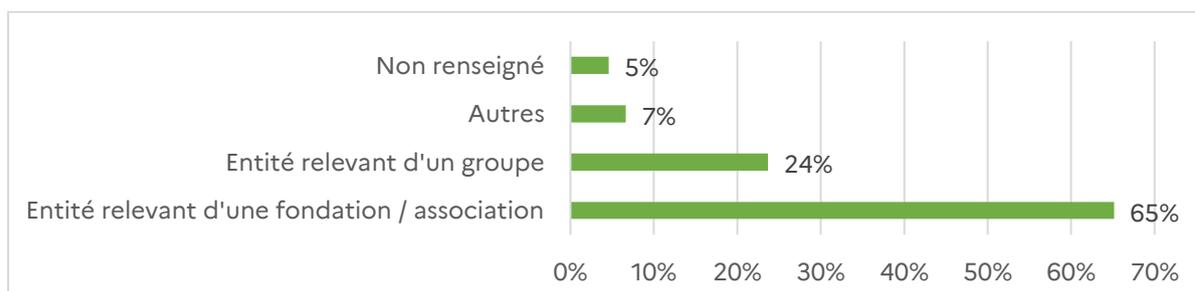


Source : Enquête, traitement et travaux mission.

1.2.4.2. Des entités du secteur privé lucratif qui sont largement autonomes et isolées

Dans le champ du secteur privé non lucratif, les entités répondantes sont largement autonomes, seul **un petit quart d'entre elles relève de groupes organisés**, reflétant en cela la diversité du secteur que l'on retrouve en population générale (voir annexe 4 et graphique 7).

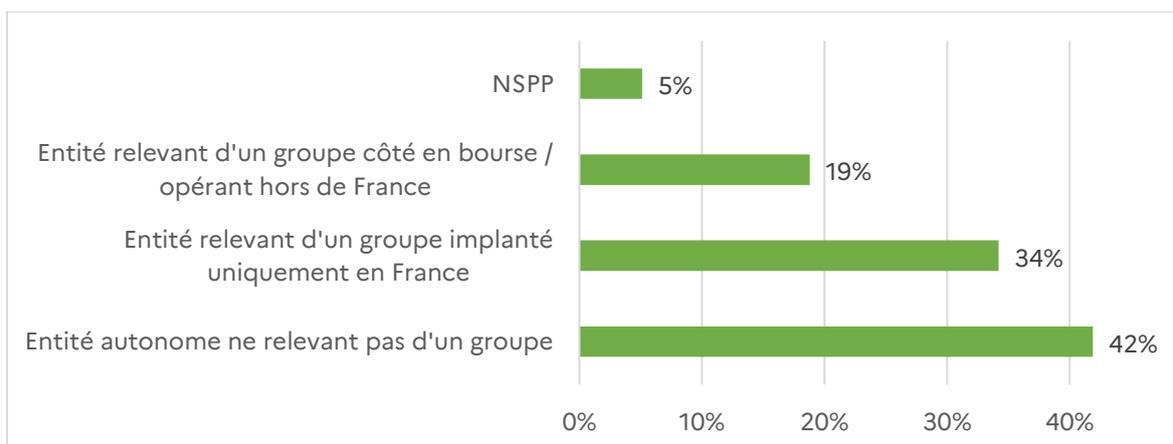
Graphique 7 : Profil des entités du secteur privé non lucratif ayant répondu à l'enquête – en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission.

1.2.4.3. Des entités du privé lucratif répondantes qui sont dans les mêmes proportions autonomes ou relevant d'un groupe

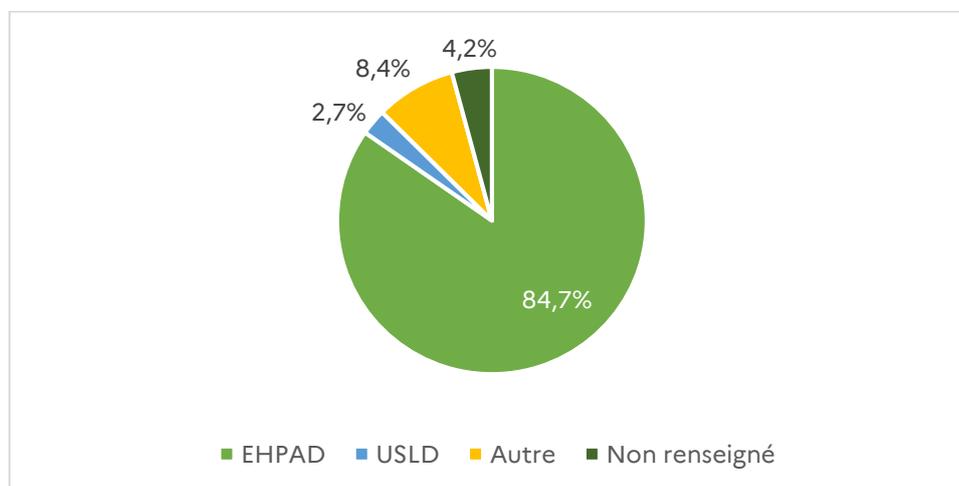
En revanche, pour **les répondants du secteur privé lucratif**, la composition est moins tranchée puisqu'ils **se répartissent de manière comparable entre entités autonomes (42%) et entités relevant de groupes structurés (53%)** qu'ils soient exclusivement français ou seulement intervenant en France (graphique 8).

Graphique 8 : Profil des entités du secteur privé lucratif ayant répondu à l'enquête – en %

Source : Enquête, traitement et travaux mission.

1.2.5. Plus de huit répondants sur dix sont des EHPAD

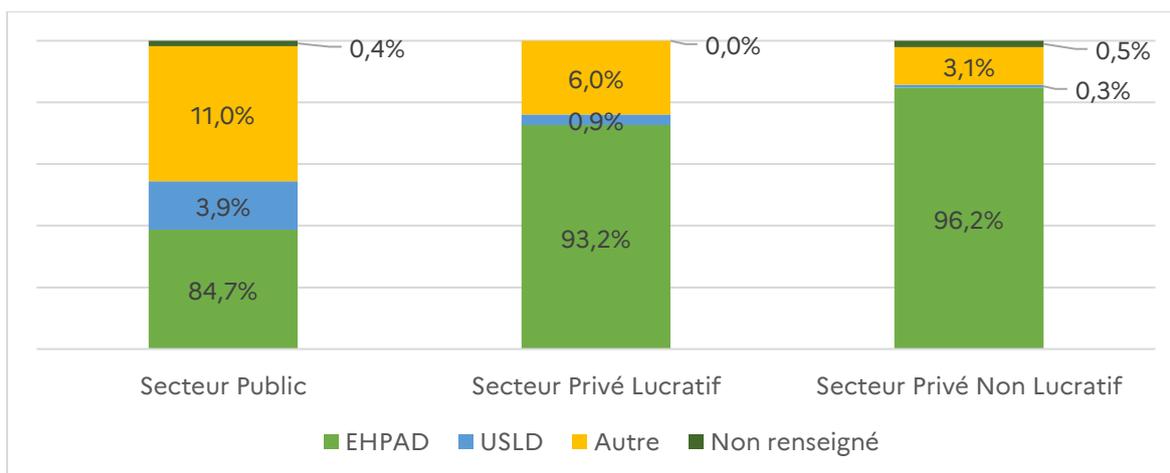
Sans surprise, s'agissant d'une enquête centrée sur les modes d'hébergement en structures spécialisées dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes, le poids des EHPAD dans les répondants est totalement déterminant (graphique 9). Les unités de soins de longue durée (USLD) ne représentent qu'une part tout à fait résiduelle des répondants.

Graphique 9 : Types de structures répondants à l'enquête – en %

Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 466 renseignés.

Si le poids des EHPAD est constaté dans tous les secteurs, il est encore plus prononcé dans les secteurs privés lucratif et non lucratif. Par ailleurs, les USLD sont largement à statut public (graphique 10).

Graphique 10 : Types de structures répondants à l'enquête selon leur nature – en %

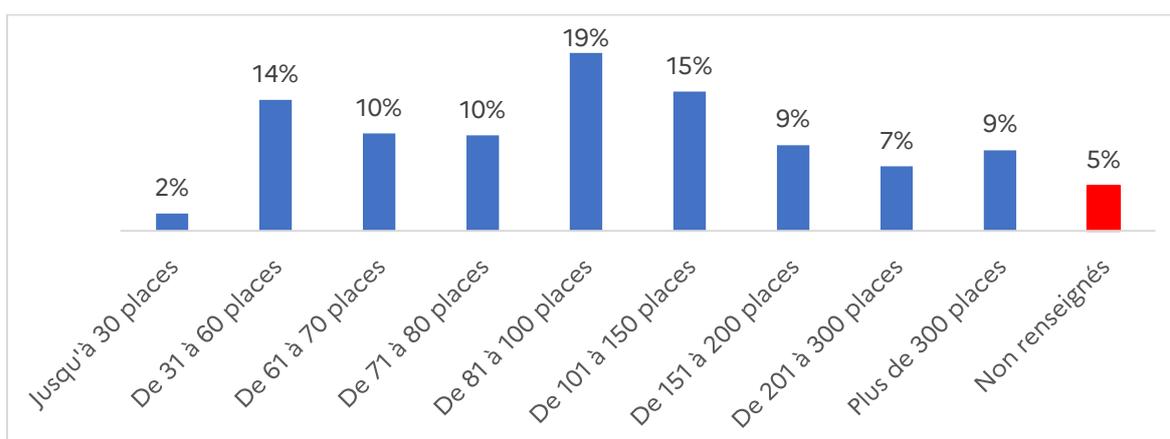


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 466 identifiés.

1.2.6. Des structures répondantes de taille variable, une majorité d'entités répondantes comptant de 80 à 300 places

Plus de la moitié des structures répondantes ont moins de 100 places (56%). Les structures comptant entre 100 et 200 places pèsent pour près d'un quart des réponses (24%). Les grosses structures de plus de 200 places ont un poids relativement plus faible (16%). Les entités ayant répondu à l'enquête mais n'ayant pas renseigné ce volet représentent un poids moindre (graphique 11). Mais l'exploitation des résultats de l'enquête conduit à constater que l'approche par secteur est bien plus structurante que l'approche selon la taille. Les résultats sont donc présentés ci-après avant tout dans une approche sectorielle quand celle-ci est pertinente.

Graphique 11 : Types de structures répondants à l'enquête selon leur taille – en %



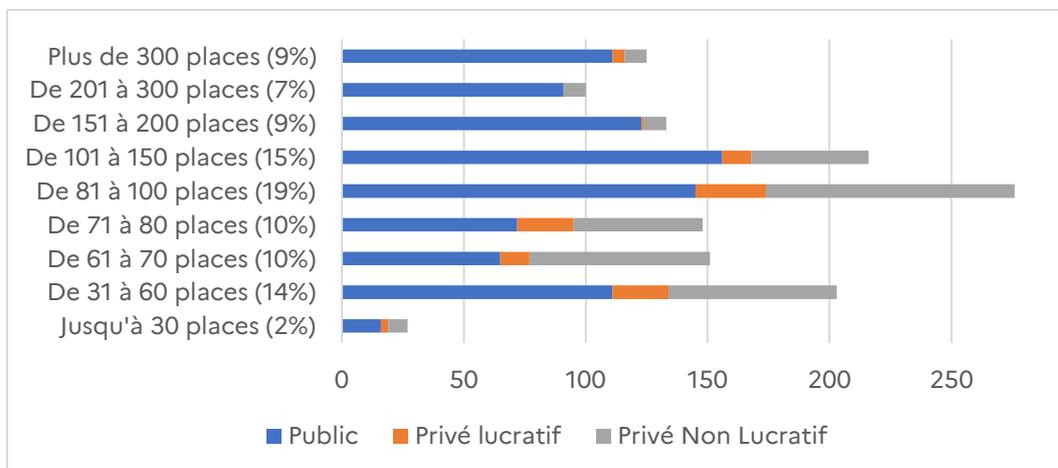
Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 393 identifiés.

Les répondants de tous les secteurs se retrouvent dans toutes les tailles de structures. Toutefois, les répondants des structures importantes, comptant plus de 100 places sont très majoritairement issus du secteur public. Par ailleurs, les

Annexe VI

répondants du secteur privé lucratif ou du secteur privé non lucratif sont plus souvent des établissements de 30 à 150 places (graphique 12).

Graphique 12 : Types de structures répondants à l'enquête selon leur taille et leur secteur – en % des répondants

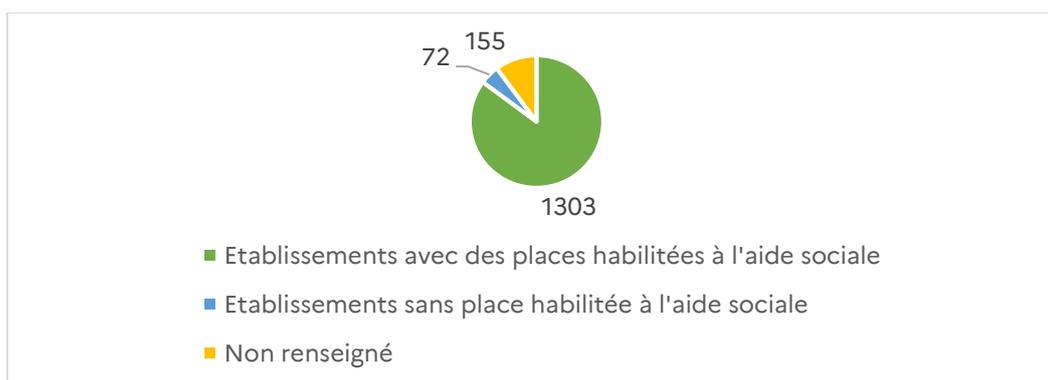


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 379 identifiés.

1.2.7. La quasi-intégralité des répondants ayant renseigné ce point (près de 95%) dispose de places habilitées à l'aide sociale

En prenant en compte l'ensemble des réponses effectuées, 89% des répondants disposent de places habilitées à l'aide sociale et **les structures indiquant explicitement ne pas en disposer sont très minoritaires** (graphique 13).

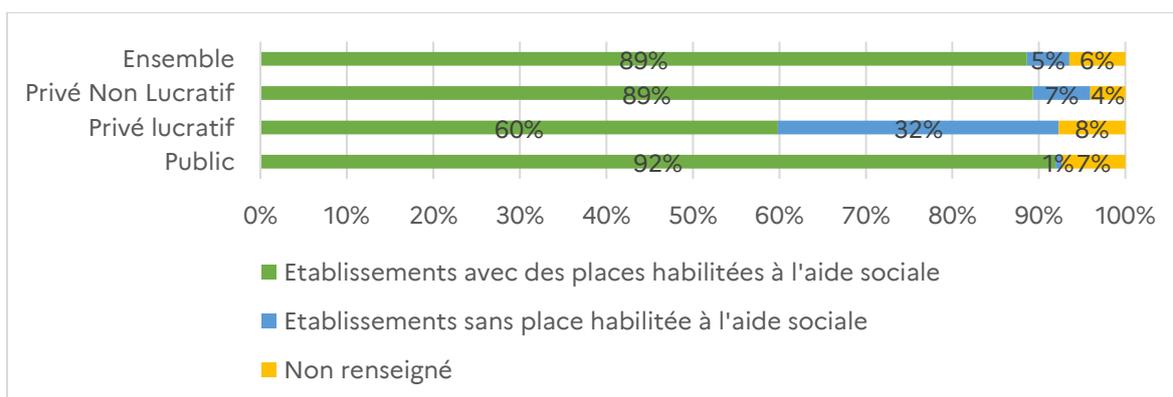
Graphique 13 : Nombre de structures répondantes à l'enquête selon qu'elles disposent ou non de places habilitées à l'aide sociale



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 375 renseignés.

Les structures proposant des places habilitées à l'aide sociale sont largement issues du secteur public et du secteur privé non lucratif dans lesquels elles représentent environ 90% des répondants. **Seuls 60% des répondants du secteur privé lucratif** proposent des places habilitées à l'aide sociale (graphique 14).

Graphique 14 : Structures répondant à l'enquête selon qu'elles disposent ou non de places habilitées à l'aide sociale – par secteur – en % pour chaque secteur



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 375 renseignés.

1.2.8. Des entités répondantes plus présentes en Nouvelle Aquitaine, en Occitanie, en Auvergne-Rhône-Alpes, en Provence-Alpes-Côte d'Azur et dans les Hauts-de-France

Si les grandes régions sont très représentées dans l'enquête, deux singularités apparaissent : l'**Ile-de-France occupe une place relativement faible** et les régions de l'**Ouest** (Bretagne et Loire-Atlantique) sont **également relativement peu présentes** parmi les répondants (graphique 15).

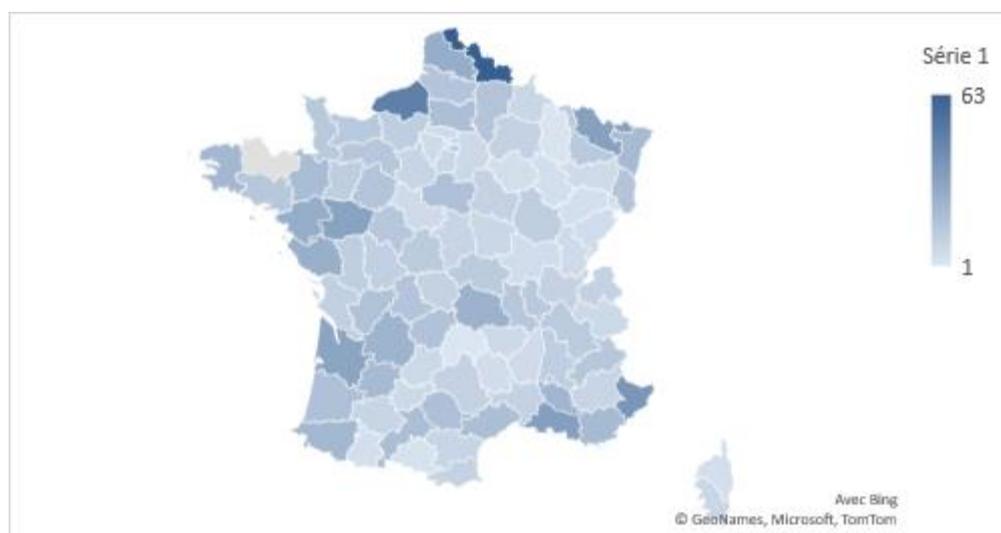
Graphique 15 : Répartition par région des répondants à l'enquête – en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 366 renseignés.

L'approche non plus par région mais **par département confirme cette analyse** en soulignant la diversité de l'implantation des répondants : un département dénombre 63 structures contribuant à l'enquête et un autre n'en dénombre qu'une (graphique 16).

Graphique 16 : Répartition par département des répondants à l'enquête



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 366 renseignés.

Ainsi, **le département du Nord a largement contribué à l'enquête** là où aucune réponse n'est venue de Guyane ou de Mayotte (tableau 2).

Tableau 2 : 10 départements connaissant le plus grand nombre de répondants et 10 départements connaissant le plus faible nombre de répondants – en nombre

10 plus faible		10 plus grand	
Guyane	0	Vendée	26
Mayotte	0	Loire-Atlantique	27
Cantal	1	Pas-de-Calais	27
La Réunion	1	Gironde	31
Meuse	2	Maine-et-Loire	32
Guadeloupe	2	Moselle	33
Martinique	2	Bouches-du-Rhône	34
Ariège	3	Alpes-Maritimes	38
Paris	3	Seine-Maritime	48
Aube	4	Nord	63

Source : Enquête, traitement et travaux mission.

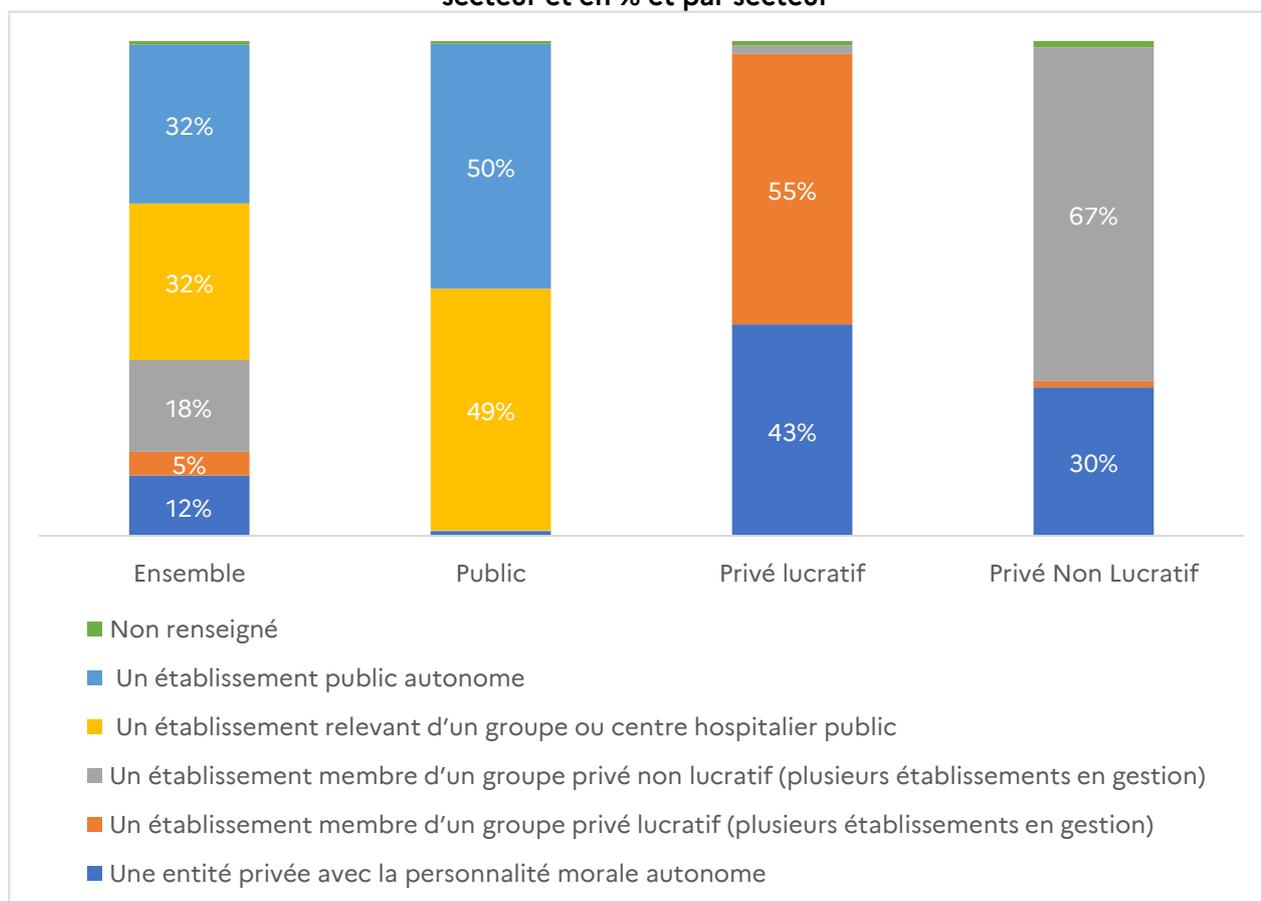
Cette première approche des répondants doit cependant être complétée par une approche plus précise de la situation de la structure et des conditions dans lesquelles elle participe au mouvement en cours de médicalisation des EHPAD.

2. Des structures souvent autonomes et peu ancrées dans des dispositifs de coopération, une médicalisation incertaine

2.1. Les répondants à l'enquête sont le plus souvent soit autonomes, soit relevant de structures de tailles *a priori* limitées

Dans le secteur public, les entités répondantes à l'enquête se répartissent de manière quasi égale entre des établissements autonomes et des établissements relevant d'un groupe ou d'un centre hospitalier. Dans le secteur privé non lucratif, les deux tiers des répondants relèvent d'un groupe. *A contrario*, seul plus d'un établissement privé lucratif répondant sur deux relève d'un groupe (graphique 17). Mais les groupes précisés par les répondants sont souvent de taille modeste ou moyenne. Les grands groupes des secteurs privé lucratif et non lucratif ont peu participé à l'enquête, ils ne représentent qu'une faible part des répondants. Finalement, cette situation est assez proche de celle constatée au niveau national (voir annexe 4). **Tous secteurs confondus, plus de la moitié des répondants sont des personnes morales autonomes, les autres relevant de groupes plus ou moins structurés et de tailles *a priori* limitées.**

Graphique 17 : Profil des entités répondant à l'enquête selon leur degré d'autonomie – par secteur et en % et par secteur

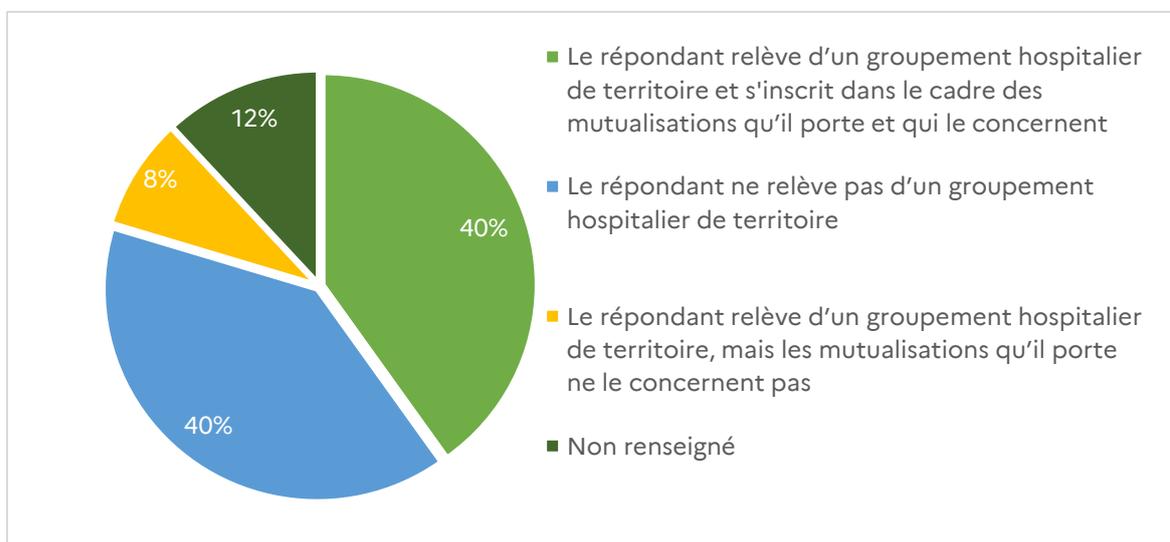


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 450 renseignés.

2.2. En ce qui concerne le secteur public, seules 40% des structures répondantes sont concernées par les coopérations organisées dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire

Au regard de la taille des entités et de leur activité (similaire ou non à celle de structures hospitalières), la question de l'intégration des structures publiques d'hébergement des personnes âgées dépendantes dans les groupements hospitaliers de territoire (GHT) est régulièrement posée. Cette voie de coopération est faible mais pas nulle : **40% des répondants du secteur public sont concernés par des coopérations mises en œuvre dans le cadre d'un GHT, 40% n'en relèvent pas** et 8% relèvent d'un groupement qui ne conduit pas de coopérations ou mutualisations les concernant (graphique 18).

Graphique 18 : Statut des répondants à l'enquête du secteur public par rapport aux coopérations hospitalières – en %

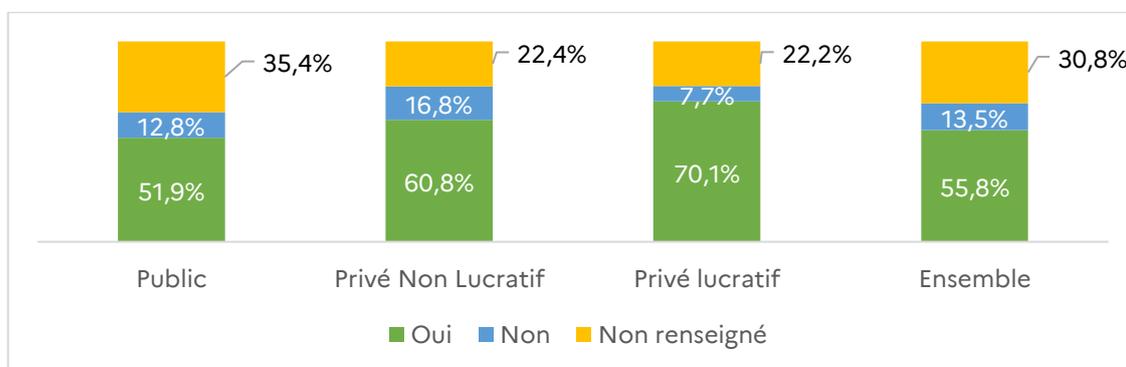


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 939 répondants dont 824 renseignés.

2.3. Des répondants qui disposent majoritairement d'un médecin coordonnateur

La démarche de médicalisation des EHPAD et autres structures d'hébergement des personnes âgées dépendantes revêt un caractère clé. **Plus d'une structure répondante sur deux dispose d'un médecin coordonnateur**, la présence de ce professionnel de santé étant plus prononcée dans le secteur privé (lucratif ou non) que dans le secteur public (graphique 19). Près d'un tiers des répondants n'ont néanmoins pas renseigné cet *item* de l'enquête. Les EHPAD doivent en effet disposer tous d'un médecin coordonnateur depuis 2005 mais de nombreux travaux ont souligné que ces structures ne comptaient fréquemment pas ce professionnel dans leurs effectifs³.

Graphique 19 : Présence d'un médecin coordonnateur dans les structures répondantes – en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 008 renseignés.

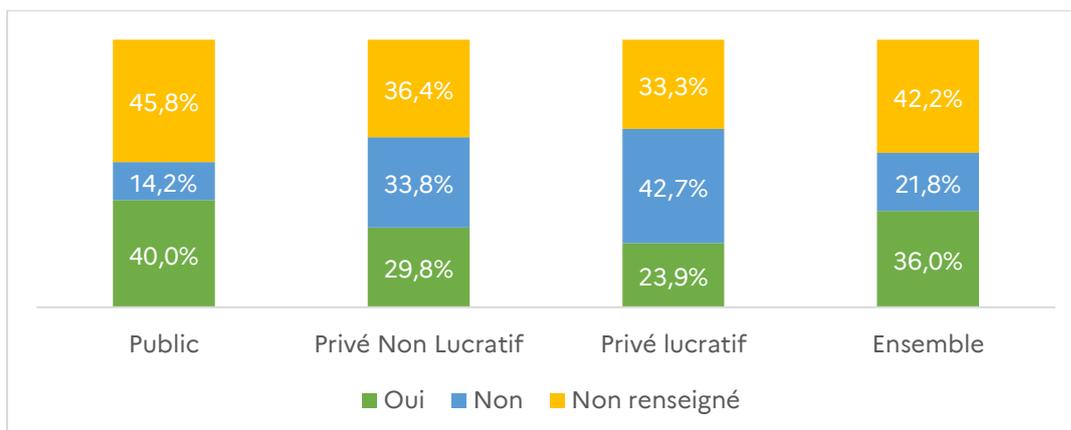
2.4. Des répondants qui ne relèvent pas majoritairement de démarches qualité ou de certification ou n'en font pas état

La démarche de qualité conduit les entités à mettre en place des démarches de certification de leur activité, de leur organisation ou de leurs prestations. Outre ce cadre volontaire, les structures ont vocation à être soumises à la procédure de certification en cours de déploiement par la Haute Autorité de Santé (HAS)⁴. **Plus d'un tiers des répondants indiquent relever d'une procédure de certification**, volontaire ou obligatoire. Cette proportion est portée par la forte certification des entités relevant du secteur public, notamment du fait que les EHPAD intégrés dans des centres hospitaliers ou établissements de santé relèvent de la procédure obligatoire de certification les concernant depuis plus de 20 ans (graphique 20).

³ Voir, par exemple, C. Fiat et M. Iborra, *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales, Assemblée nationale, mars 2018.

⁴ Voir B. Bonne et M. Meunier, *Le contrôle des EHPAD*, Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales, Sénat, juillet 2022.

Graphique 20 : Procédure de certification applicable à la structure répondante – par secteur et en %



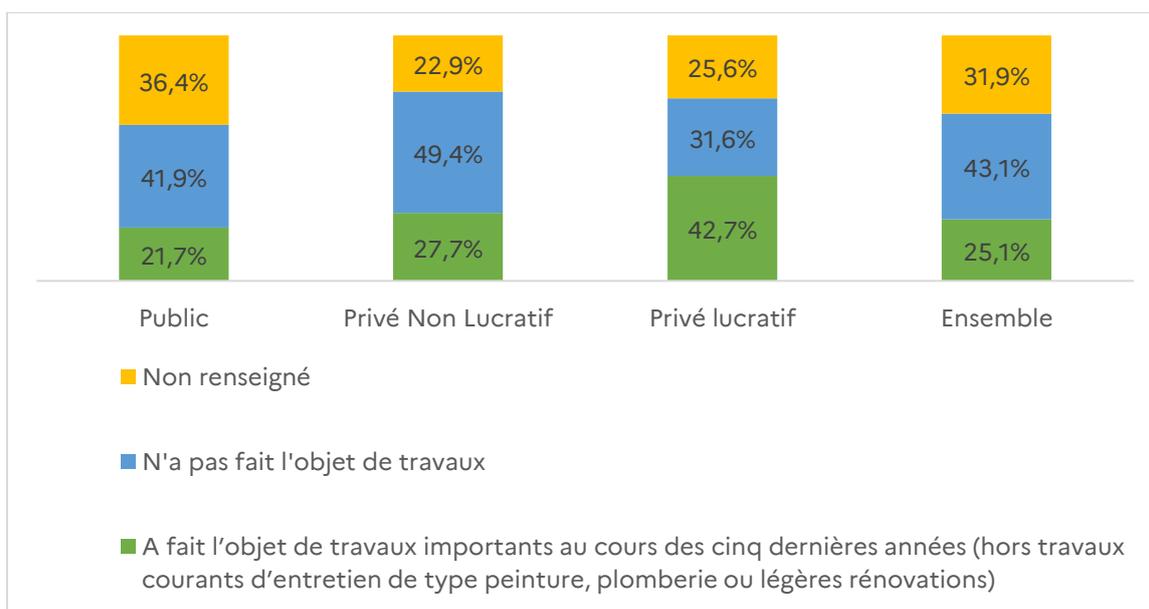
Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1530 répondants dont 840 renseignés

2.5. Près de deux tiers des répondants⁵ - surtout dans le secteur public - indiquent n'avoir pu conduire des travaux au cours des dernières années, les difficultés rencontrées pour des travaux étant financières au premier chef, ces travaux entraînant une hausse des tarifs dans la majorité des cas

La question immobilière est clé dans la composition des coûts et tarifs des structures d'hébergement des personnes âgées dépendantes. La mission a souhaité s'y intéresser, au regard des jugements récurrents de forte vétusté des infrastructures dans le secteur public et dans le secteur privé non lucratif. Les réponses obtenues dans le cadre de l'enquête soulignent que **les travaux lourds au cours des dernières années ont avant tout été conduits dans les structures du privé lucratif, puis du privé non lucratif. Le secteur public est le moins bien entretenu** en ce que seule un peu plus d'une structure sur cinq a fait l'objet de travaux importants de manière certaine (graphique 21).

⁵ Ici les réponses effectives et exprimées.

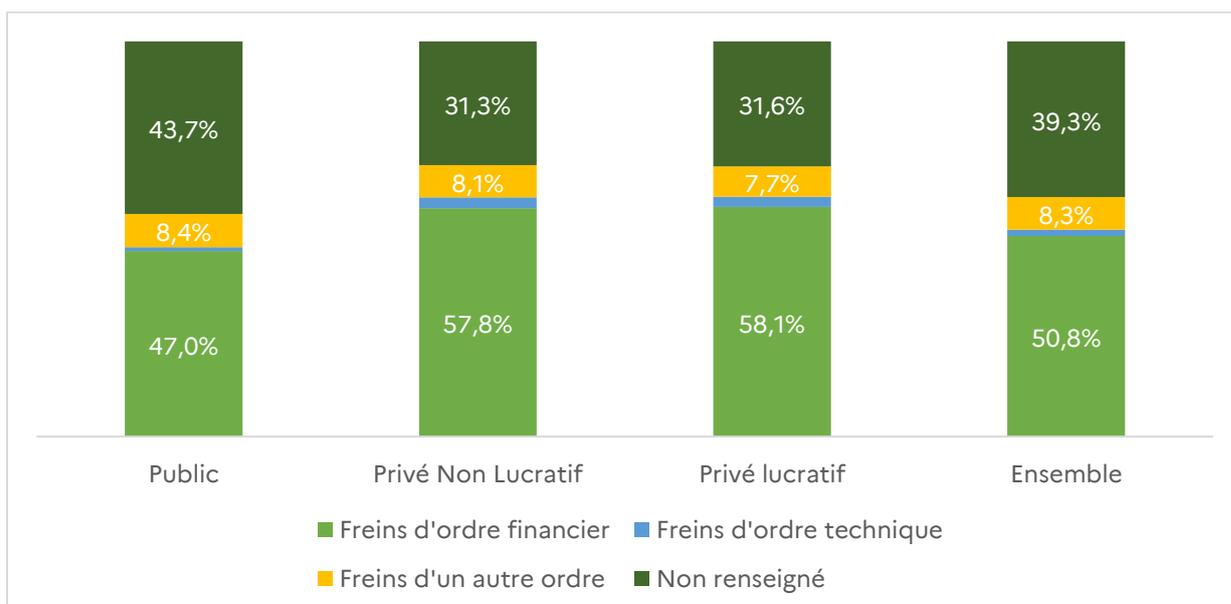
Graphique 21 : Travaux importants conduits dans la structure répondante au cours des cinq dernières années – par secteur et en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 992 renseignés.

Sans surprise, **le premier des freins évoqués par les structures pour mener des travaux importants est d'ordre financier - il est rencontré par plus d'une structure répondante sur deux-**, les autres freins occupant des importances moindres. Toutefois, ce frein financier est moins présent dans le secteur public que dans les autres secteurs (graphique 22). Deux répondants sur cinq ne répondent cependant pas à cette question.

Graphique 22 : Types de freins rencontrés pour conduire des travaux – par secteur et en %

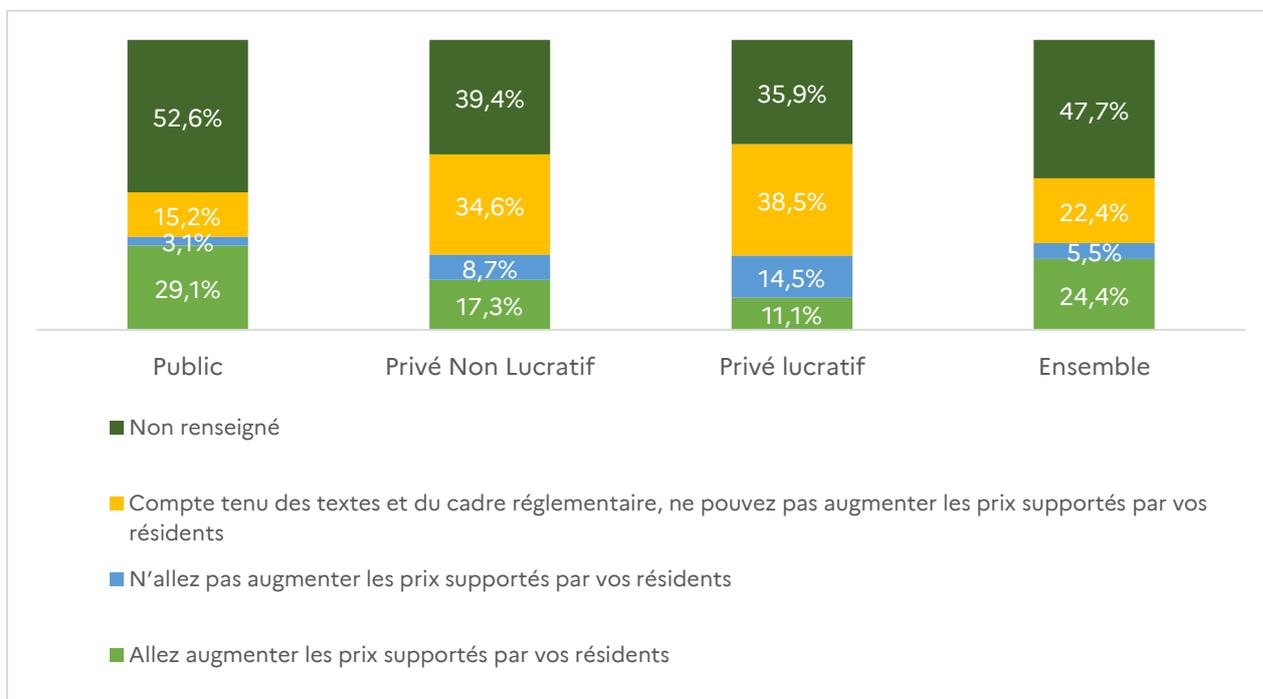


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 884 renseignés.

Près de deux répondants sur cinq ne répondent pas sur la question de l'impact éventuel de travaux sur les tarifs. **Plus d'un répondant sur cinq indique que ces**

travaux ont un impact sur les tarifs et la même proportion indique ne pas être en mesure de répercuter le coût des travaux sur les tarifs, aspect qui semble relativement surprenant en ce qu'il est plus souvent évoqué par les entités disposant de tarifs globalement libres que dans les autres (graphique 23).

Graphique 23 : Impact des travaux sur les tarifs– par secteur et en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 763 renseignés.

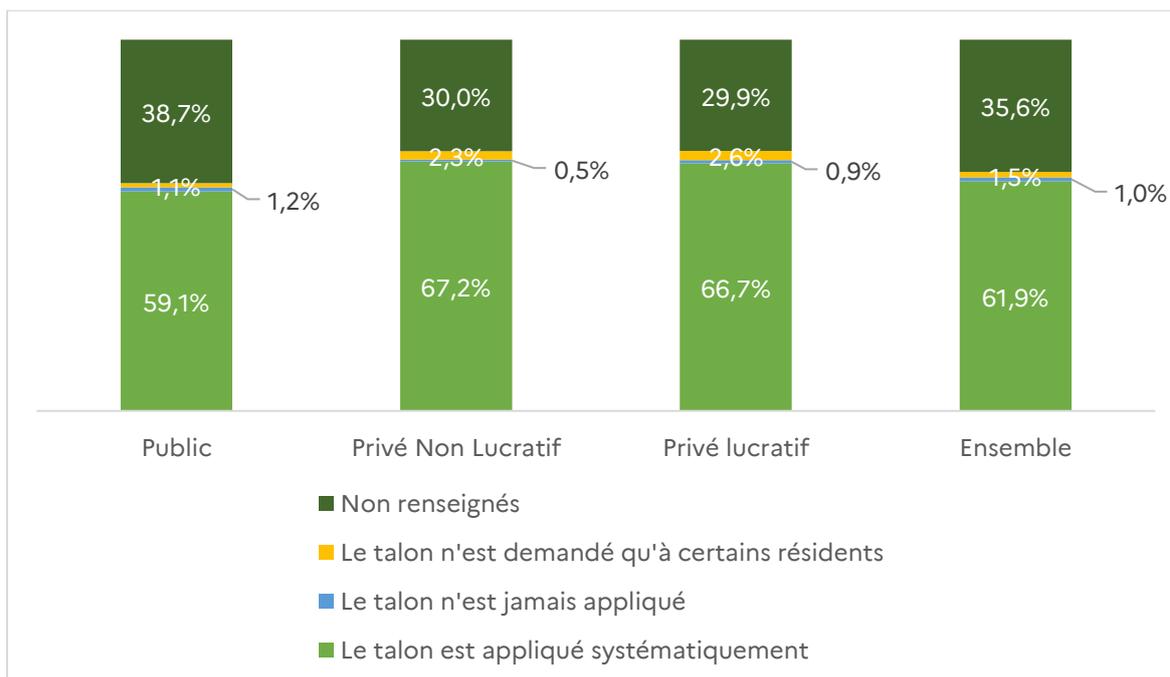
3. Un système illisible pour une grande partie des résidents et de leurs familles, un coût du séjour délicat à apprécier et une prise en charge publique mal comprise par les résidents et leurs familles

3.1. Un coût du séjour globalement peu compris par les résidents et complexe à présenter par les établissements

3.1.1. Le talon dépendance est appliqué dans la quasi-intégralité des structures répondantes

Les cas de non-application du talon ou de demande d'acquiescement du talon uniquement à certains résidents sont des plus résiduels. **Quel que soit le secteur, les résidents doivent a minima acquiescer ce talon au titre du financement de la section « dépendance »** (graphique 24).

Graphique 24 : Application du talon au titre de la section dépendance auprès des résidents par l'entité répondante – par secteur et en %

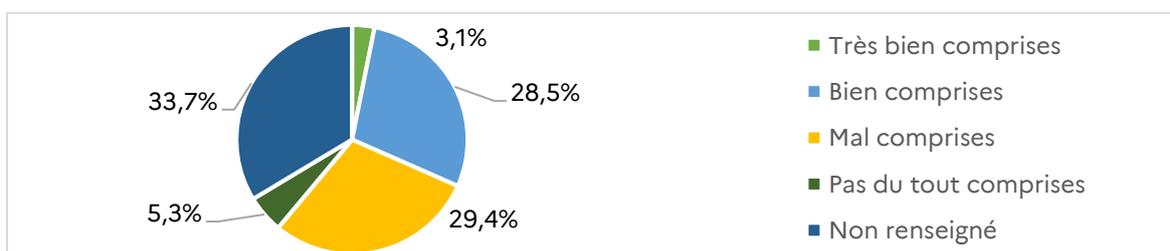


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 449 renseignés

3.1.2. Pour plus d'un répondant sur deux, les composantes du coût du séjour sont mal ou pas du tout comprises par les résidents et leurs familles

Parmi les structures ayant répondu, **52,3%**⁶ estiment que les composantes du coût du séjour (soins, dépendance et hébergement / part prise en charge et part restant à charge) sont mal ou pas du tout comprises par les résidents et leurs familles (graphique 25).

Graphique 25 : Analyse de la compréhension des composantes du coût du séjour dans la structure répondante – en %



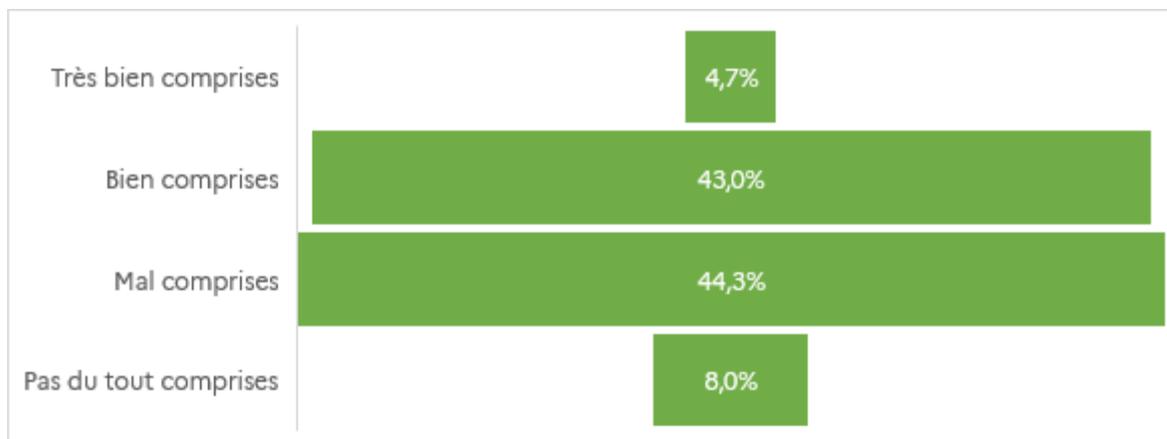
Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 015 renseignés.

De fait, pour les répondants ayant exprimé une opinion, **des proportions équivalentes estiment que ces composantes sont bien comprises ou mal comprises** (graphique 26). Au regard de ces réponses, **un effort tout particulier semble devoir être mené pour assurer la bonne compréhension des implications d'un**

⁶ Ici les réponses effectives et exprimées.

hébergement au sein d'une structure de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

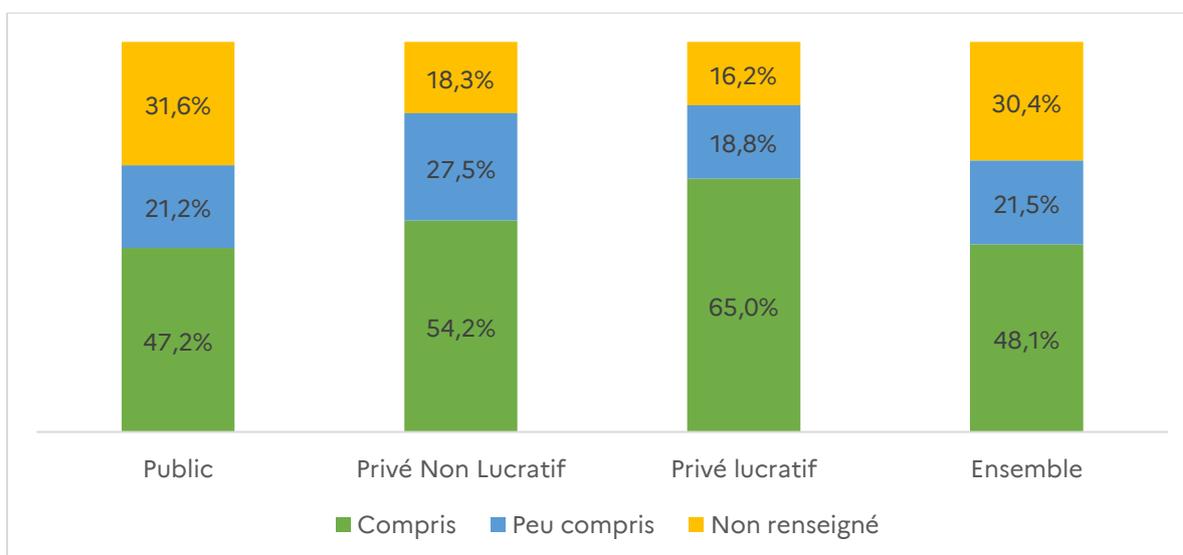
Graphique 26 : Analyse de la compréhension des composantes du coût du séjour dans la structure répondante – en % du nombre de réponses exprimées



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 015 renseignés.

La compréhension du coût est plus forte dans le secteur privé lucratif que dans le secteur privé non lucratif et, surtout, que dans le secteur public (graphique 27). *De facto, les structures publiques* -dénombrant potentiellement les résidents les plus fragiles et les moins fortunées, qui sont donc susceptibles de faire appel à des soutiens publics variés et dans des conditions complexes- **sont celles dans lesquelles les résidents appréhendent le moins bien l'impact et les conditions financières de leur séjour.**

Graphique 27 : Analyse de la compréhension des composantes du coût du séjour dans la structure répondante – par secteur et en %

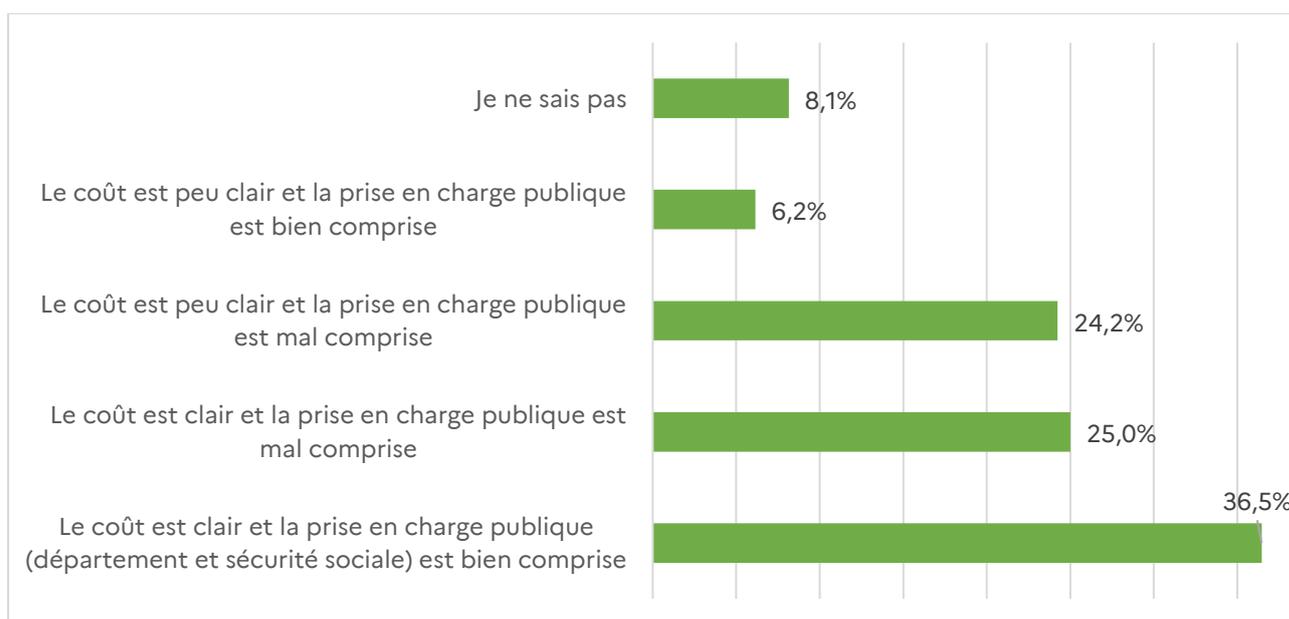


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 015 renseignés.

3.1.3. Une prise en charge publique globalement peu lisible et difficile à rapprocher du coût supporté par les résidents

Pour près d'un répondant sur deux, la prise en charge publique est mal comprise (graphique 28). Plus d'un tiers des répondants considèrent cependant que le coût du séjour tout comme la prise en charge publique sont clairs et bien compris des résidents et de leurs familles. **La compréhension de la logique d'ensemble est néanmoins notoirement moindre parmi les résidents et leurs familles.**

Graphique 28 : Appréciation de la compréhension des résidents du lien entre le coût du séjour et la prise en charge publique par la structure répondante – par secteur et en %



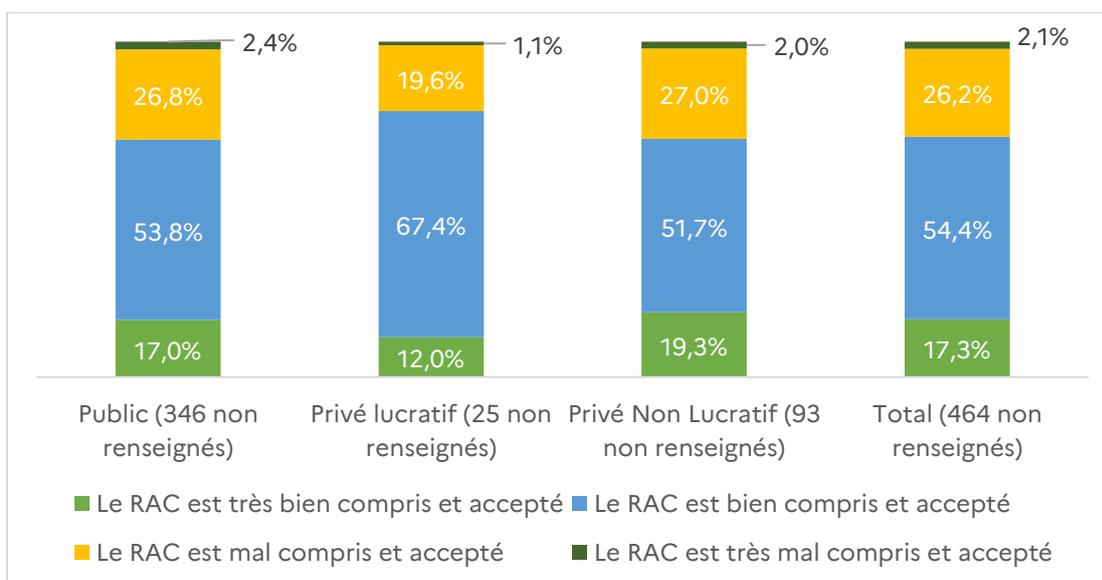
Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 056 renseignés

3.2. Logiquement, le reste à charge issu de ce coût du séjour et de la prise en charge publique est une source majeure d'incompréhension et de rejet pour la majorité des résidents et de leurs familles

3.2.1. Moins d'un répondant sur deux considère que le reste à charge est compris et accepté par les résidents et leurs familles

L'approche par secteur révèle cependant des particularités assez marquantes. Le taux d'entité ne se prononçant pas n'est pas négligeable et indiqué par secteur dans le graphe. Cependant, c'est **dans le secteur privé non lucratif et dans le secteur public que le reste à charge (RAC) est le moins bien compris et accepté** (somme des « mal » et « très mal » compris et accepté), devant le secteur privé lucratif. **A contrario, la part considérant que le RAC est « très bien » compris et accepté est la plus élevée dans le secteur privé non lucratif**, devant le secteur public et, enfin, le secteur privé lucratif (graphique 29).

Graphique 29 : Compréhension du reste à charge par les résidents selon l'entité répondante – par secteur et en %

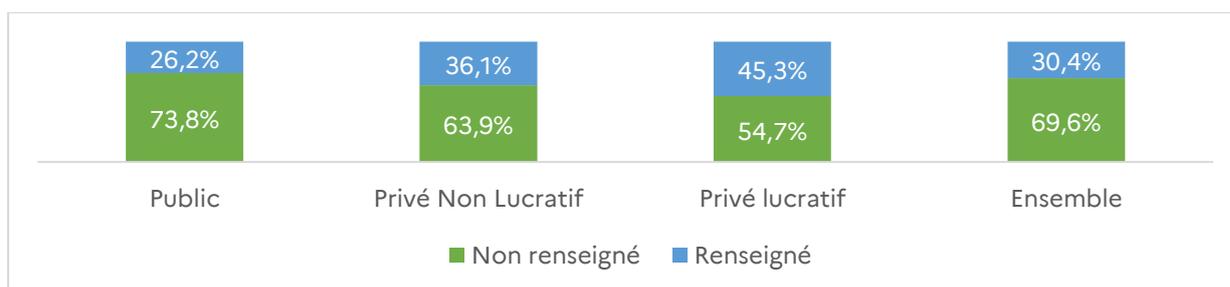


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants à l'enquête, 1 449 répondants à cette question dont 464 non renseignés.

3.2.2. Le rapport entre le reste à charge et les revenus courants de la moyenne des résidents est plus connu par les acteurs du secteur privé lucratif pour lesquels le RAC correspond le plus souvent à entre 1 et 2 fois les revenus courants

La mission a souhaité ensuite **interroger les répondants sur le rapport entre, d'une part, les revenus courants des résidents et, d'autre part, leur reste à charge**. Cette question est particulièrement ardue et difficile, elle est donc une de celle que les enquêtés ont le moins renseignée. Tous secteurs confondus, **moins d'un tiers des répondants a été en mesure de renseigner ce volet de l'enquête**. La proportion des réponses effectives est plus importante dans le secteur privé lucratif et dans le secteur privé non lucratif que dans le secteur public. Il est ainsi possible de faire un lien entre le type de structure et **le niveau de maîtrise et de connaissance des revenus des résidents qui serait ainsi plus prononcé dans le secteur privé avec des tarifs pour partie libres que dans le secteur public aux tarifs quasi intégralement encadrés** (graphique 30).

Graphique 30 : Réponse à la question concernant le rapprochement du coût du séjour dans la structure et les revenus courants du résident – par secteur et en %

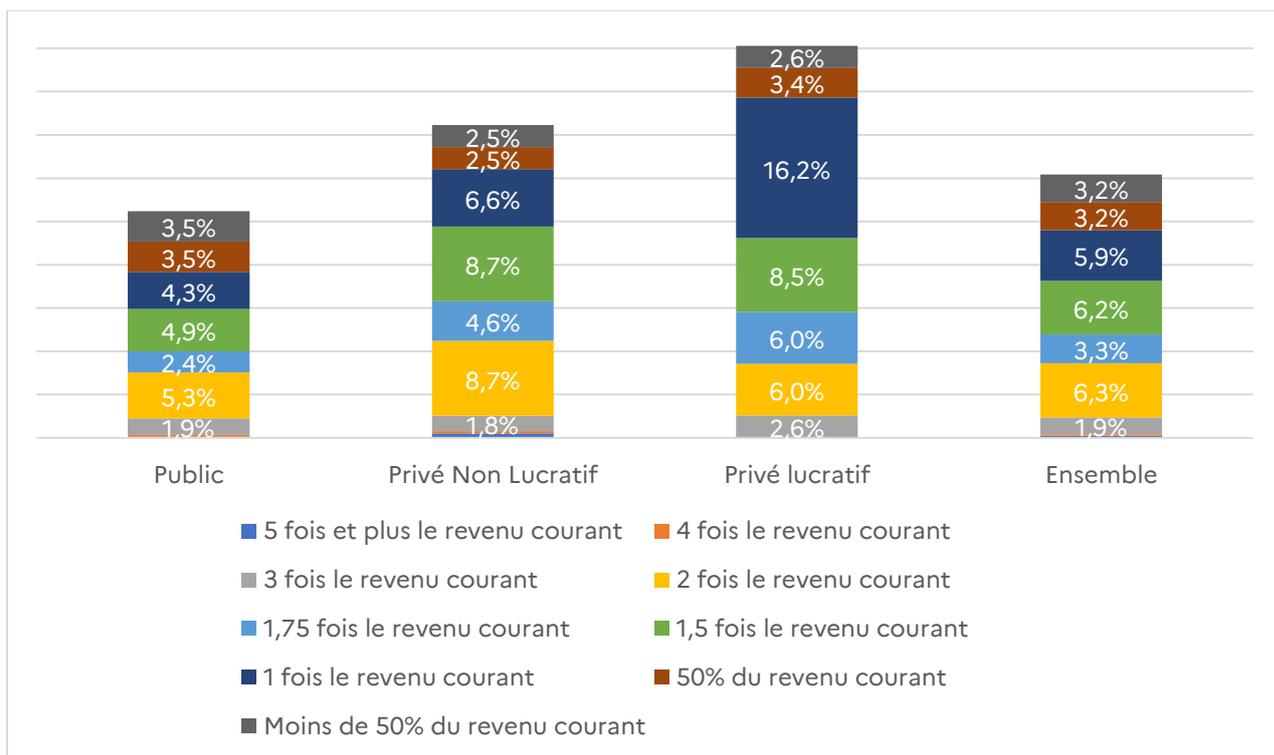


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 446 renseignés.

Ainsi, si l'on ne s'intéresse qu'aux réponses exprimées et que l'on continue à les apprécier par rapport à l'ensemble des réponses (y compris les non-réponses, donc), on conserve cette meilleure connaissance du rapport RAC / revenus courants des résidents par le secteur du privé lucratif, par rapport au privé non lucratif. **Pour les répondants du secteur public et du secteur privé non lucratif, les résidents des structures présentent en moyenne un rapport RAC / revenus courants qui varie dans des proportions équivalentes pour les différentes catégories : moins de 0.5 ; 0.5 ; 1 ; 1.5 ; 1.75 ; 2 et 3.** Les restes à charge représentant 4 fois ou 5 fois et plus les revenus courants des résidents sont tout à fait résiduels. **Dans le secteur privé lucratif, on constate des proportions plus fortes de résidents présentant en moyenne un rapport RAC / revenus courants compris entre 2 et 1.** A la forte différenciation des situations des résidents dans les secteurs public et privé non lucratif renvoie **une plus forte homogénéité des situations des résidents du secteur privé lucratif** (graphique 31).

Si l'on rapproche ces éléments de la diversité et de la complexité des dispositifs publics soutenant plus souvent les résidents dans les secteurs public et privé non lucratif, le constat s'impose d'une plus forte maîtrise de la situation globale des résidents du secteur privé lucratif (avant et après prise en charge publique) par rapport à ceux du secteur public ou du secteur privé non lucratif. **Les plus fortunés sont ceux réputés le mieux comprendre et maîtriser leur situation, tout comme les structures qui les hébergent.**

Graphique 31 : Appréciation du rapprochement du coût du séjour dans la structure et les revenus courants du résident – par secteur et en %

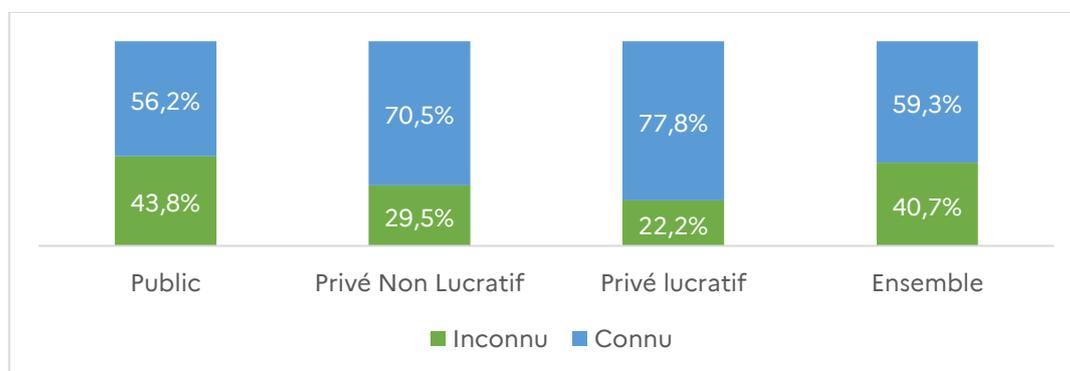


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 446 renseignés.

3.2.3. Une moindre connaissance du mode de financement des séjours dans le secteur public

Dans le secteur public, plus de deux répondants sur cinq ne connaissent pas les modes de financement du séjour. Ce rapport tombe à un sur cinq dans le secteur privé lucratif (graphique 32).

Graphique 32 : Connaissance du mode de financement du coût du séjour du résident par les entités répondantes – par secteur et en %

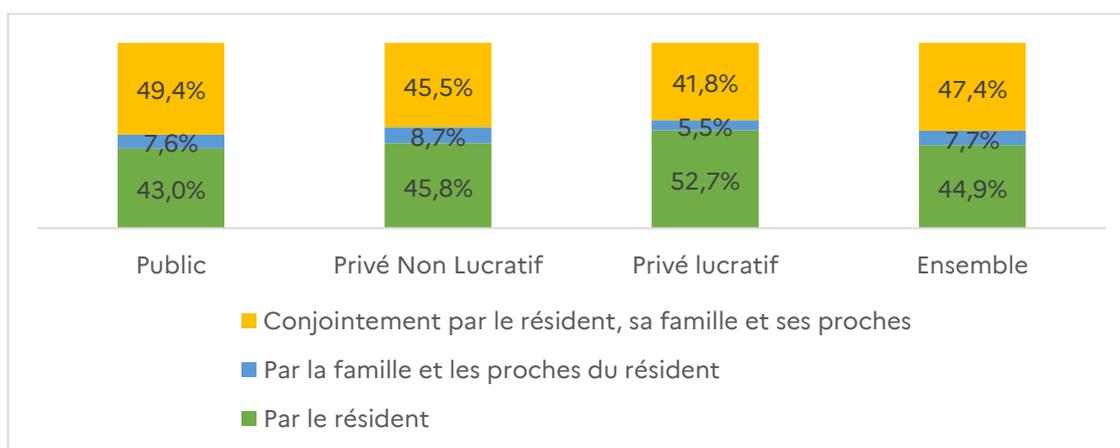


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 908 renseignés.

3.2.4. Des séjours financés au premier chef conjointement par le résident et sa famille dans le secteur public, par le résident seul dans le secteur privé lucratif et par les deux dans le secteur privé non lucratif

Les modes de financement principaux sont différents selon le secteur considéré. Le premier mode de financement des séjours dans le secteur public est celui d'un financement conjoint par le résident et sa famille. Dans le secteur privé lucratif, c'est le résident seul qui le plus souvent supporte le coût du séjour. Dans le secteur privé non lucratif, ces deux cas de figure sont trouvés de manière équivalente. (graphique 33).

Graphique 33 : Appréciation du mode de financement du coût du séjour du résident par les entités répondantes – par secteur et en %

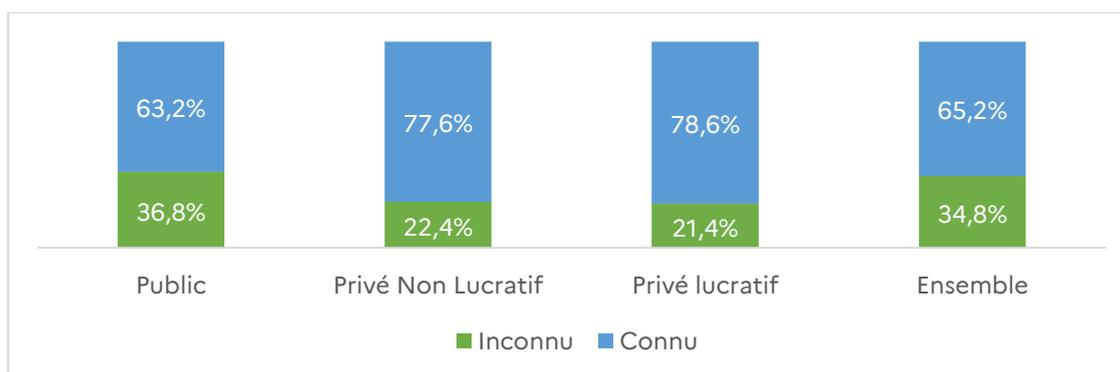


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 908 renseignés.

3.2.5. Le reste à charge dissuade deux tiers des séjours de résidents potentiels dans le secteur privé lucratif et un résident potentiel sur cinq dans le secteur public

En ce qui concerne l'impact du reste à charge sur d'éventuelles impossibilités de séjourner dans une structure d'hébergement, là encore, la connaissance de ces situations est relativement moins forte dans le secteur public que dans les autres secteurs (graphique 34).

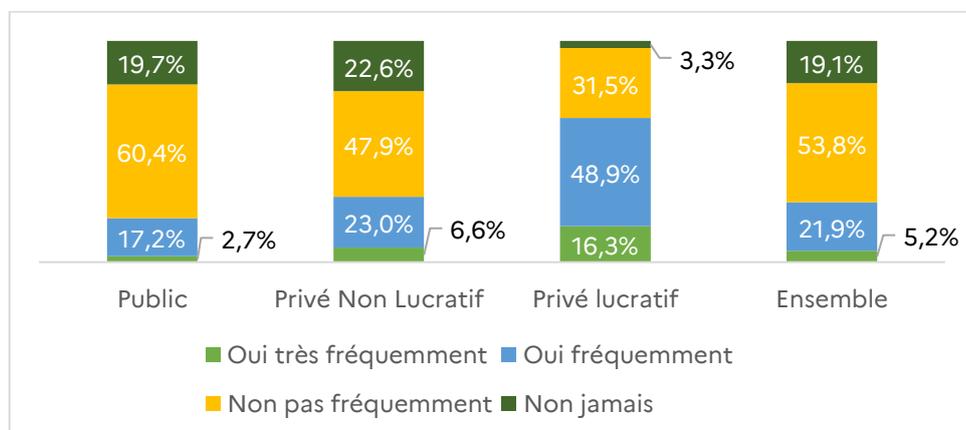
Graphique 34 : Connaissance des cas de refus de séjour dans la structure répondante du fait du reste à charge – par secteur et en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 997 renseignés.

Sans surprise, les cas d'impossibilité de séjourner dans une structure du fait du reste à charge se trouvent bien plus présents dans le champ du secteur privé lucratif (près des deux tiers des résidents potentiels) et, dans une proportion moindre, dans le secteur privé non lucratif (un tiers des résidents potentiels). Si ce cas de figure est rare dans le secteur public, il concernerait quand même un potentiel résident sur cinq (graphique 35).

Graphique 35 : Appréciation du refus de séjour dans la structure répondante du fait du reste à charge – par secteur et en %



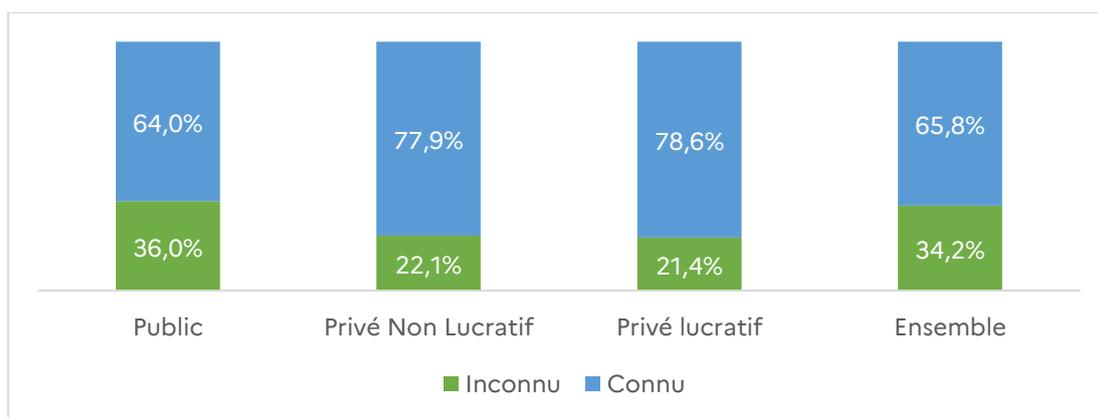
Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 997 renseignés.

3.2.6. Le reste à charge peut susciter des départs de la structure d'hébergement, surtout dans le secteur privé lucratif (16% des établissements répondants)

En ce qui concerne la connaissance des départs de structures d'hébergement du fait du reste à charge, là encore, cette situation est plus connue des structures du secteur privé lucratif, devant celles du secteur privé non lucratif et devant celles du secteur public (graphique 36).

Annexe VI

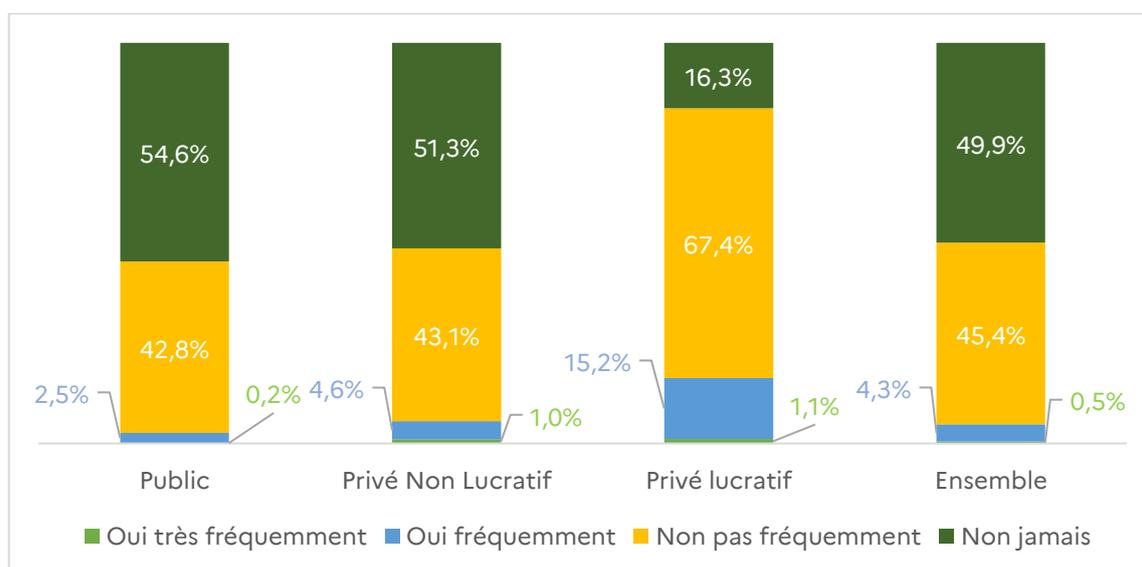
Graphique 36 : Connaissance des cas de départ de la structure répondante du fait du reste à charge – par secteur et en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 007 renseignés.

Les cas de départ pour des causes d'incapacité à faire face au coût du séjour se trouvent avant tout dans le secteur privé lucratif : plus de 16% des établissements déclarent y être confrontés ; seuls 6% des structures du secteur privé lucratif et 3% des structures du secteur public déclarent se trouver dans cette situation. Sans surprise, le fait de relever d'un secteur est directement le reflet des ressources des résidents desdites structures (graphique 37).

Graphique 37 : Appréciation des départs de la structure répondante du fait du reste à charge – par secteur et en %

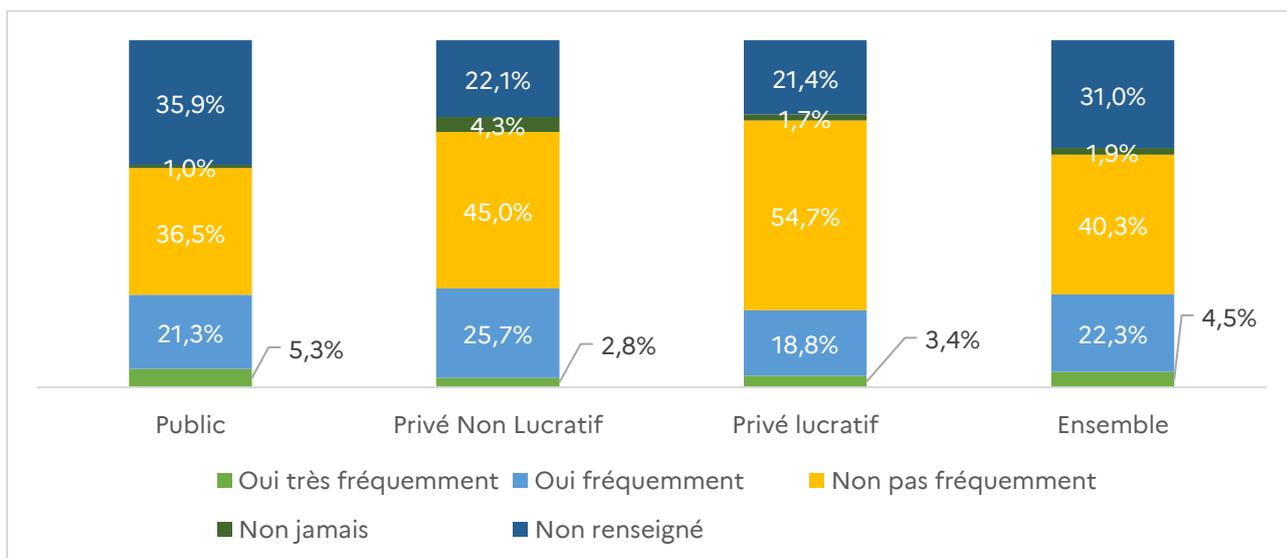


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 007 renseignés.

3.2.7. Les difficultés de paiement existent avant tout dans les structures du secteur public ou du secteur privé non lucratif, elles ne concernent au plus que 50% des résidents, elles conduisent à un contentieux et/ou à un paiement de la dette par les proches du résident

Les structures du secteur privé non lucratif déclarent être celles le plus souvent confrontées à des difficultés de paiement de leurs résidents, devant celles du secteur public. Si ces difficultés existent aussi dans le secteur privé lucratif, elles sont moins fréquentes (graphique 38).

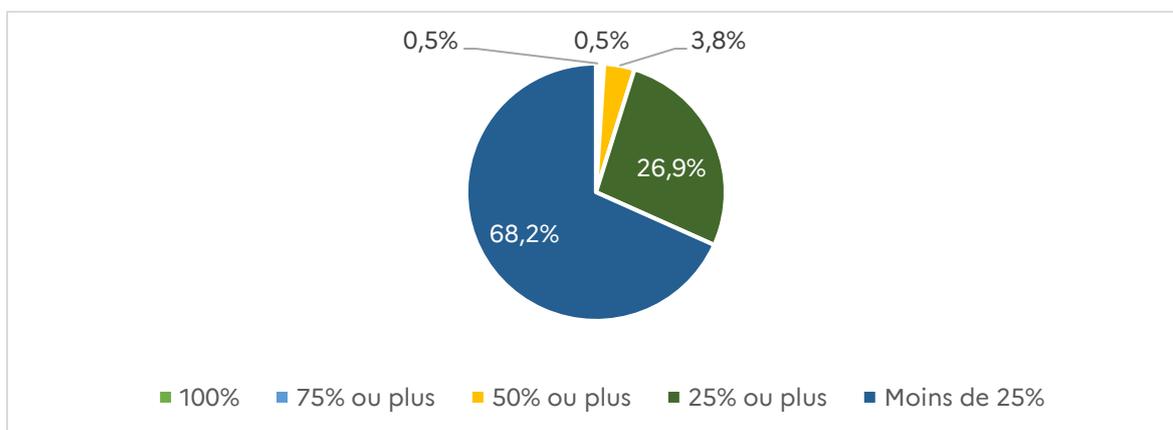
Graphique 38 : Appréciation des difficultés de paiement rencontrées auprès des résidents au cours des 5 dernières années par la structure répondante – par secteur et en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1005 renseignés

Dans les structures concernées par ces difficultés de paiement, la population concernée est le plus souvent de 50% des résidents ou moins, **plus de deux tiers des structures ne rencontrent de difficultés qu'avec moins de 25% de leurs résidents** (graphique 39).

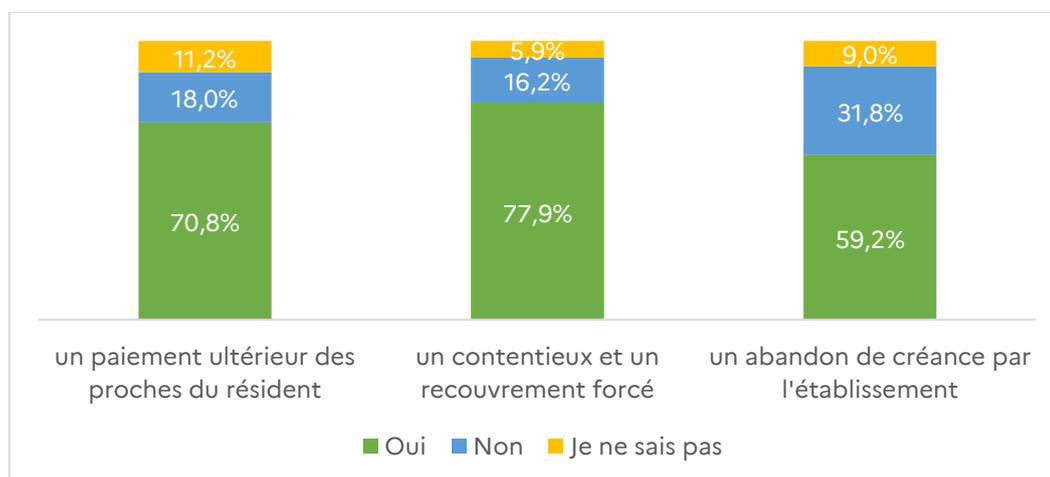
Graphique 39 : Part des résidents rencontrant des difficultés de paiement pour les structures confrontées à ces difficultés – en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 390 répondants

Ces difficultés conduisent le plus souvent à engager des contentieux ou à solliciter le paiement de la dette par les proches du résident. Les cas d'abandons de créance sont moindres mais concernent près de deux tiers des structures répondantes (graphique 40).

Graphique 40 : Modalités de résolution des difficultés de paiement des résidents par les structures répondantes – en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 390 répondants et entre 339 et 359 renseignés.

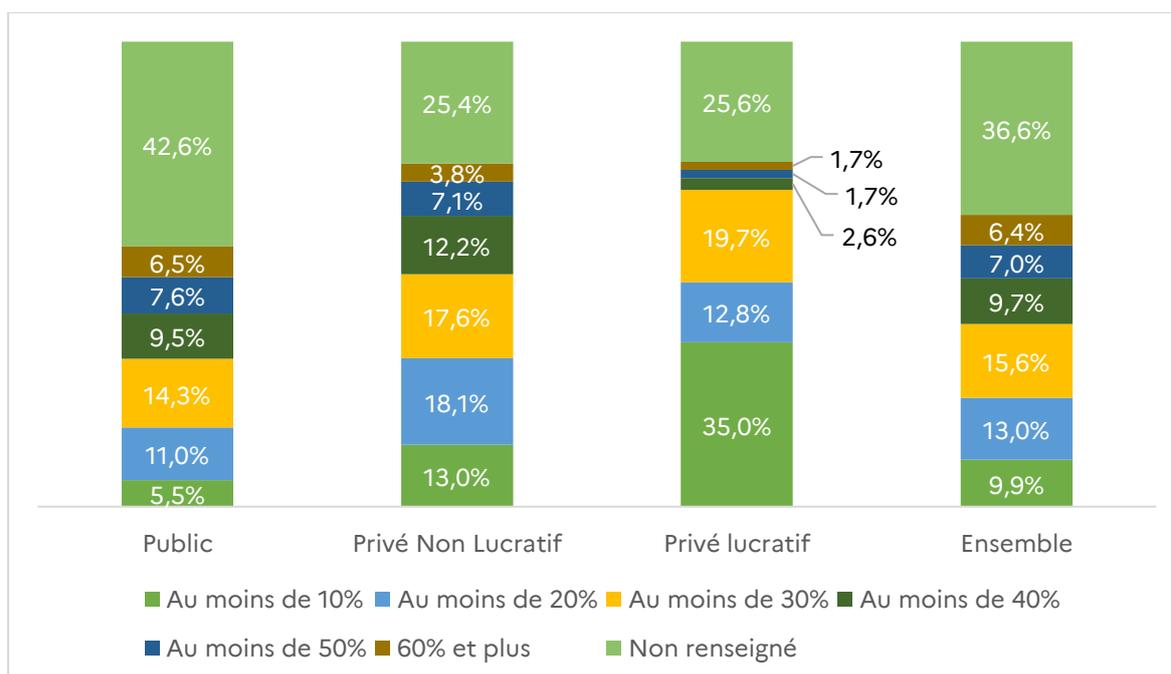
4. Des soutiens publics nombreux, peu lisibles et ayant des effets variés sinon incertains

4.1. Les soutiens publics sont des plus variés

4.1.1. Les structures publiques sont celles qui connaissent le moins la situation de leurs résidents au regard des aides au logement et celles dans lesquelles les proportions de résidents les plus importantes en bénéficient

Les trois quarts des répondants du secteur privé et du secteur privé non lucratif déclarent être en mesure d'apprécier la part de leurs résidents bénéficiant des aides au logement. Seuls deux répondants sur cinq du secteur public peuvent répondre à cette question. Sans surprise, **les structures comptant la plus grande proportion de bénéficiaires des aides au logement sont les structures publiques, suivies des structures non lucratives** (graphique 41).

Graphique 41 : Part des bénéficiaires des aides au logement et de l'APA dans les résidents des structures répondantes – par secteur et en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 927 renseignés.

4.1.2. Les structures publiques sont également celles qui connaissent le moins la situation de leurs résidents au regard de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement, les entités du secteur privé non lucratif sont celles qui déclarent les proportions les plus fortes de bénéficiaires parmi leurs résidents

Ces réponses sont parmi les plus étonnantes de celles obtenues via l'enquête. Elles sont sans doute le reflet d'une difficulté à maîtriser de manière fine le système de prestations par les répondants ou une éventuelle difficulté à comprendre la question et à indiquer la part à date des bénéficiaires de l'APA (les demandes de certains pouvant être en cours d'instruction par exemple).

La question était posée dans la partie intitulée « L'allocation personnalisée d'autonomie en établissement ». La question posée était ainsi formulée : « Dans votre établissement, la part de résidents bénéficiant de l'APA est de (un seul choix possible) : ».

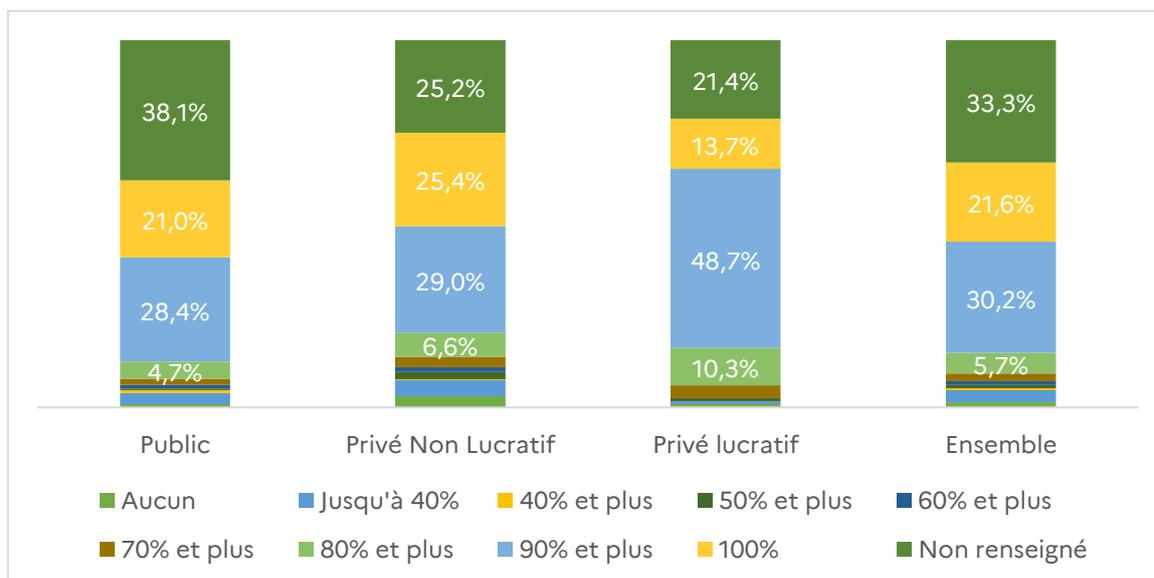
L'ensemble des résidents en structure pour personnes âgées dépendantes sont potentiellement éligibles à ce soutien. En effet, il est destiné à financer les dépenses retracées dans la section « dépendance ». Son bénéfice est lié à l'âge (être âgé de 60 ans ou plus), à la résidence (résider en France de façon stable et régulière) et à la perte d'autonomie (avoir un degré de perte d'autonomie évalué comme relevant du GIR 1, 2, 3 ou 4 par le médecin coordonnateur de l'établissement. Le montant d'APA attribué dépend du niveau de revenus du résident.

Par conséquent, s'agissant des résidents en France de structures d'hébergement, seuls ne bénéficient pas de l'APA ceux ayant moins de 60 ans et ceux relevant des GIR 5 et 6. Si des résidents remplissent tous les critères mais n'en bénéficient pas, il s'agit d'un **cas de non-recours** (qui peut être volontaire pour des personnes particulièrement fortunées relevant *a priori* de certaines structures privées lucratives) ou encore, le cas échéant, **du fait que les départements ne modulent pas ou peu les soutiens** selon les niveaux de dépendance ou les revenus des résidents - financement appréhendés comme globaux et non individualisés et à la personne).

En tout état de cause, dans l'enquête, nombreux sont ceux ne répondant pas à cette question *a priori* facile d'accès (33% de l'ensemble) et nombre d'établissements ayant répondu font état d'une part non négligeable de leurs résidents ne bénéficiant pas de l'APA (près de la moitié des répondants font état de résidents ne bénéficiant pas de l'APA) ce qui apparaît des plus étonnant et peut refléter à la fois une faible maîtrise du cadre ou la complexité des démarches régissant les demandes d'APA (graphique 42).

Cette réponse est d'autant plus étonnante au regard du fait que les établissements déclarent intervenir très activement pour permettre à leurs résidents de bénéficier de l'APA en établissement.

Graphique 42 : Part des bénéficiaires de l'APA dans les résidents des structures répondantes – par secteur et en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 975 renseignés.

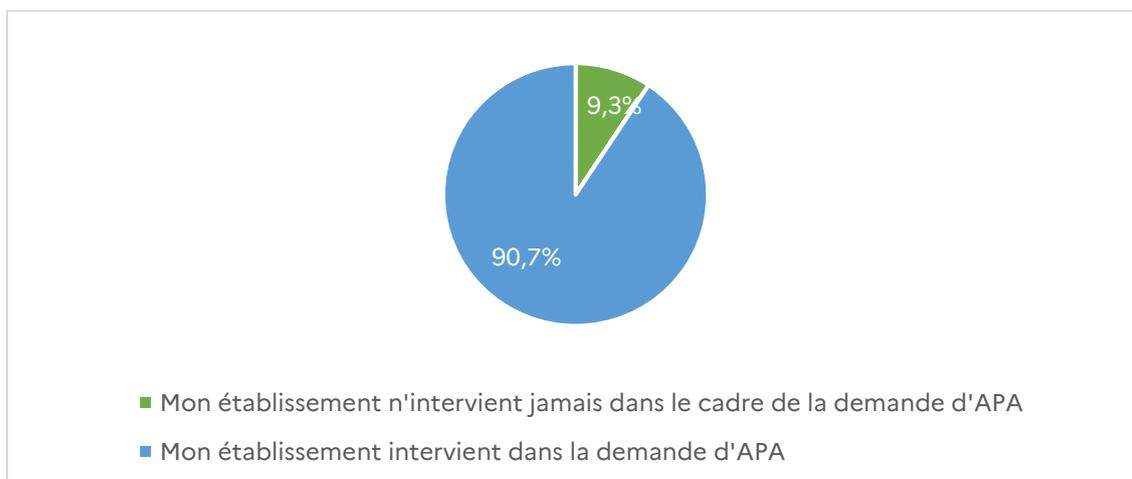
4.2. Une intervention très forte des structures d'hébergement pour permettre aux résidents d'accéder à l'APA en établissement

4.2.1. Plus de neuf structures sur dix interviennent dans la demande d'APA et une grande majorité assurent un accompagnement prononcé de leurs résidents dans leur parcours de demande

L'accès à l'APA est réputé difficile en ce que les procédures, modalités de traitement et d'instruction des demandes voire la nature des formulaires ou des pièces justificatives demandées sont définies par chaque département. De même, chaque département est amené à déterminer les éventuels guichets permettant de demander la prestation.

La mission a souhaité donc, en l'absence de cadre national standard, demander aux établissements dans quelle mesure ils accompagnent leurs résidents au titre de leur demande d'APA : en effet, le bénéfice de l'APA permet au résident de diminuer les montants qui lui sont facturés au titre de la dépendance selon son GIR et ses revenus. **Sur les 806 établissements ayant répondu à cette question, plus de neuf sur dix (91%) indiquent intervenir dans la demande d'APA** (graphique 43).

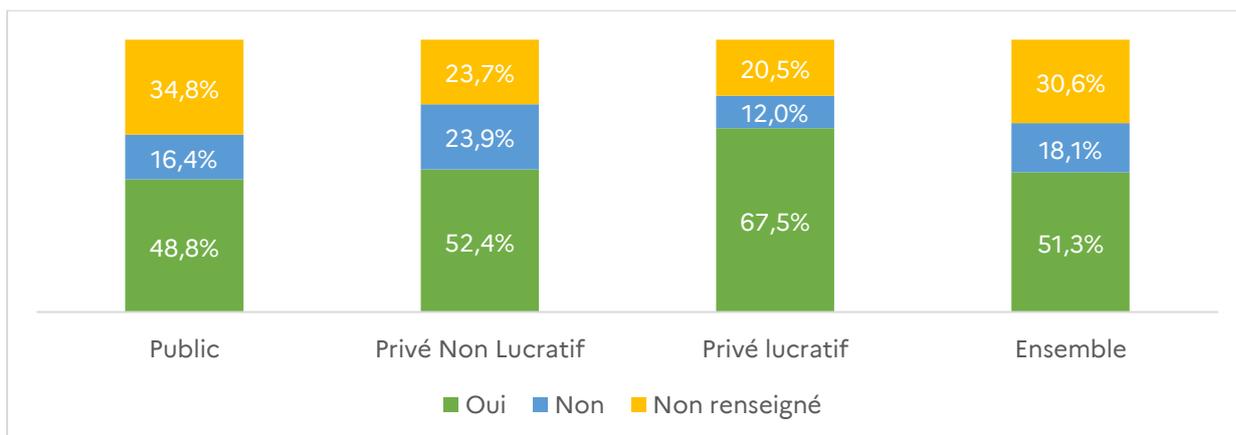
Graphique 43 : Intervention directe des structures répondantes dans le cadre de la gestion des demandes d'APA de leurs résidents – en % des réponses effectives



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 806 renseignés.

Si la quasi-intégralité des établissements interviennent dans la demande d'APA, la nature de cette intervention peut revêtir des formes extrêmement variées. L'enquête a ainsi été l'occasion de demander si, au-delà de l'intervention basique (échanges avec les services des départements par exemple), les établissements étaient amenés à accompagner individuellement chacun de leur résident dans leurs demandes. Si l'on écarte les non-réponses, **près des trois quarts des établissements (74%) indiquent accompagner individuellement leurs résidents.** Autre élément d'étonnement, les structures du secteur privé lucratif sont celles qui indiquent le plus accompagner leurs résidents (**85% en neutralisant les non-réponses**), devant les entités publiques (75%) et celles du privé non lucratif (69% - graphique 44).

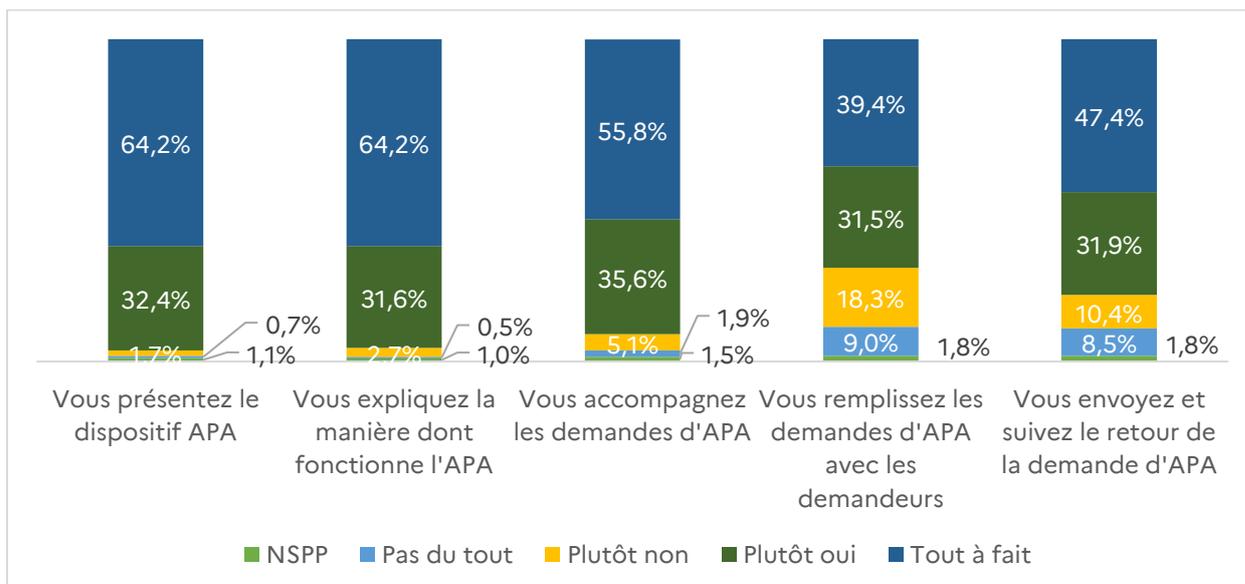
Graphique 44 : Accompagnement des résidents pour leurs demandes d'APA par les structures répondantes – par secteur et en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1012 renseignés.

Les actions d'accompagnement des établissements sont très prononcées en ce qui concerne la présentation du dispositif et la manière dont fonctionne la prestation (plus de 90% des répondants assure intégralement ou partiellement cet accompagnement). Mais l'accompagnement individualisé est aussi très fort en ce que près de 90% déclarent accompagner intégralement ou partiellement la procédure de demande d'APA. Les interventions sont soutenues mais moins prononcées en ce qui concerne le remplissage de la demande avec les demandeurs (71% des répondants ou encore l'envoi de la demande aux services du département et le suivi du retour de celle-ci (près de 80% assurent cette mission en totalité ou en partie – graphique 45).

Graphique 45 : Nature de l'intervention directe des structures répondantes dans le cadre de la gestion des demandes d'APA de leurs résidents – en %

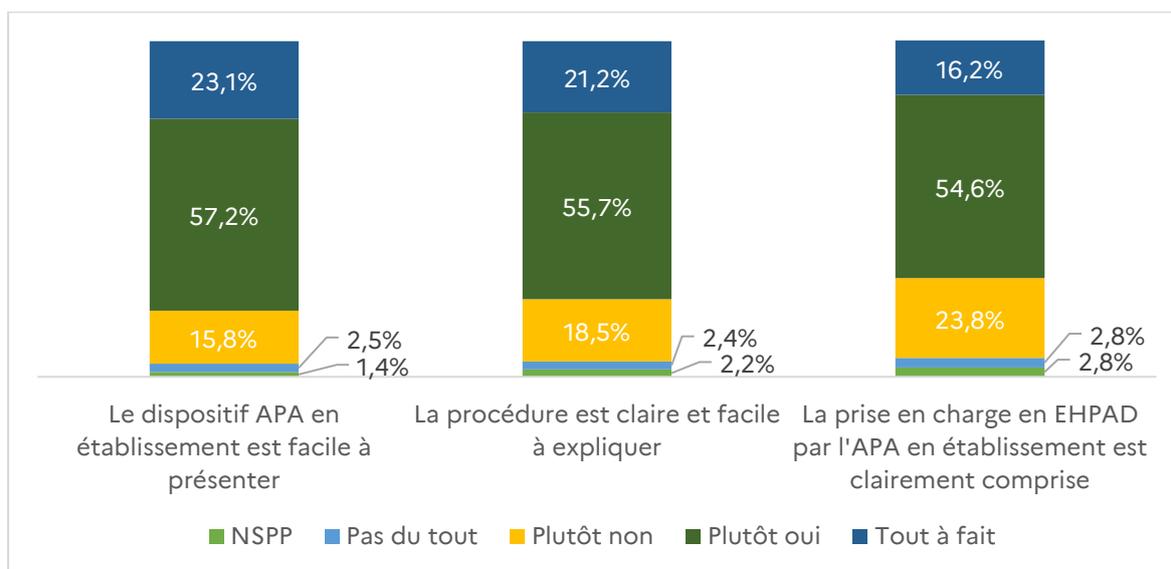


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont entre 721 et 731 renseignés.

4.2.2. Une procédure d'accès à l'APA en apparence facile

Globalement, les établissements considèrent que la prestation APA en établissement tout comme la procédure sont aisées à présenter aux résidents (environ 75 et 80% des répondants font ce constat). La prise en charge en EHPAD par l'APA semble relativement plus complexe à présenter (seuls 70% l'estiment comprise - graphique 46).

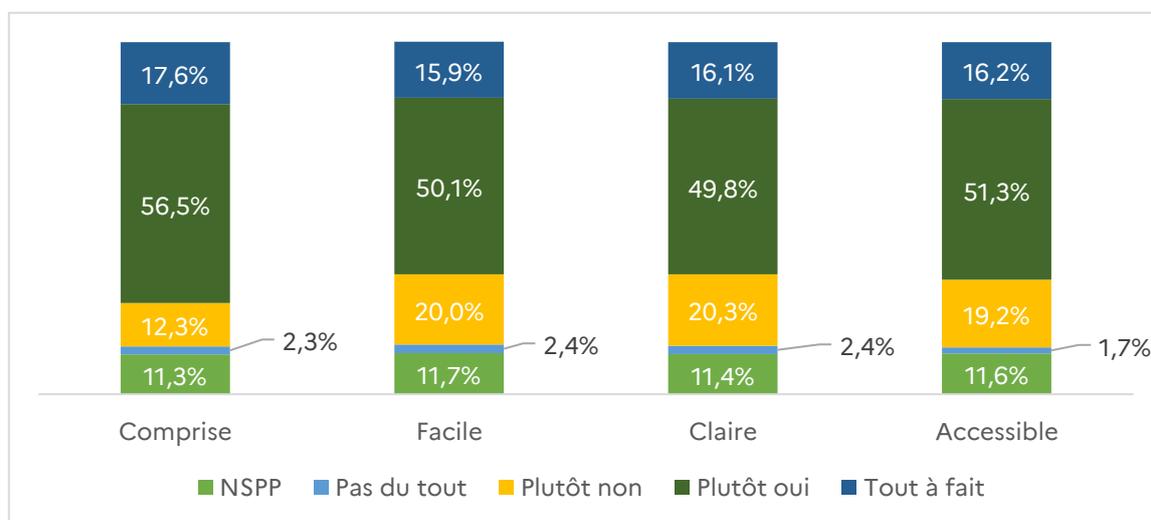
Graphique 46 : Analyse du dispositif APA par les structures répondantes – en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont entre 723 et 726 renseignés.

De même, les établissements estiment très largement (dans des proportions variant entre 65 et 75%) que la procédure d'APA en établissement est comprise des résidents et considérée par eux comme facile, claire et accessible (graphique 47).

Graphique 47 : Analyse globale de la procédure d'APA en établissement pour les résidents par les structures répondantes – en %

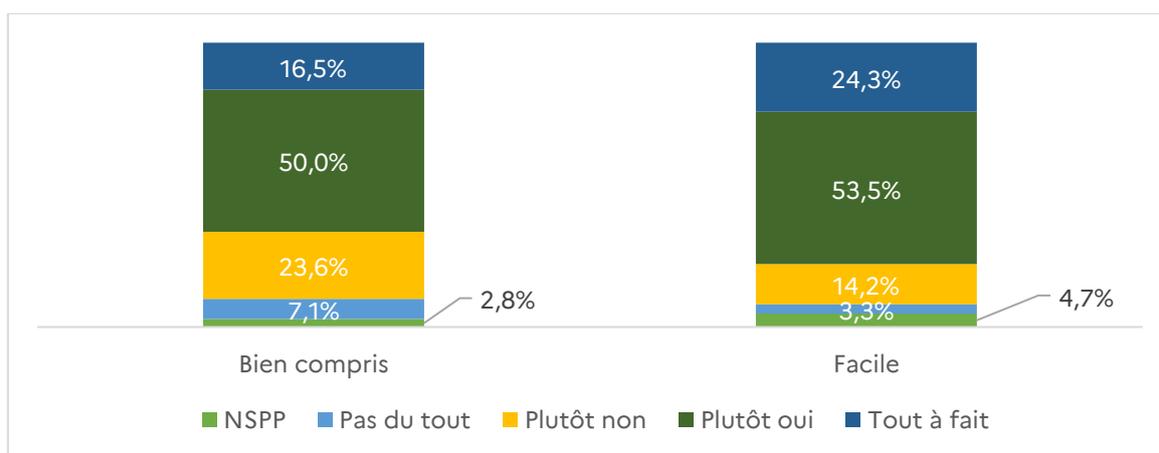


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 720 renseignés.

4.2.3. Un passage de l'APA à domicile à l'APA en établissement estimé relativement fluide

La question du parcours est centrale : le passage en établissement peut conduire nombre de nouveaux résidents à passer du statut de bénéficiaire de l'APA à domicile à celui de bénéficiaire de l'APA en établissement. **Pour les deux tiers des répondants ce passage est considéré comme bien compris des résidents. Pour plus des trois quarts, ce passage d'une prestation à une autre est également facile** (graphique 48).

Graphique 48 : Analyse du passage de l'APA à domicile à l'APA en établissement par les structures répondantes – en %



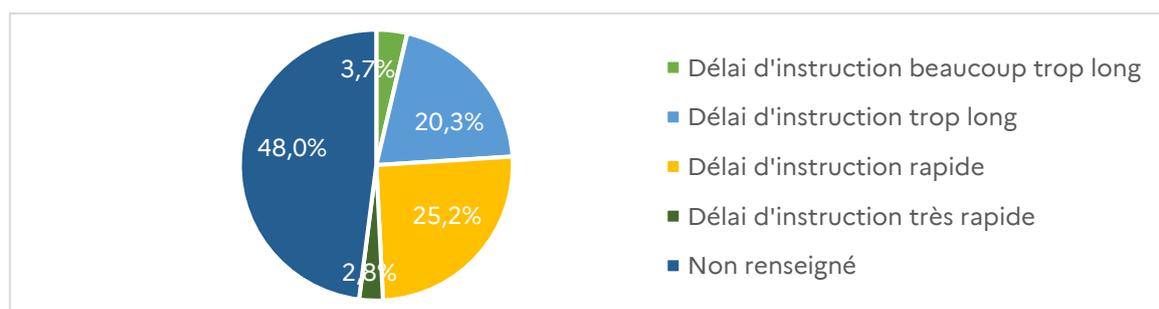
Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 720 renseignés.

4.2.4. Des délais d'instruction et d'octroi de l'APA en établissement estimés améliorables par une part non négligeable des structures répondantes

Les modalités d'instruction et de traitement des demandes d'APA en établissement sont par nature variables selon les départements considérés. Pour autant, les enseignements découlant de l'enquête sont assez éclairants.

Si l'on met à part les non-réponses, **54% des structures estiment que le délai d'instruction des demandes d'APA est rapide voire très rapide et 46% le considèrent trop long ou beaucoup trop long** (graphique 49).

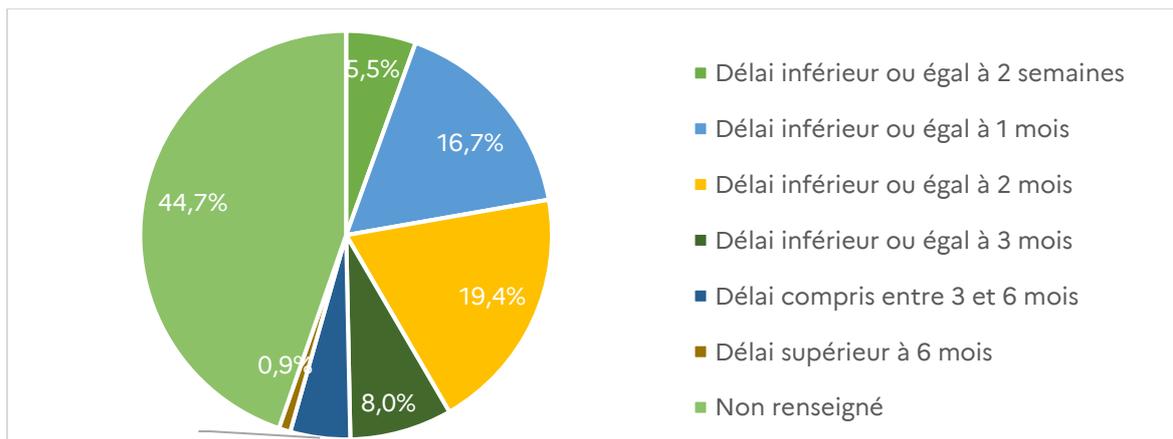
Graphique 49 : Appréciation du délai d'instruction des demandes d'APA par les structures répondantes – en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 796 renseignés.

Toutefois, l'analyse concrète des délais indiqués souligne le temps nécessaire pour procéder à l'ouverture des droits à l'APA. Ce délai est logiquement une source potentielle de fragilisation pour certains ménages qui doivent avancer les montants qui seront ultérieurement pris en charge par le département au début de leur séjour en EHPAD. **Plus de 60% des entités ayant avancé un délai font état d'une ouverture qui prend plus de deux mois pour leurs résidents à compter de l'envoi de la demande au département** (graphique 50).

Graphique 50 : Appréciation du délai moyen d'instruction des demandes d'APA par les structures répondantes – en %

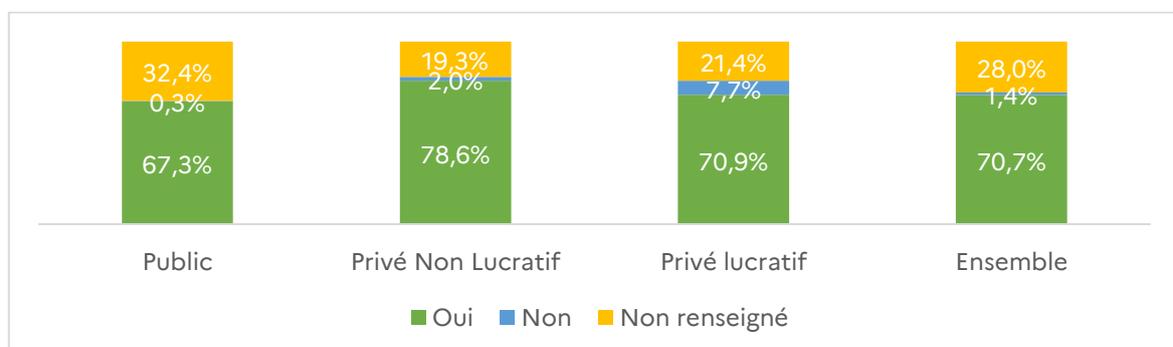


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 846 renseignés.

4.3. Un accès aux aides au logement qui apparaît des plus incertains donc largement perfectible

La quasi-intégralité des établissements répondants, quel que soit le secteur, soulignent que leurs résidents peuvent potentiellement accéder aux aides au logement, quelle que soit leur nature (aide personnalisée au logement ou allocation de logement sociale) Cette proportion est cependant plus prononcée dans le secteur public et le secteur privé non lucratif que dans le secteur privé lucratif (graphique 51).

Graphique 51 : Appréciation de la possibilité ou de l'impossibilité pour les résidents de bénéficier des aides au logement – par secteur et en %

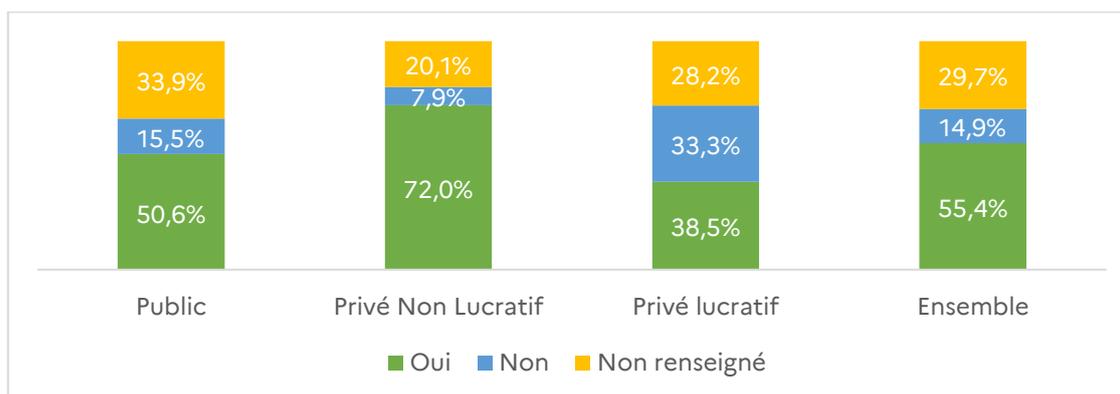


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1449 renseignés.

Annexe VI

Pour autant, le bénéfice de l'aide personnalisée au logement (APL) n'est pas assuré -loin s'en faut- dans toutes les structures puisque la part de celles-ci déclarant avoir obtenu leur conventionnement est relativement faible. **Plus de 20% des établissements se prononçant à ce sujet indiquent ne pas être conventionnés. Cette proportion est de 10% dans le secteur privé non lucratif, de 24% dans le secteur public et de 45% dans le secteur privé lucratif** (graphique 52).

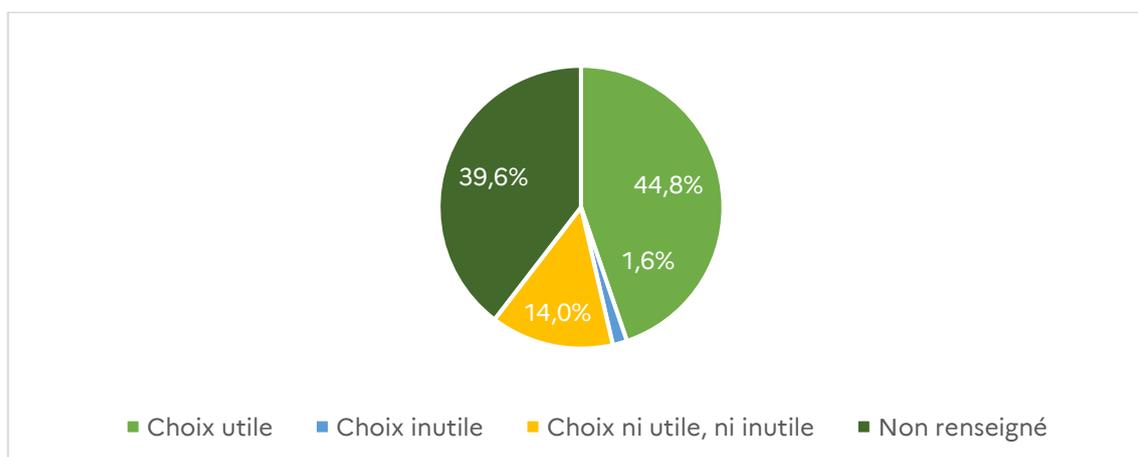
Graphique 52 : Appréciation du conventionnement au titre de l'aide personnalisée au logement des entités répondantes – par secteur et en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 449 renseignés.

Pour autant, les structures considèrent majoritairement ce conventionnement comme une démarche utile (graphique 53).

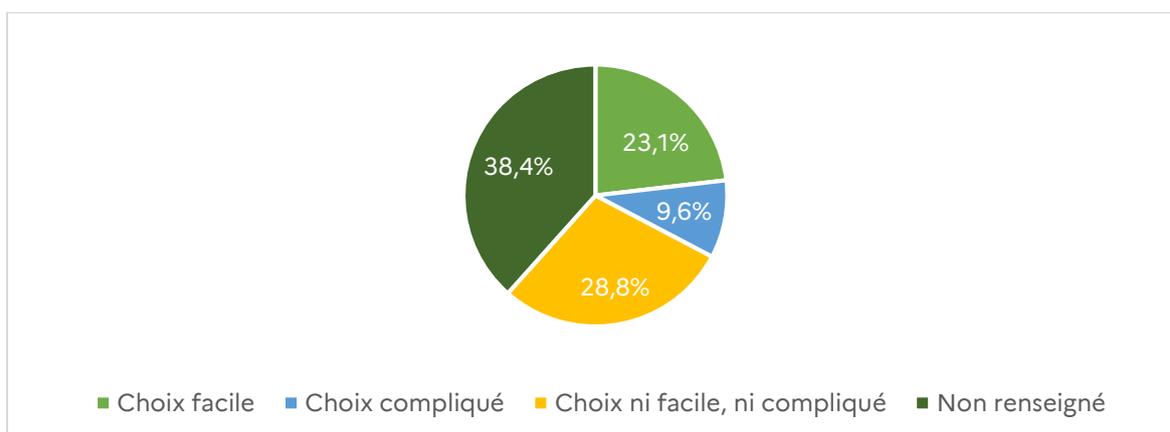
Graphique 53 : Appréciation de l'utilité du conventionnement au titre des APL pour l'entité répondante – en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 449 renseignés.

Dans le même ordre d'idée, **ce n'est pas la complexité de la démarche de conventionnement qui pourrait constituer un frein éventuel au conventionnement des structures d'hébergement** (graphique 54).

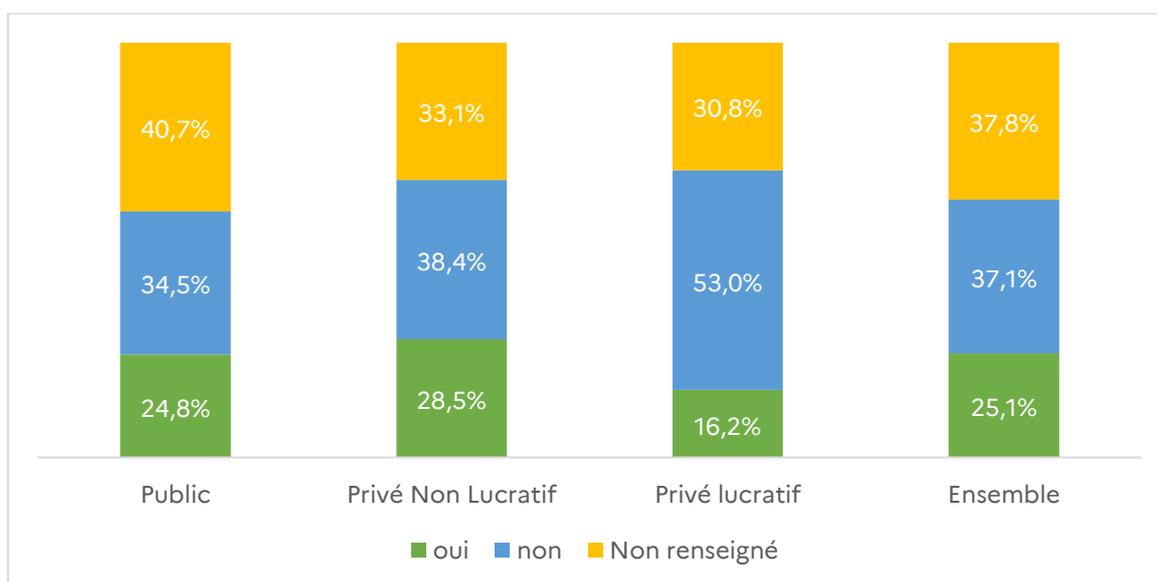
Graphique 54 : Appréciation de la facilité d'accès à la démarche de conventionnement au titre des APL par l'entité répondante – en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 449 renseignés.

Il semble bien y avoir donc **une difficulté d'ordre administratif limitant potentiellement l'accès des résidents en structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes aux aides au logement : seul un quart des entités interrogées déclarent avoir un accès facile à l'entité gestionnaire** (caisse d'allocations familiales ou caisses de la mutualité sociale agricole - graphique 55).

Graphique 55 : Appréciation de la facilité d'accès à l'organisme gérant les aides au logement par l'entité répondante – par secteur et en %

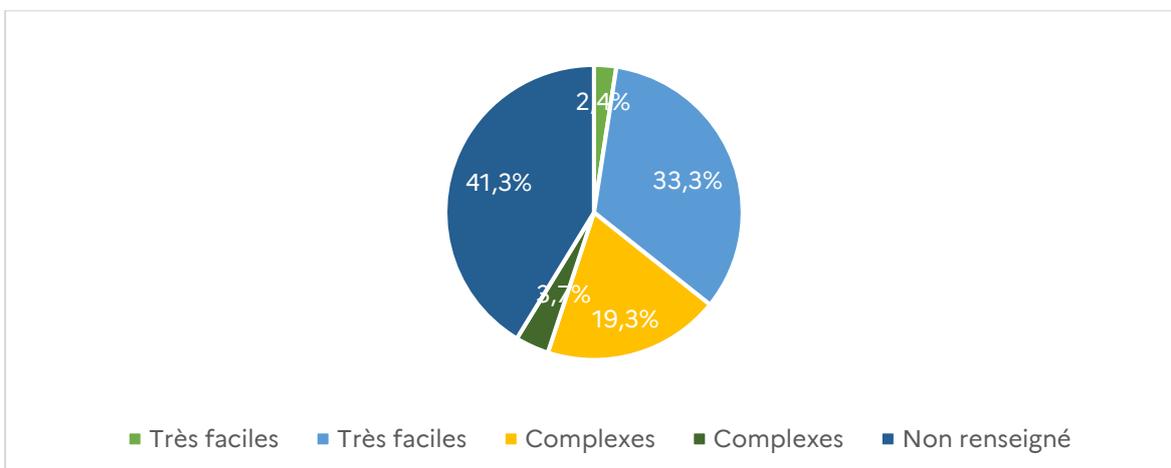


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 449 renseignés.

Dans le même ordre d'idées, reflet d'une difficulté à saisir la nature des soutiens pouvant être accordés, **les structures d'hébergement jugent la procédure de demande d'aide au logement relativement plus compliquée que celle d'APA présentée précédemment** (graphique 56).

Annexe VI

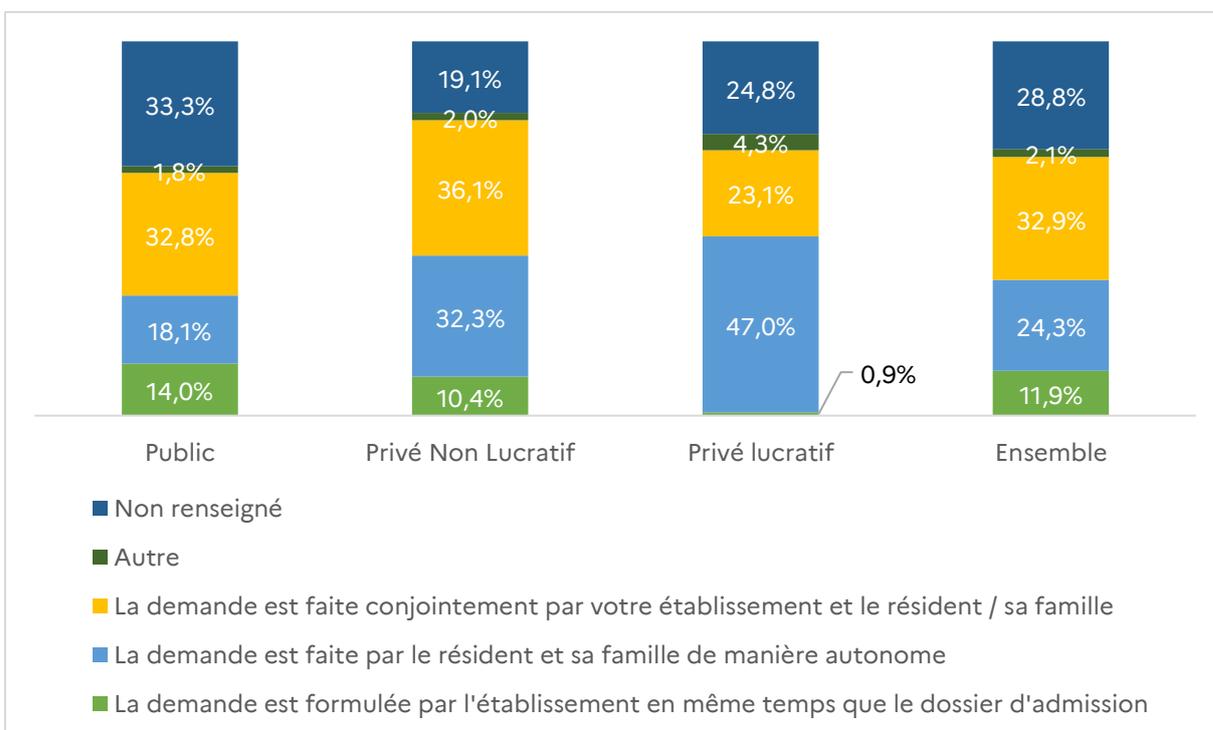
Graphique 56 : Appréciation des procédures de demandes d'aides au logement par l'entité répondante – en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 449 renseignés.

De plus, contrairement à l'allocation personnalisée d'autonomie, **l'intervention des structures d'hébergement dans les procédures d'accès aux aides au logement est notamment plus limitée. Seules 17% des structures répondant à ce sujet indiquent déposer la demande d'aide au logement avec le dossier d'admission** (graphique 57).

Graphique 57 : Appréciation du mode utilisé pour bénéficier des aides au logement – par secteur et en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 449 renseignés.

4.4. Un accompagnement très fort dans l'accès à l'aide sociale à l'hébergement (ASH), tempéré par la nature de l'aide et une difficulté évidente à présenter et maîtriser le dispositif donc à permettre un accès effectif aux droits

L'aide sociale à l'hébergement ne peut que retenir l'attention en ce que ce dispositif est destiné aux personnes âgées dépendantes les plus modestes. Elle n'est pas ouverte qu'en établissement mais constitue un élément central de la prise en charge des plus fragiles dans ces établissements.

Cette prestation relève du champ de l'aide sociale. Elle est donc soumise au respect de leurs devoirs par les obligés alimentaires du bénéficiaire et elle est récupérable sur succession. Compte tenu de leur caractère potentiellement dissuasif, ces deux dimensions sont susceptibles de limiter l'accès effectif à l'ASH.

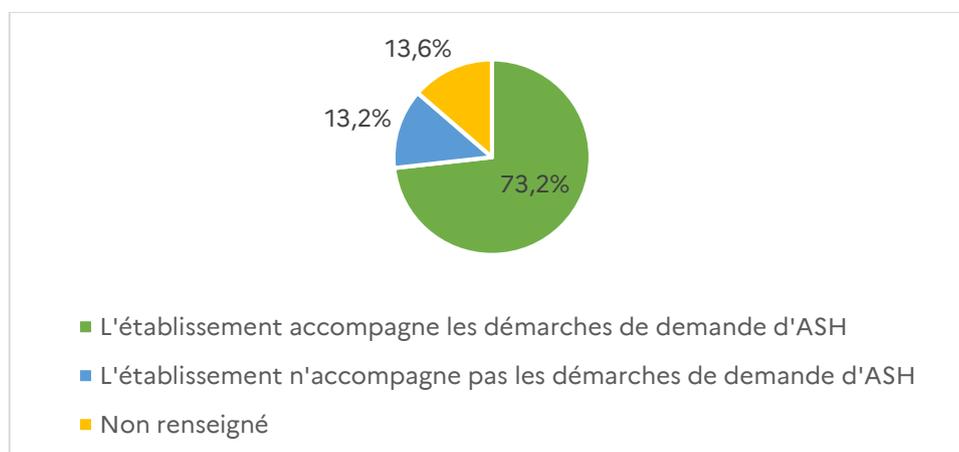
La mission a donc largement centré l'enquête sur l'analyse détaillée de la vision des structures sur ce soutien qui est un des éléments clés de la prise en charge des personnes âgées dépendantes les plus fragiles en établissement.

4.4.1. Une prestation qui n'est pas considérée comme complexe, des établissements estimant être en capacité d'accompagner leurs résidents sans difficulté majeure mais des remarques des répondants soulignant une certaine complexité

4.4.1.1. Près des trois quarts des établissements accompagnent leurs résidents de manière certaine dans leur accès à l'ASH

En faisant abstraction des non-réponses, cette proportion est de 85% (graphique 58).

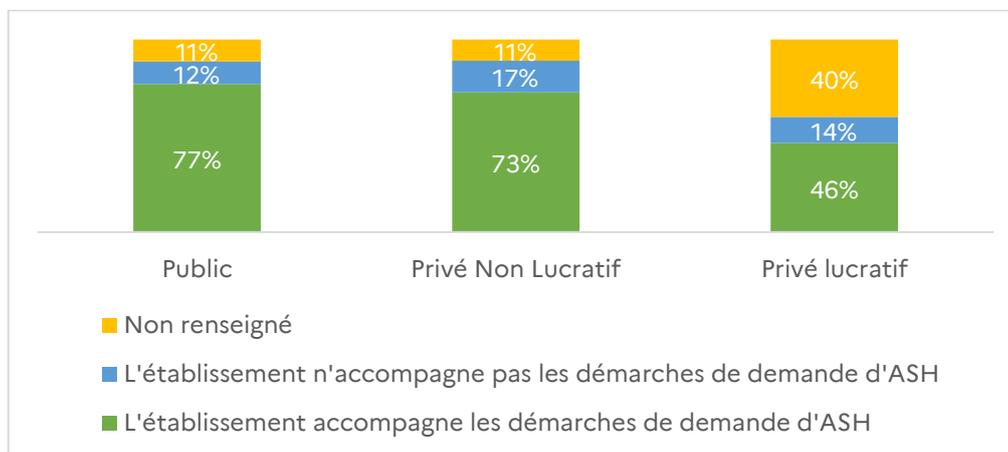
Graphique 58 : Statut des entités répondantes selon l'accompagnement des demandes d'aide sociale à l'hébergement – en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 449 renseignés.

Sans surprise, cet accompagnement est beaucoup plus systématique dans les entités publiques que dans celles relevant du secteur privé non lucratif et *a fortiori* celles relevant du secteur privé lucratif (graphique 59).

Graphique 59 : Statut des entités répondantes selon l'accompagnement des demandes d'aide sociale à l'hébergement selon leur secteur – en %

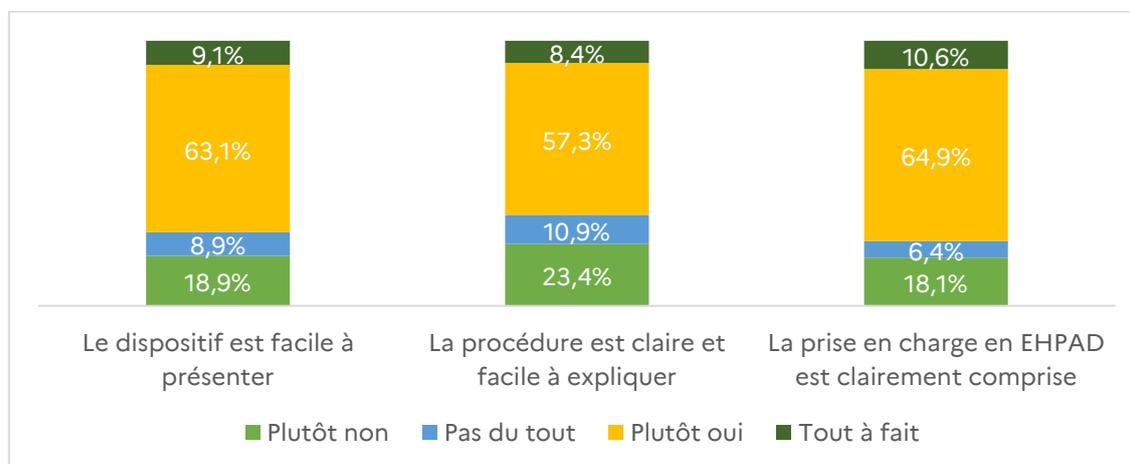


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 449 renseignés.

4.4.1.2. Un dispositif apprécié positivement et considéré comme clair et compréhensible

Si l'accès à l'ASH donne lieu à des déclinaisons et encadrements au niveau de chaque département et que l'accès à une prestation d'aide sociale appréciée au regard d'un examen au cas par cas est réputé potentiellement complexe, **les répondants considèrent de manière très majoritaire que le dispositif peut être facilement présenté, que la procédure est claire et facile à présenter et que la prise en charge du séjour en résultant est également facile à présenter** (graphique 60).

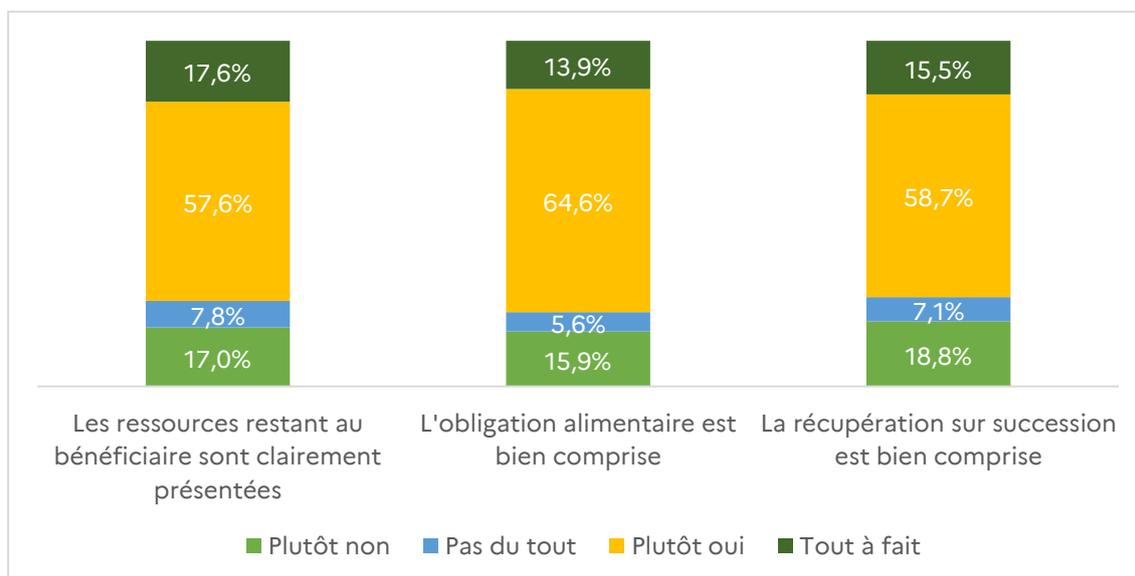
Graphique 60 : Analyse du dispositif ASH et de leur capacité à le présenter aux résidents par les entités répondantes– en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont entre 889 et 895 renseignés.

De même, les conséquences du bénéfice de l'ASH soit l'obligation alimentaire, le recours sur succession ou le reste à vivre sont considérés comme des éléments clairs et faciles à présenter par la plus grande proportion des établissements répondants (graphique 61).

Graphique 61 : Analyse du dispositif ASH et de leur capacité à présenter ses impacts aux résidents par les entités répondantes – en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont entre 885 et 890 renseignés.

4.4.1.3. Des commentaires tempérant ces constats relativement univoques

Les établissements ont pu faire sur ce champ particulier état de commentaires et de remarques.

En gestion, les répondants ont ainsi fait état de relations en apparence simples mais de procédures les conduisant à solliciter, selon les départements concernés et dans des modalités spécifiques, des acteurs très divers. Certains répondants font ainsi état de leurs relations avec la mairie, d'autres avec le CCAS ou le CIAS, d'autres enfin avec une structure *ad hoc* du département. Les répondants font en outre état de leurs relations avec les curateurs ou les personnes en charge de la tutelle de certains de leurs résidents, ce de manière formelle ou informelle.

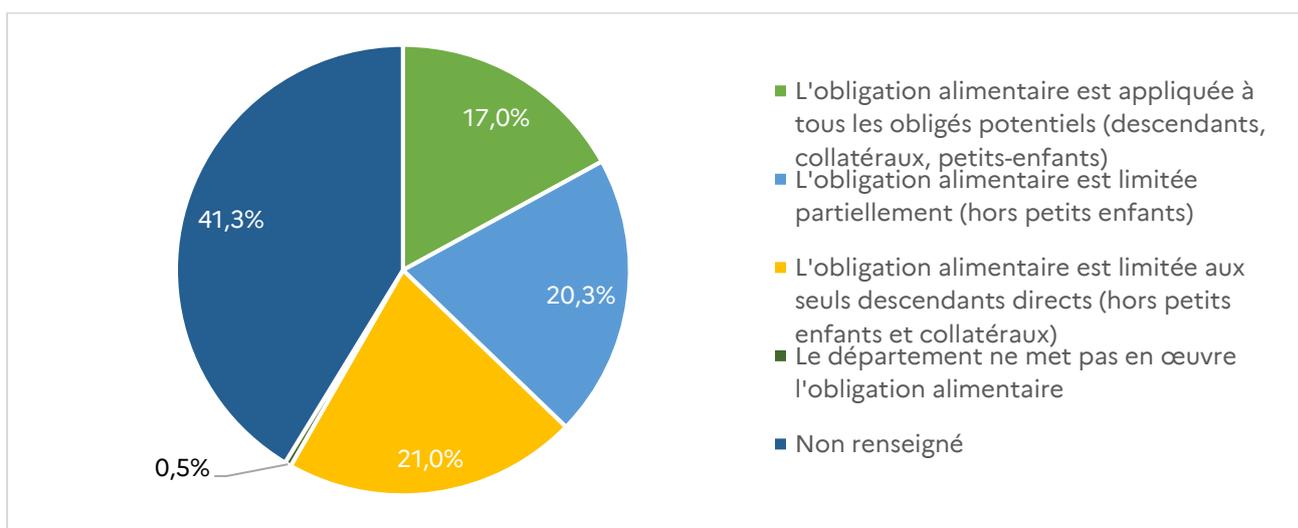
4.4.2. L'enquête révèle des conditions très variables, selon les départements, de mise en œuvre de l'obligation alimentaire découlant du bénéfice de l'ASH

Du point de vue des répondants, l'obligation alimentaire est appliquée de manière très variable selon le département. Ainsi, elle n'est appliquée intégralement auprès de tous les obligés que dans le département d'un répondant sur trois. Les réponses sont ainsi séparées grossièrement en trois tiers : selon les départements, l'obligation

Annexe VI

alimentaire est ainsi mise en œuvre de manière variable. Cette mise en œuvre peut être prévue par le droit (le département a défini un champ) ou dans les faits (les services du département ne sont pas en mesure de recouvrer les fonds auprès de tous les obligés – graphique 62). Par ailleurs, **pour certains répondants qui relèvent des trois secteurs, sept départements ne mettraient pas en œuvre l'obligation alimentaire** : Dordogne, Drôme, Loire, Loire-Atlantique, Nord, Saône-et-Loire et Var. Mais quatre de ces sept départements sont cités par d'autres répondants comme mettant en œuvre cette obligation.

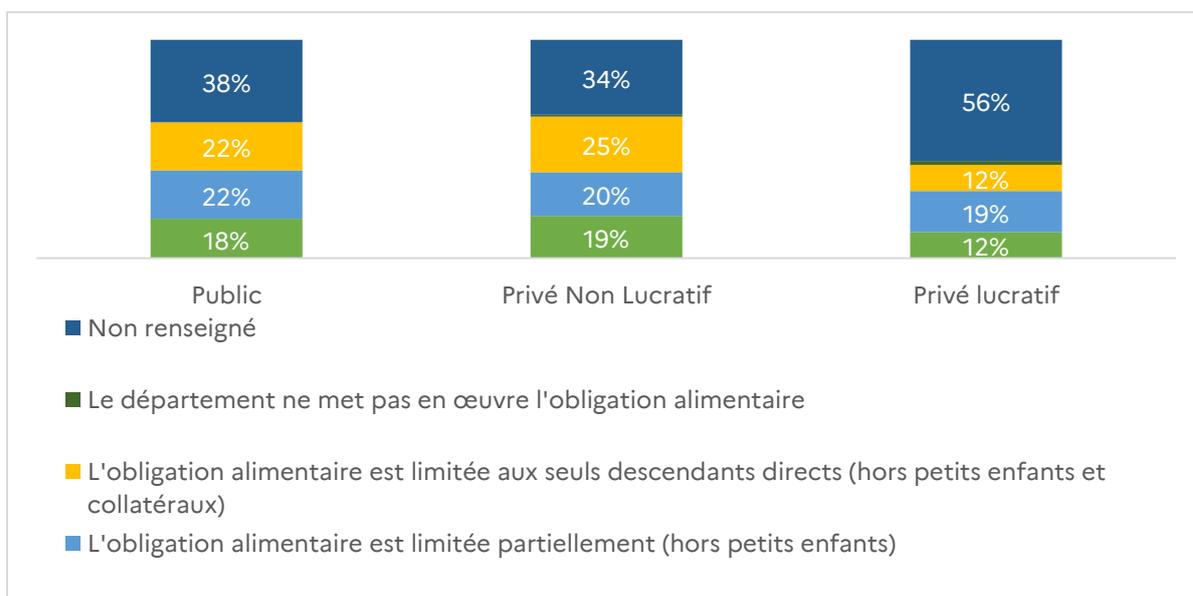
Graphique 62 : Description du champ de l'obligation alimentaire – en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 898 renseignés.

L'approche par secteur n'apporte pas d'analyse complémentaire à une réserve près : le secteur privé non lucratif est celui répondant le plus, suivi du secteur public et enfin du secteur privé lucratif (graphique 63).

Graphique 63 : Description du champ de l'obligation alimentaire– par secteur et en %

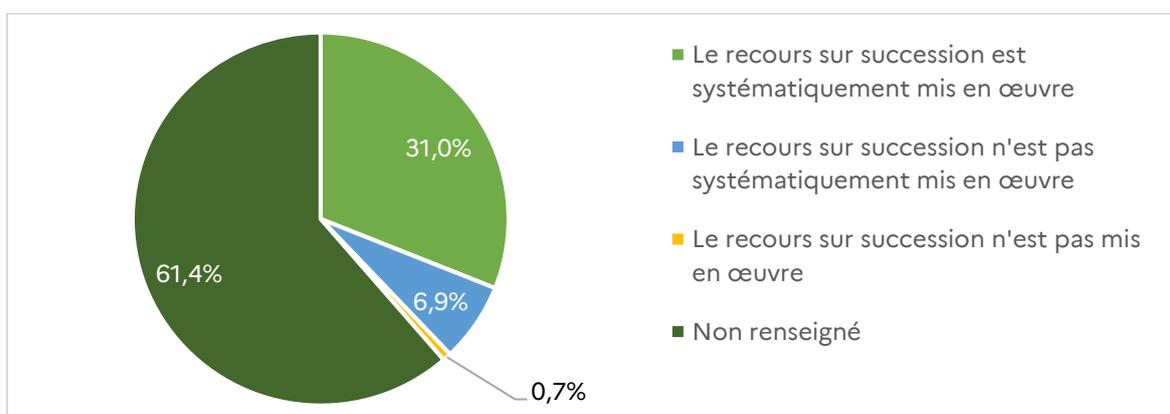


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 898 renseignés.

4.4.3. Le recours sur succession découlant du bénéfice de l'ASH : une démarche peu connue et maîtrisée par les répondants

Par nature, le recours sur succession intervient après le séjour du résident. Le degré de maîtrise des répondants sur ce sujet semble moindre, même s'ils sont amenés à informer les demandeurs potentiels de l'ASH sur ce point. **Les réponses effectives tendent à pencher pour une mise en œuvre systématique sans que cette tendance soit pleinement convaincante** (graphique 64). **Pour certains répondants qui relèvent des trois secteurs, dix départements ne mettraient pas en œuvre le recours sur succession** : Creuse, Drôme, Gard, Loire, Pas-de-Calais, Savoie, Var, Vendée, Vienne et Seine-Saint-Denis. **Mais ces assertions se heurtent au fait que six de ces mêmes dix départements sont cités par d'autres comme assurant le recours sur succession.**

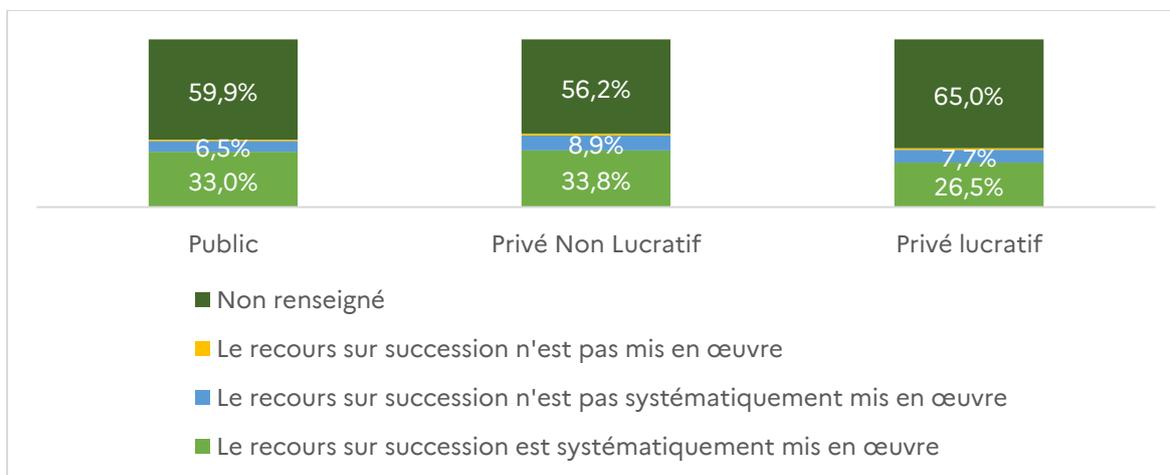
Graphique 64 : Description du champ du recours sur succession – en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 591 renseignés

L'approche par secteur n'apporte pas d'élément supplémentaire, hormis que, là encore, le secteur privé lucratif est le plus à même à proposer des réponses exprimées, devant le secteur public et le secteur privé lucratif (graphique 65).

Graphique 65 : Description du champ du recours sur succession – par secteur et en %



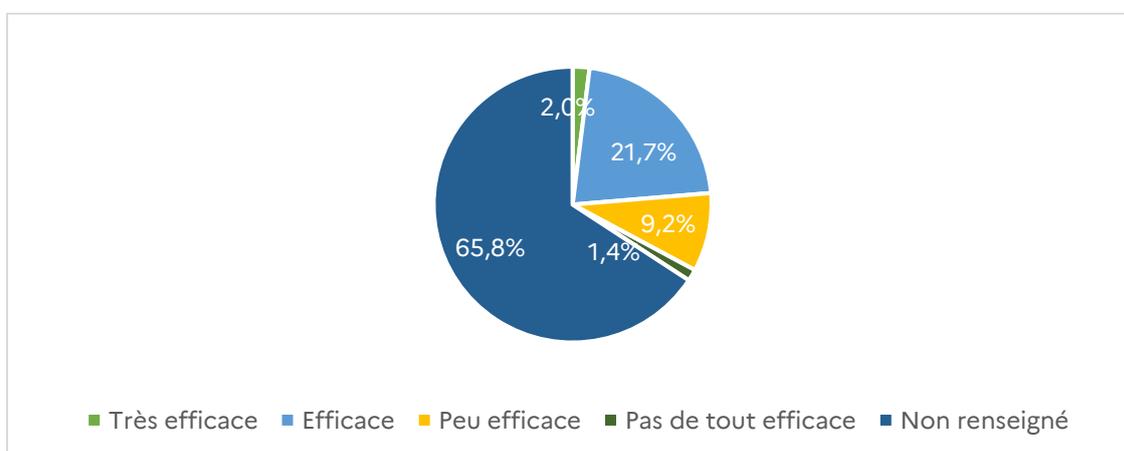
Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 591 renseignés.

4.4.4. Une appréciation des plus incertaines de l'efficacité de la politique départementale mise en œuvre concernant l'obligation alimentaire et le recours sur succession

Les répondants n'ont souvent pas souhaité se prononcer sur l'efficacité des actions menées par les départements pour recouvrer les montants dus via l'obligation alimentaire ou le recours sur succession. Pour ceux ayant formulé une réponse, cette politique serait efficace (70% - graphique 66).

Par ailleurs, l'exploitation fait ressortir des contradictions : les départements de l'Allier, des Hauts-de-Seine et du Var ont la particularité d'être cités tant par des répondants en tant que départements ayant une politique « très efficace ou pas du tout efficace ».

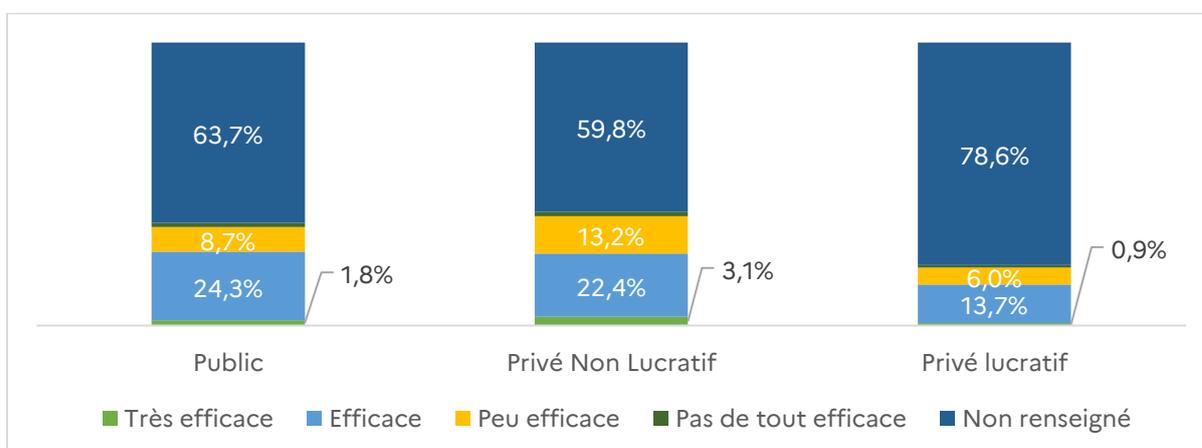
Graphique 66 : Jugement concernant l'efficacité de la politique menée dans chaque département en termes de recours sur succession et d'obligation alimentaire – en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 524 renseignés.

L'approche par secteur n'apporte pas d'enseignement nouveau (graphique 67).

Graphique 67 : Jugement concernant l'efficacité de la politique menée dans chaque département en termes de recours sur succession et d'obligation alimentaire – par secteur et en %

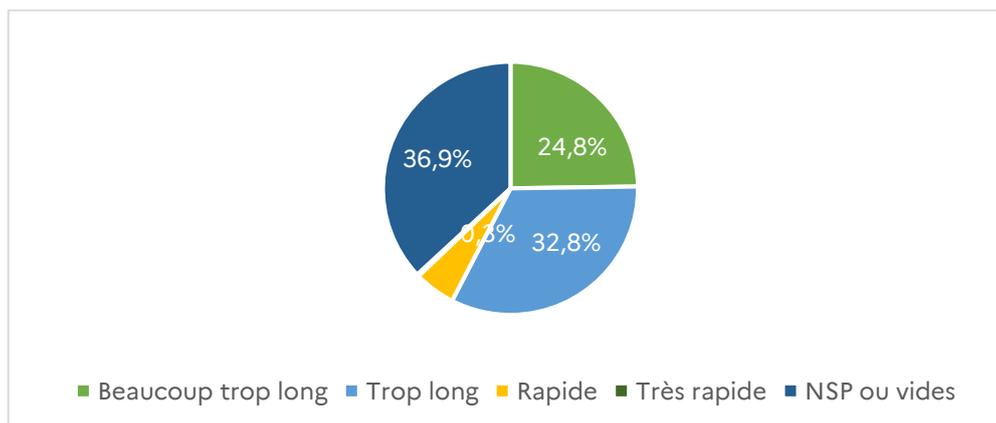


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 524 renseignés.

4.4.5. Le délai d’instruction des demandes d’ASH est jugé de manière unanime comme particulièrement long, soit en fort contraste avec les délais relatifs à l’instruction des demandes d’APA

Parmi ceux ayant effectivement répondu, **plus de 90% estiment le délai d’instruction de l’ASH beaucoup trop long ou trop long** (graphique 68).

Graphique 68 : Jugement sur le délai d’instruction des demandes d’ASH dans les départements – en %

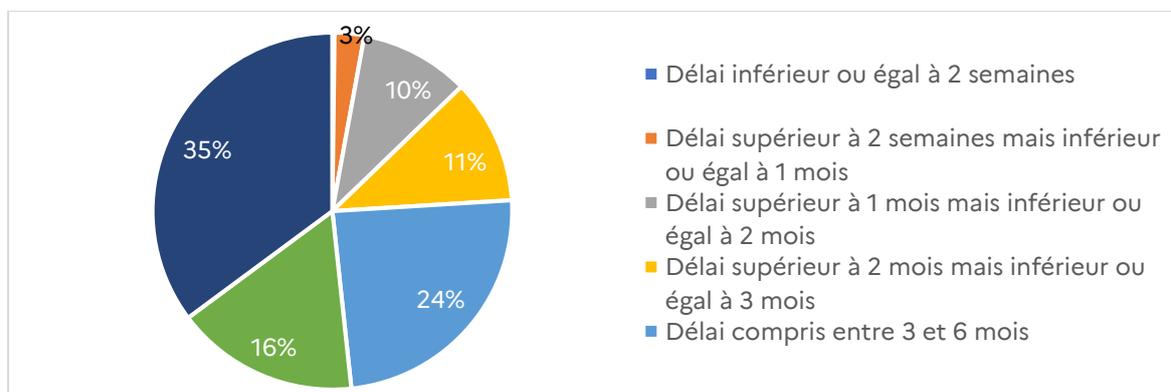


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 965 renseignés.

La question du délai d’instruction est importante pour les bénéficiaires de l’APA mais elle est encore plus cruciale pour les bénéficiaires potentiels de l’ASH. Aucune information n’est disponible en ce qui concerne la gestion de ce délai : soit en différant l’entrée dans l’établissement de l’intéressé, en lui demandant ou à ses proches de supporter le coût effectif, en demandant à la structure d’avancer les fonds...

40% des répondants font état de délais très importants puisqu’ils sont compris entre 3 et 6 mois voire... supérieurs à 6 mois (graphique 69). Le délai d’instruction des demandes d’ASH est ainsi des plus significatifs et sans comparaison avec les délais applicables aux autres publics.

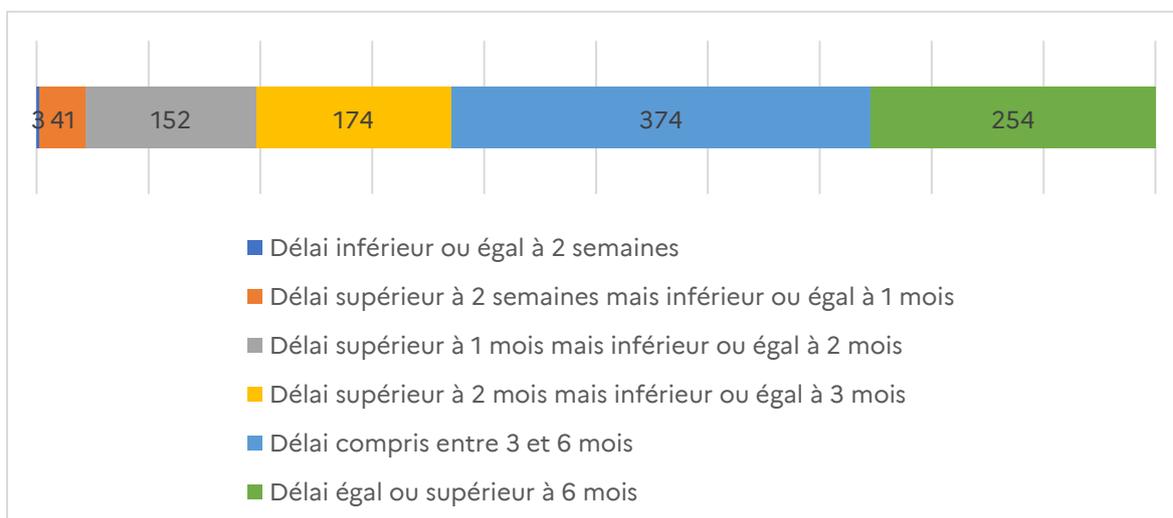
Graphique 69 : Estimation du temps d’instruction des demandes d’ASH dans les départements – en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 988 renseignés.

Ainsi, sur les 988 entités ayant répondu, 374 (38%) indiquent être confrontées à un délai compris entre 3 et 6 mois et 254 (26%) l'estiment égal ou supérieur à 6 mois (graphique 70). Pour finir, près des deux tiers des répondants indiquent que les délais d'instruction de l'ASH sont au moins supérieurs à 3 mois.

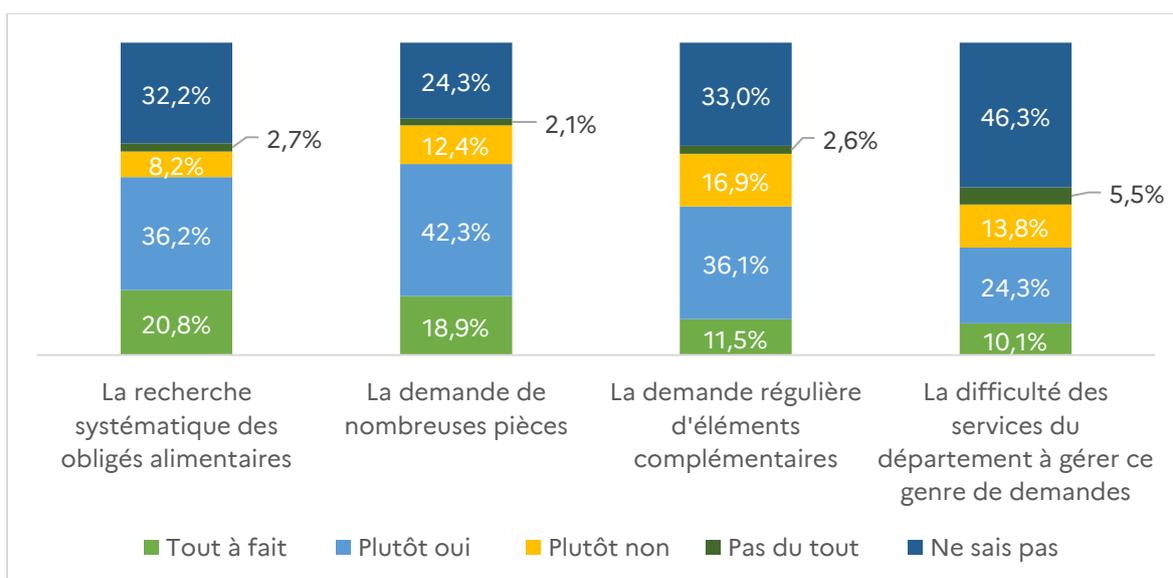
Graphique 70 : Estimation du temps d'instruction des demandes d'ASH dans les départements – en nombre de réponses effectives



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 988 renseignés.

Pour les répondants, les éléments déterminants pour expliquer ces délais très importants d'instruction des demandes d'ASH sont la demande de nombreuses pièces, la recherche systématique des obligés alimentaires et la demande régulière d'éléments complémentaires. La capacité des services départementaux à gérer ces demandes est moins souvent avancée (graphique 71).

Graphique 71 : Analyse des déterminants du délai de traitement de l'ASH par les entités répondantes – en %

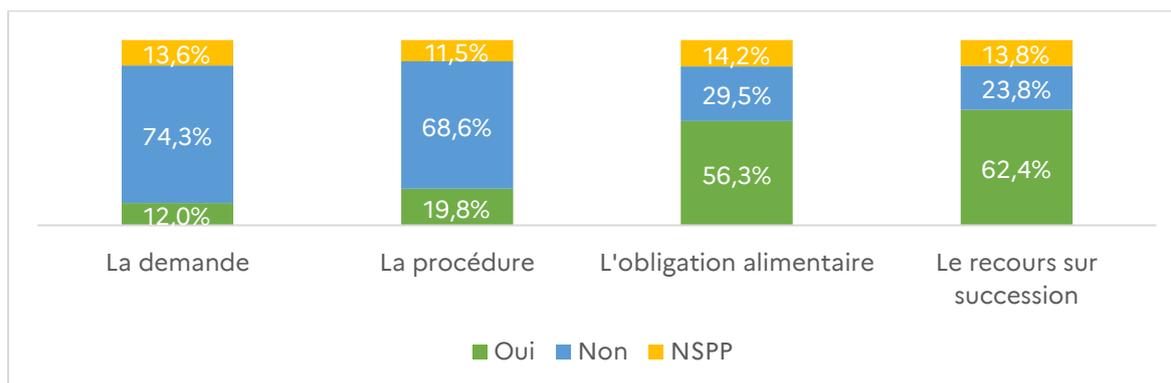


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont entre 976 et 979 renseignés.

4.4.6. Pour les répondants, le recours sur succession et l'obligation alimentaire sont les principaux éléments dissuadant le recours à l'ASH

Sans surprise, c'est la nature de prestation d'aide sociale récupérable qui dissuade le plus les demandeurs potentiels : son caractère récupérable sur la succession ou auprès des obligés alimentaires est perçu comme un élément fort de dissuasion ou de sélection des demandes (graphique 72).

Graphique 72 : Analyse des freins possibles au recours à l'ASH par les entités répondantes – en %

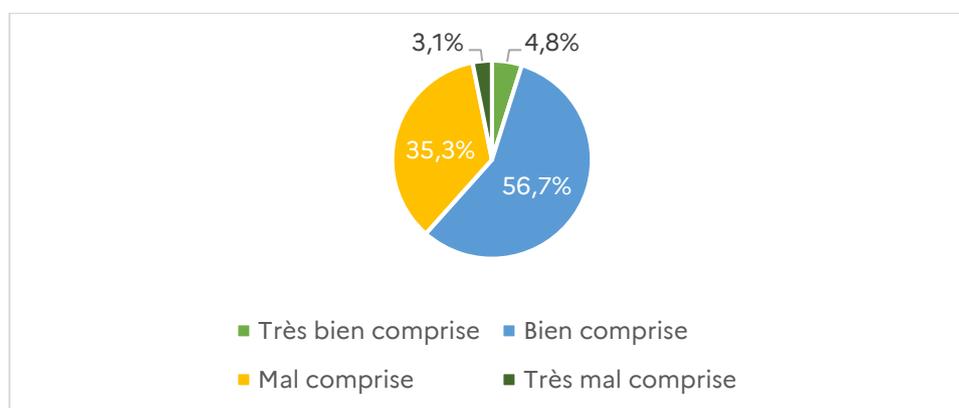


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont entre 867 et 875 renseignés.

4.4.7. L'obligation alimentaire et le recours sur succession seraient des contraintes relativement bien comprises par les résidents mais également contestées par une majorité des hébergés

Pour plus de 60% des répondants, l'obligation alimentaire et le recours sur succession sont très bien compris par les demandeurs potentiels ou effectifs. Cet aspect doit retenir l'attention en ce que par nature, les effets concrets de ces modes de récupération de la prestation peuvent être difficiles à apprécier (graphique 73).

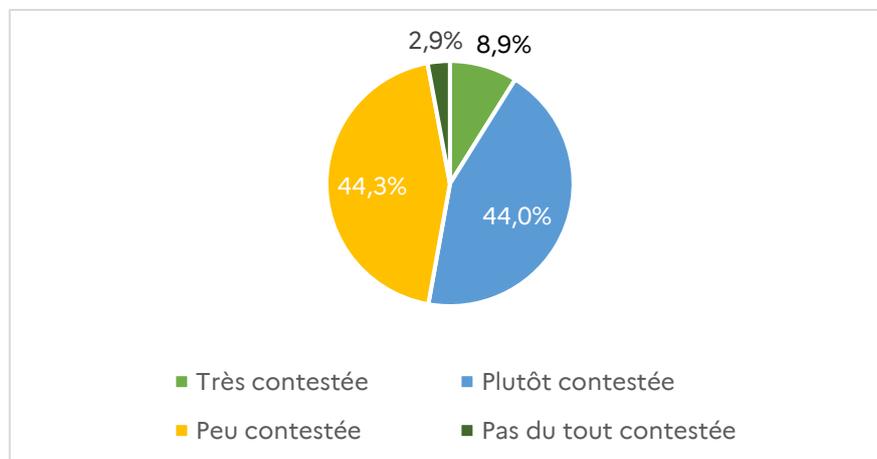
Graphique 73 : Analyse de la compréhension par les résidents de l'obligation alimentaire et du recours sur succession découlant de l'ASH par les entités répondantes – en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 991 renseignés.

Si ces modes de récupération semblent compris, ils sont contestés par plus de 50% des demandeurs effectifs ou potentiels (graphique 74).

Graphique 74 : Analyse de la contestation par les résidents de l'obligation alimentaire et du recours sur succession découlant de l'ASH par les entités répondantes- en %

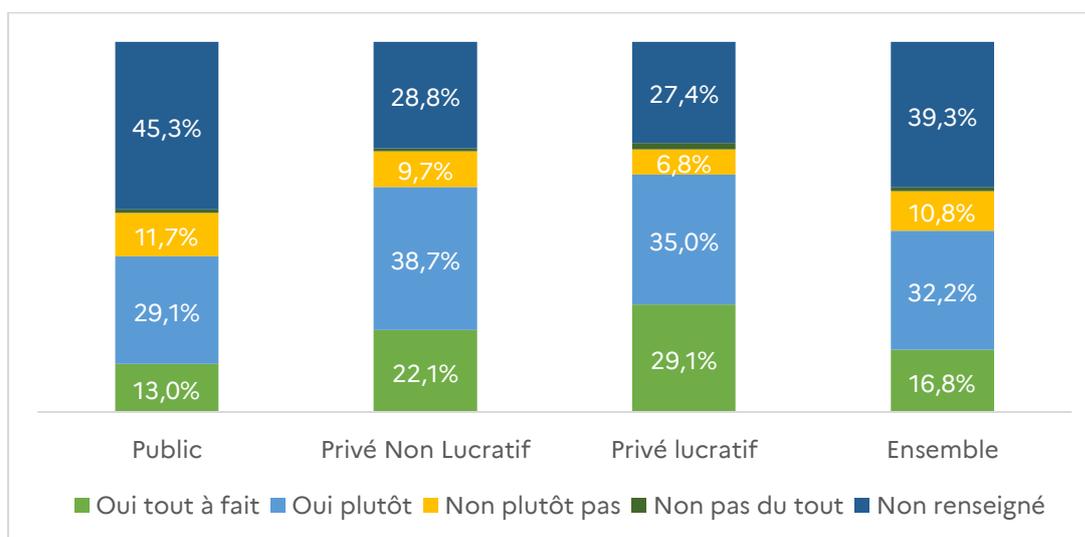


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 991 renseignés.

4.5. Le dispositif de réduction d'impôt est considéré comme au moins plutôt bien connu et facile à comprendre et à utiliser par les résidents et leurs familles dans plus de quatre cas sur cinq

Sur ce volet, la part des non-réponses est non négligeable puisque qu'elle est de l'ordre de deux sur cinq sur l'ensemble des répondants et de presque un sur deux pour le secteur public. Pour autant, pour **plus de 80% de ceux ayant produit une réponse effective, le dispositif de réduction d'impôt est connu des résidents et de leurs familles** (graphique 75).

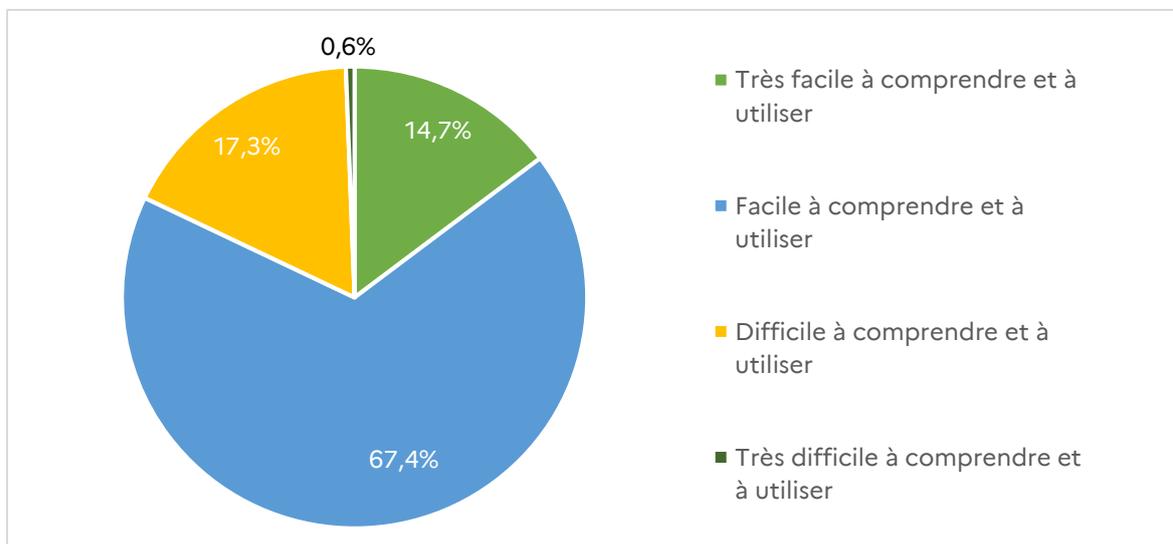
Graphique 75 : Appréciation de la connaissance du dispositif de réduction d'impôt par les résidents et leurs familles par la structure répondante – par secteur et en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 888 renseignés.

La réduction d'impôt est considérée par plus de 80% des répondants comme facile ou très facile à comprendre et à utiliser (graphique 76).

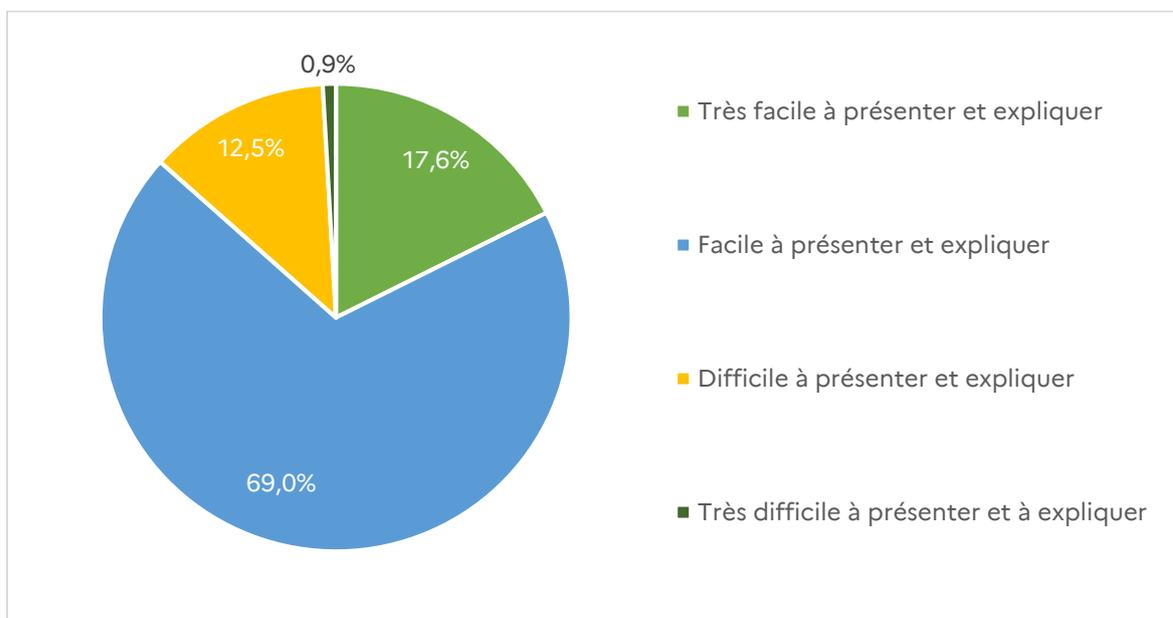
Graphique 76 : Appréciation de la maîtrise du dispositif de réduction d'impôt par les résidents et leurs familles par la structure répondante – par secteur et en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 888 répondants dont 672 renseignés.

Pour plus de 85% des répondants, le dispositif est en outre facile ou très facile à présenter et expliquer par l'établissement aux résidents et à leurs familles (graphique 77).

Graphique 77 : Appréciation de la maîtrise du dispositif de réduction d'impôt par la structure répondante – par secteur et en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 888 répondants dont 664 renseignés.

5. Des moyens divers pour renforcer la transparence et la clarté du dispositif et renforcer la prise en charge

5.1. Une large majorité des répondants effectifs sont en faveur d'une information annuelle renforcée sur les coûts et les prises en charge, du passage à un financeur et décideur unique, l'ARS apparaissant de loin comme la meilleure option

Plus de 70% des répondants effectifs considèrent qu'assurer une information renforcée sur la dimension financière du séjour est une priorité (graphique 78).

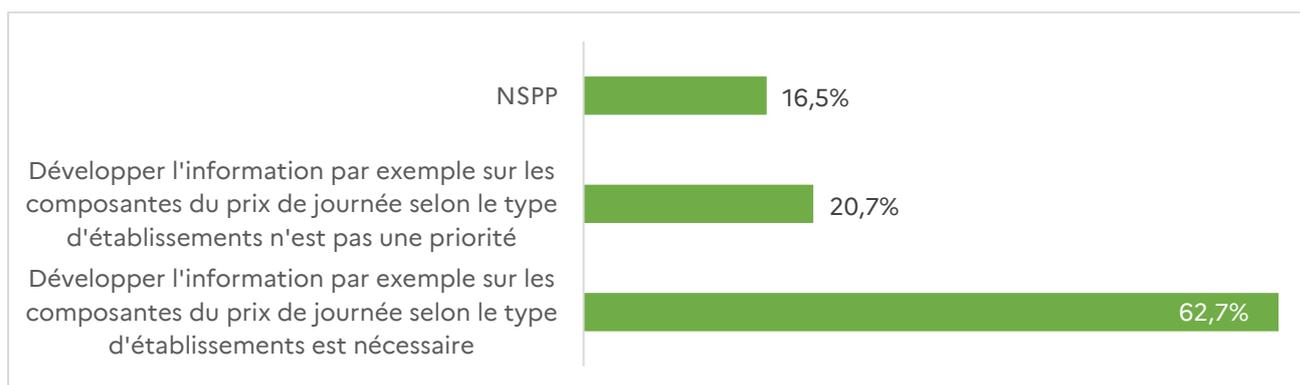
Graphique 78 : Analyse du besoin d'information sur les coûts et la prise en charge par les entités répondantes – en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 006 renseignés.

Plus de 80% des répondants effectifs considèrent que développer l'information sur les composantes du prix de journée est nécessaire (graphique 79).

Graphique 79 : Analyse du besoin d'information sur les composantes du prix de journée selon le type d'établissements par les entités répondantes – en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 017 renseignés.

Plus de 75% des répondants effectifs se prononcent en faveur d'une fusion des sections soins et dépendance (graphique 80).

Graphique 80 : Analyse de la fusion des sections soins et dépendance par les entités répondantes – en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 009 renseignés.

En revanche, **une réforme encore plus profonde du mode de financement via la fusion de toutes les sections n'est envisagée que par 55% des répondants effectifs** (graphique 81).

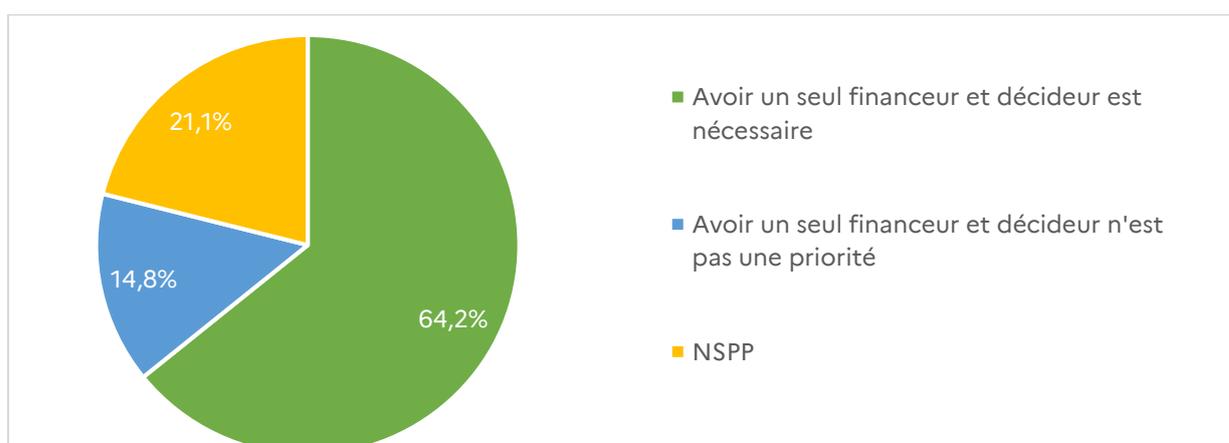
Graphique 81 : Analyse de la fusion des trois sections (soins, dépendance et hébergement) par les entités répondantes – en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 009 renseignés.

Plus de 80% des répondants effectifs considèrent qu'avoir un financeur unique est une priorité (graphique 82).

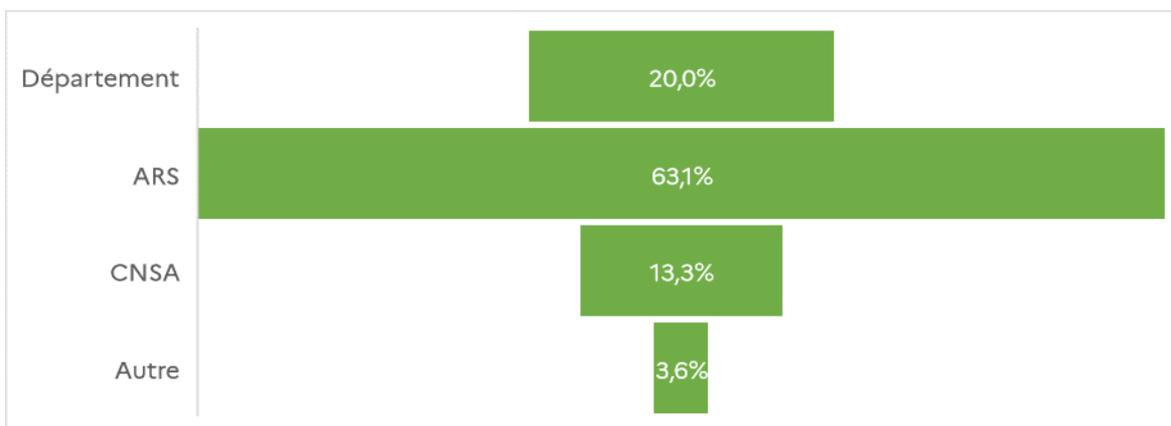
Graphique 82 : Analyse du passage à un financeur et décideur unique par les entités répondantes – en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 009 renseignés.

Pour 63% des répondants, ce financeur unique serait l'Agence Régionale de Santé, devant le département (20%) et la CNSA (13% - graphique 83).

Graphique 83 : Désignation du financeur et décideur unique par les entités répondantes – en %

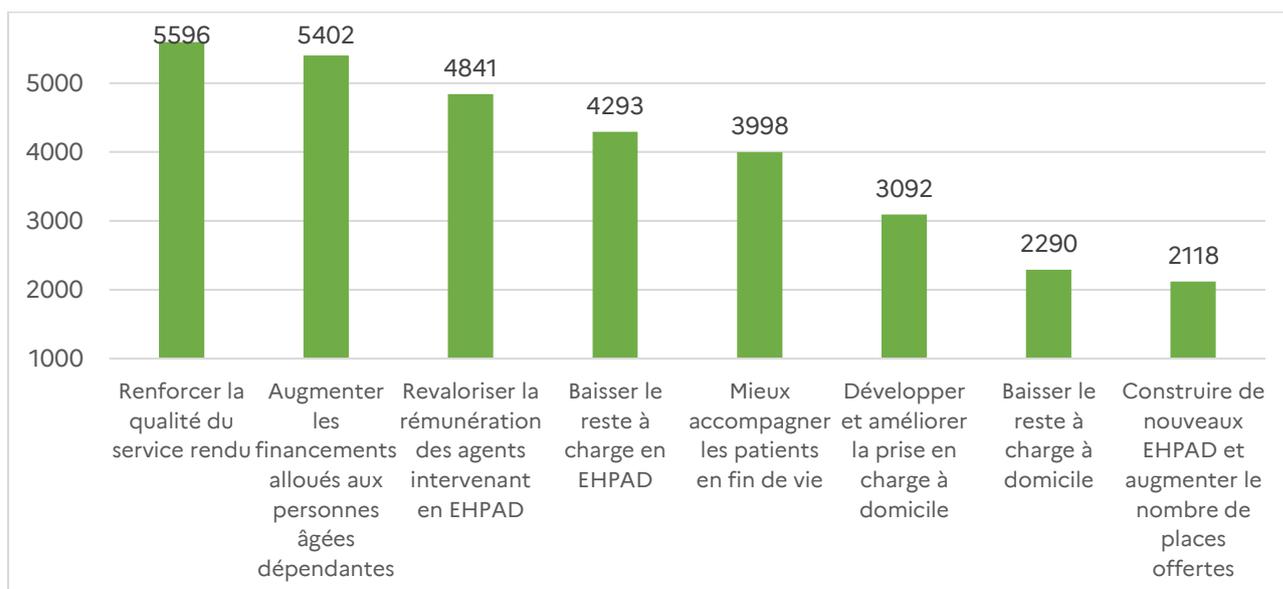


Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 009 répondants dont 610 renseignés.

5.2. Les actions prioritaires à mener portent tant sur l'offre existante (qualité, rémunérations) que sur la solvabilisation de la demande (en priorité l'amélioration des prestations et, en particulier, l'APA en établissement)

La qualité (18%) et la hausse des financements (17%) sont les premières actions prioritaires nommées. Suivent la revalorisation des rémunérations des agents (15%), la baisse du RAC (14%) et l'accompagnement de la fin de vie (13%). Les répondants considèrent que le champ du domicile est moins prioritaire, tout comme la création de nouveaux EHPAD (graphique 84).

Graphique 84 : Actions à mener selon les entités répondantes – en nombre de citations

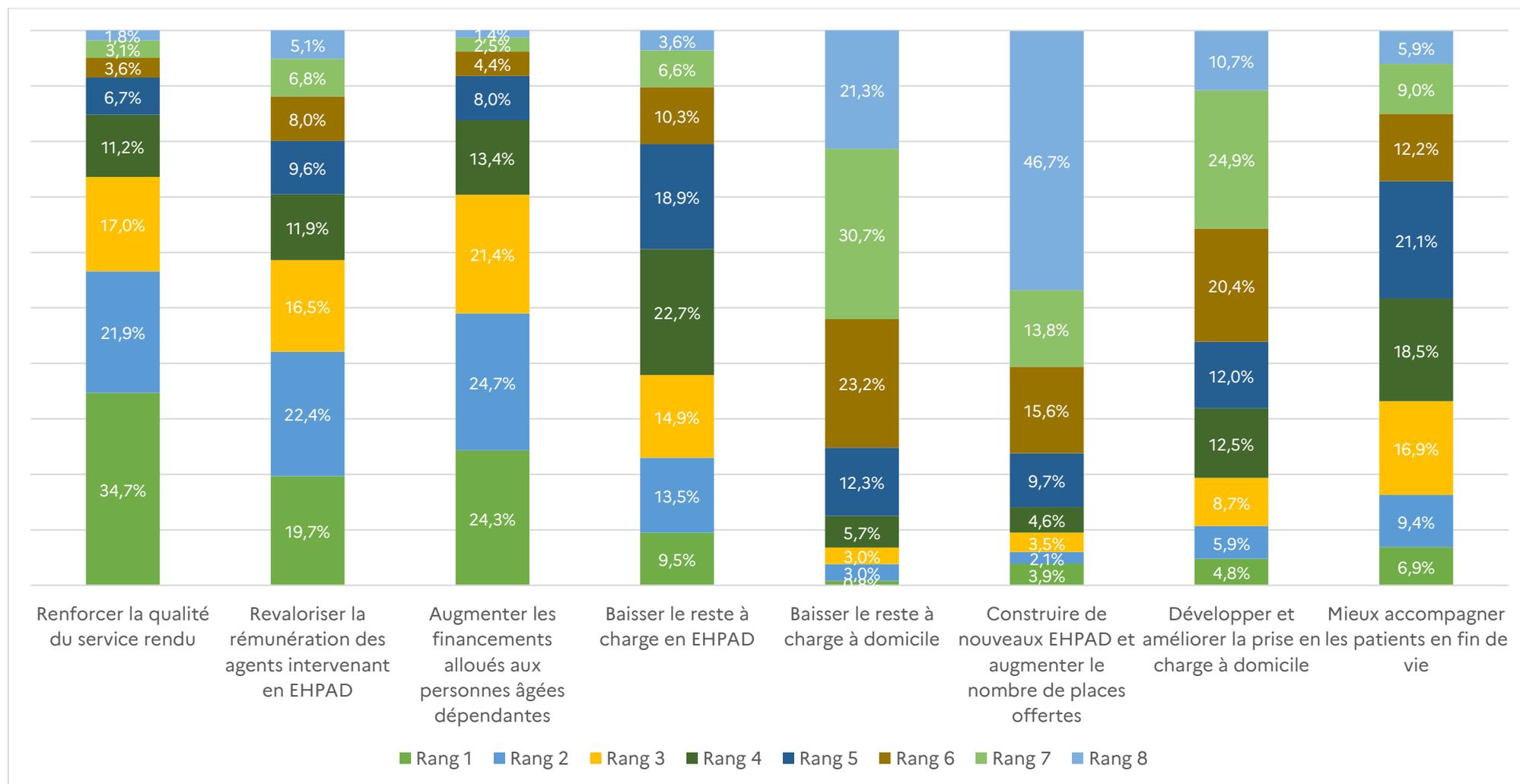


Source : Enquête, traitement et travaux mission.

L'analyse des différents axes proposé selon leur rang de priorité confirme cette analyse et ce classement (graphique 85).

Annexe VI

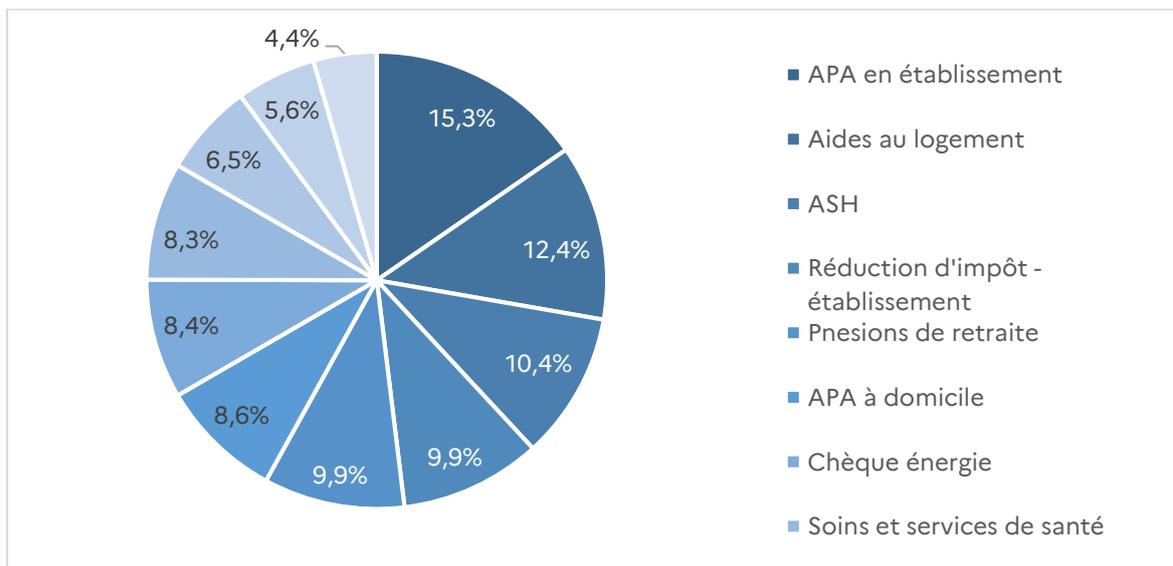
Graphique 85 : Actions à mener selon les entités répondantes – selon le rang de priorité en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission.

Les leviers privilégiés par les répondants pour changer la situation actuelle sont d'abord les prestations : APA en établissement, aides au logement ou ASH. L'outil fiscal n'est cité qu'au même niveau que les pensions de retraite (graphique 86).

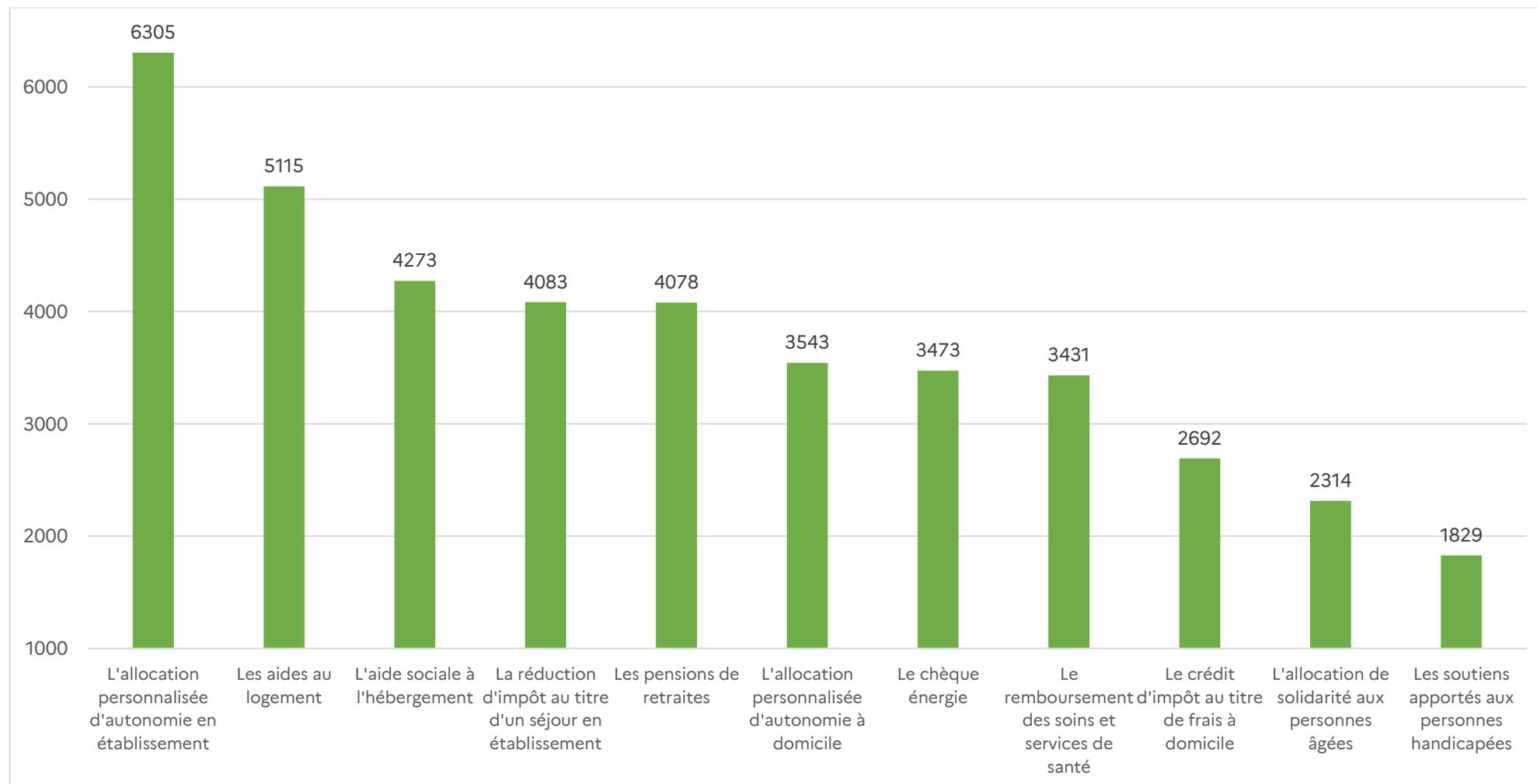
Graphique 86 : Soutiens publics à privilégier pour changer la situation selon entités répondantes – en % des items cités



Source : Enquête, traitement et travaux mission.

L'analyse en nombre (graphique 87), tout comme selon le rang de priorité (graphique 88) confirment cette approche.

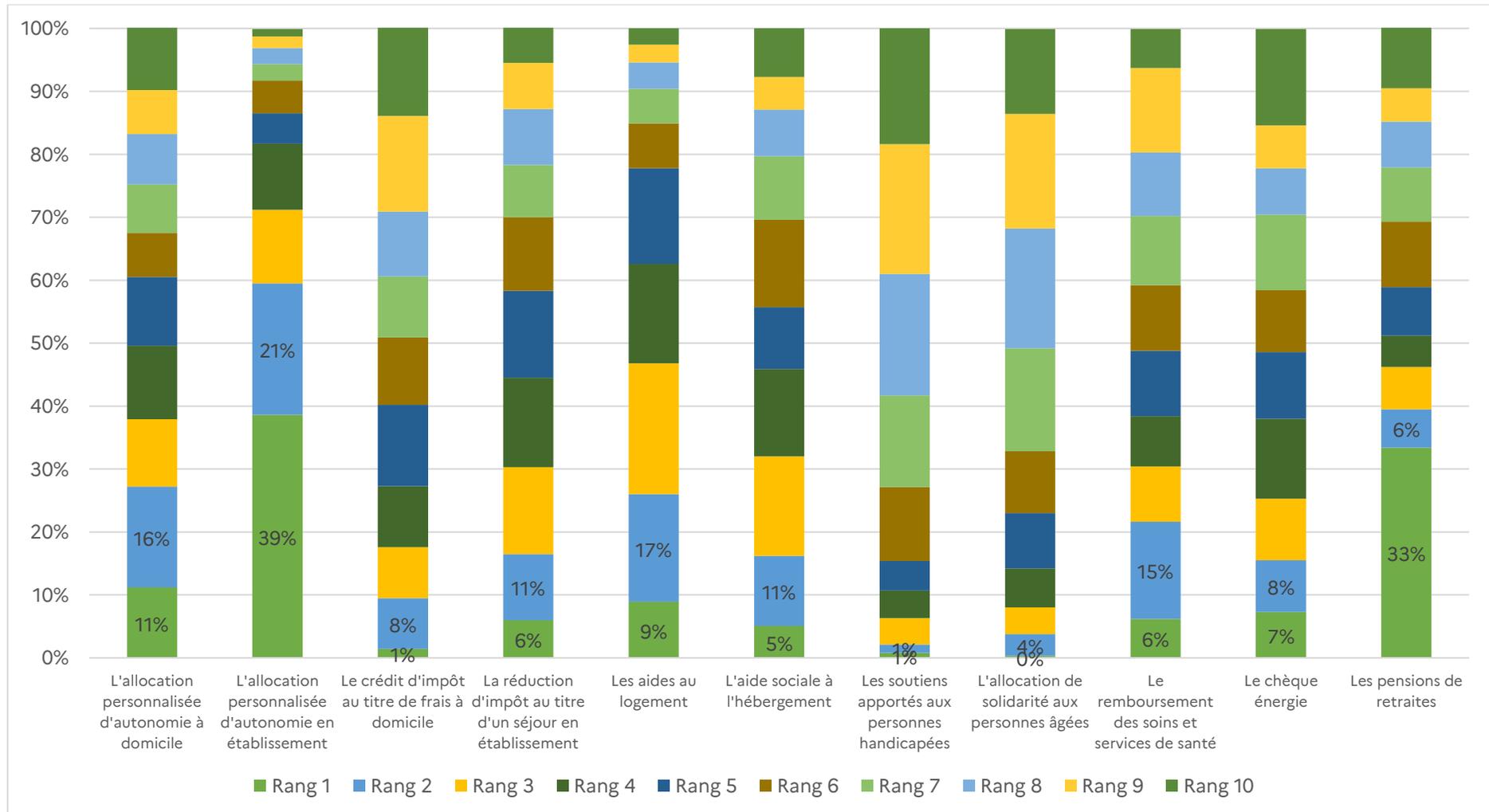
Graphique 87 : Soutiens publics à privilégier pour changer la situation selon entités répondantes – en nombre de citations par les répondants



Source : Enquête, traitement et travaux mission.

Annexe VI

Graphique 88 : Soutiens publics à privilégier pour changer la situation selon entités répondantes – selon le rang de priorité en %



Source : Enquête, traitement et travaux mission.

CONCLUSION

L'enquête a permis à la mission de pallier son incapacité à se déplacer sur le terrain dans des structures par définition très diverses et ancrées dans leurs territoires.

Elle permet de mettre en lumière des enseignements clés concernant la complexité du cadre actuel, la nécessité de le faire évoluer et la relative difficulté des bénéficiaires et des structures à le maîtriser dans toutes ces dimensions.

Ce besoin de changement est conforté par les approches assez majoritaires des évolutions devant être conduites, aspect largement mis en avant par les répondants.

Dans toutes ces dimensions, cette enquête inédite constitue donc un élément nouveau d'enseignement et sans nul doute indispensable pour tout acteur souhaitant apprécier le reste à charge en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et les moyens d'action disponibles et devant être utilisés pour faire évoluer le cadre actuel.

PIECE JOINTE : FAC-SIMILE DU QUESTIONNAIRE AVANT PROGRAMMATION ET MISE EN LIGNE

Enquête auprès des établissements prenant en charge des personnes âgées dépendantes (EHPAD et USLD) dans le cadre de la mission confiée à C Pirès Beaune

Cette enquête est conduite dans le cadre de la mission confiée par la Première ministre à Christine Pirès Beaune, députée du Puy de Dôme et membre de la commission des finances. Cette mission a trait à la prise en charge des personnes âgées en établissements (EHPAD et USLD) et notamment des conditions dans lesquelles les frais en résultant pour les résidents (et/ou leurs familles) sont modulés ou pris en charge en tout ou partie. Un des points d'attention porte sur les sommes restant à payer (reste à charge).

Le questionnaire est avant tout consacré aux modes de prise en charge des personnes âgées dans vos établissements et des conditions dans lesquelles, selon vous, elles font face aux dépenses qui leur incombent.

Cette enquête ne vise pas à être représentative en tant que telle. Elle est diffusée largement. Elle concerne tous les établissements. Elle est relayée par différents réseaux et fédérations.

Nous demandons une et une seule réponse par établissement ou par groupe d'établissements.

L'enquête est totalement anonyme. Vos résultats en détail (établissements, communes etc.) ne seront jamais divulgués à des tiers. Ils seront accessibles exclusivement aux membres des inspections générales en appui, soumis au secret professionnel et au secret statistique, pour leur permettre de consolider les réponses. Pour vérifier que plusieurs réponses ne seront pas produites pour le même établissement, un suivi sera assuré via les identifiants informatiques. Il vous est demandé la nature de votre établissement, votre département d'implantation ainsi que le code postal de l'établissement principal pour lequel vous répondez.

La réponse à ce questionnaire devrait représenter 30 minutes dans le cas où celui-ci serait trop long, vous pouvez passer certaines réponses et valider vos réponses, même partielles.

Les réponses sont le plus souvent fermées et proposées en cochant des cases ou avec un menu déroulant. Vous pouvez décider de ne pas répondre à une des questions et dans ce cas, il est possible de passer à la question suivante.

En cas de difficulté, vous pouvez envoyer un mail à... [adresse générique pour l'enquête]

Pour les services IGAS :

- **En rouge et majuscules - les têtes de chapitre ; attention le 3 ne doit être ouvert que selon la réponse à la question, 21**
- **En bleu - les sous questions**
- **En vert - des questions posées selon la réponse à la sous question**
- **En orange – des questions posées selon la réponse à la sous question ou à la sous sous question**

De plus :

Les répondants peuvent ne pas répondre sur un item et passer

Les répondants peuvent soit répondre une seule fois soit plusieurs choix possibles, c'est précisé dans l'intitulé

Q1/ VOTRE ETABLISSEMENT

Q10. Vous avez eu connaissance de cette enquête (plusieurs réponses possibles)

- Car vous êtes adhérent au SYNERPA
- Car vous êtes adhérent à la FEHAP
- Car vous êtes adhérent à NEXEM
- Car vous êtes adhérent à l'ADPA
- Car vous êtes adhérent à la FNADEPA
- Car vous êtes adhérent à la FHF
- Car vous êtes adhérent à la FHP
- Car vous relevez d'un groupe qui a relayé la demande (préciser le nom du groupe)
- Par d'autres voies (préciser cette voie)

Q11. Vous êtes (une seule réponse possible)

- Un EHPAD
- Une USLD
- Autres (préciser)

Q12. Vous êtes (une seule réponse possible)

- Une entité privée avec la personnalité morale autonome
- Un établissement membre d'un groupe privé lucratif (plusieurs établissements en gestion)
- Un établissement membre d'un groupe privé non lucratif (plusieurs établissements en gestion)
- Un établissement relevant d'un groupe ou centre hospitalier public
- Un autre établissement public

Q12 A – Si cases cochées Un établissement relevant d'un groupe ou centre hospitalier public ou un autre établissement public, question suivante (une seule réponse possible)

- Je relève d'un groupement hospitalier de territoire et m'inscris dans le cadre des mutualisations qu'il porte et qui me concernent
- Je relève d'un groupement hospitalier de territoire, mais les mutualisations qu'il porte ne me concernent pas
- Je ne relève pas d'un groupement hospitalier de territoire

Q13 Vous relevez (une seule réponse possible)

- Du secteur public
- Du secteur privé lucratif
- Du secteur privé non lucratif

Q13 A si réponse du secteur public (une seule réponse possible)

- Vous relevez du champ hospitalier
- Vous relevez du département
- Vous relevez d'une commune ou d'un groupement de communes (CCAS ou CIAS)
- Autres (préciser)

Annexe VI

Q13 B si réponse du secteur privé lucratif (une seule réponse possible)

- Vous relevez d'un groupe coté en bourse et/ou intervenant hors de France (si oui, lequel)
- Vous relevez d'un groupe intervenant exclusivement en France (si oui, lequel)
- Vous ne relevez pas d'un groupe

Q13 C si réponse du secteur privé non lucratif (une seule réponse possible)

- Vous relevez d'un groupe (si oui, lequel)
- Vous relevez d'une fondation ou association (si oui, lequel)
- Autres (préciser)

Q14. A titre personnel, vous, représentant de votre établissement, êtes (une seule réponse possible)

- Directeur de l'entité
- Membre du comité de direction de l'entité
- Autre cadre dans l'entité
- Autres (préciser)

Q15 Votre établissement comprend (une seule réponse possible)

- Moins de 10 places
- de 10 à 20 places
- de 21 à 30 places
- de 31 à 40 places
- de 41 à 50 places
- de 51 à 60 places
- de 61 à 70 places
- de 71 à 80 places
- de 81 à 90 places
- de 91 à 100 places
- de 101 à 150 places
- de 151 à 200 places
- de 201 à 300 places
- de 301 à 400 places
- de 401 à 500 places
- Plus de 500 places

Q16 Votre établissement est implanté (une seule réponse)

- Menu déroulant départements (annexe 1)

Q17 Quel est le code postal de votre établissement principal ? (une seule réponse)

- Code postal - uniquement réponse en 5 chiffres

Q2/ VOTRE ETABLISSEMENT

Q21 Votre établissement (une seule réponse possible)

- Propose des places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement
- Ne propose pas de places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement

Annexe VI

Q21 A - Si réponse propose des places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement ; ces places représentent (un seul choix possible)

- Moins de 10% des places
- Entre plus de 10 et 20% des places
- Entre plus de 20 et 30% des places
- Entre plus de 30 et 40% des places
- Entre plus de 40 et 50% des places
- Entre plus de 50 et 60% des places
- Entre plus de 60 et 70% des places
- Entre plus de 70 et 80% des places
- Entre plus de 80 et 90% des places
- Plus de 90% des places mais pas 100% des places
- 100% des places

Q3/ SI REPONSE « PROPOSE DES PLACES HABILITEES A L'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT » A Q21

Q31 Vous accompagnez les résidents et leurs familles dans le cadre de leurs démarches de demande de l'ASH (une seule réponse possible)

- Oui
- Non

Q31 A Si oui à Q31, dans quelle mesure (un choix par thème : NSPP / pas du tout / Plutôt non / Plutôt oui / Tout à fait)

- Vous présentez le dispositif ASH
- Vous expliquez la manière dont fonctionne l'ASH
- Vous accompagnez les demandes d'ASH
- Vous remplissez les demandes d'ASH avec les demandeurs
- Vous envoyez et suivez le retour de la demande d'ASH
- Autres : compléter
- Aucun des choix ci-dessus

Q31 B Si oui à Q31, votre sentiment est que (un choix par thème : NSPP / pas du tout / Plutôt non / Plutôt oui / Tout à fait)

- Le dispositif est facile à présenter
- La procédure est claire et facile à expliquer
- Les ressources restant au bénéficiaire sont clairement présentées
- La prise en charge en EHPAD est clairement comprise
- La notion de l'obligation alimentaire est bien comprise (pas synonyme d'acceptée ici mais comprise dans son impact)
- La notion de récupération sur succession est bien comprise (pas synonyme d'acceptée ici mais comprise dans son impact)

Annexe VI

Q31 C si oui à Q31, le recours à l'ASH est (une réponse par thème - Oui / non / NSPP)

- Dissuasif du fait de la demande
- Dissuasif du fait de la procédure
- Dissuasif du fait de l'obligation alimentaire
- Dissuasif du fait de la récupération sur succession

Q32 (quelle que soit la réponse à Q31) Dans votre département, à votre connaissance (un seul choix possible)

- L'obligation alimentaire est appliquée en intégralité (descendants, collatéraux et petits enfants)
- L'obligation alimentaire est limitée aux descendants et collatéraux – hors petits enfants
- L'obligation alimentaire est limitée aux descendants - hors petits enfants et collatéraux
- Le département ne met pas en œuvre l'obligation alimentaire
- Je ne sais pas

Q33 Dans votre département, à votre connaissance (un seul choix possible)

- Le recours sur succession est systématiquement mis en œuvre
- Le recours sur succession n'est pas systématiquement mis en œuvre
- Le recours sur succession n'est pas mis en œuvre
- Je ne sais pas

Q34 Dans votre département la politique de mise en œuvre de l'obligation alimentaire ou de recours sur succession vous semble en gestion (un seul choix possible)

- Très efficace
- Efficace
- Peu efficace
- Pas du tout efficace
- Je ne sais pas

Q35 Selon vous la mise en œuvre de l'obligation alimentaire ou de recours sur succession vous semble en gestion (un choix pour chaque axe de réponse)

- Très bien comprise / Bien comprise / mal comprise / très mal comprise
- Très contestée / Plutôt contestée / peu contestée / pas du tout contestée

Q36 De votre point de vue, le délai d'instruction de la demande d'ASH est (un seul choix possible)

- Beaucoup trop long
- Trop long
- Rapide
- Très rapide
- NSPP

Q37. Ce délai d'instruction de l'ASH est (un seul choix possible)

- De deux semaines ou moins
- D'un mois ou moins
- De deux mois ou moins
- De trois mois ou moins
- De trois à six mois
- Supérieur à six mois

Q38. Ce délai s'explique par (pour chaque axe, choix entre tout à fait / plutôt oui / plutôt non/ pas du tout / ne sais pas)

- La recherche systématique des obligés alimentaires
- La demande de nombreuses pièces
- La demande régulière d'éléments complémentaires
- La difficulté des services du département à gérer ce genre de demandes

Q4/ LE COUT DE L'EHPAD

Q41. Pour les résidents et leurs familles, ce coût est (un seul choix possible)

- Compris
- Peu compris

Q42. Ce coût est (un seul choix possible)

- Clair et la prise en charge publique (département et sécurité sociale) est bien comprise
- Clair et la prise en charge publique est mal comprise
- Peu clair et la prise en charge publique est bien comprise
- Peu clair et la prise en charge publique est mal comprise
- Je ne sais pas

Q43. Du point de vue des résidents ou de leurs proches, les trois composantes du tarif sont (un seul choix possible)

- Très bien comprises
- Bien comprises
- Mal comprises
- Pas du tout comprises
- Je ne sais pas

Q44. Avez-vous des suggestions pour mieux comprendre les tarifs et leur prise en charge (pour chaque axe – choix entre oui / non / NSPP)

- Assurer une information annuelle
- Développer l'information par exemple sur les composantes du prix de journée selon le type d'établissements
- Fusionner les sections soins et dépendance
- Fusionner les trois sections
- Avoir un seul financeur et décideur (si oui, lequel : département, ARS, sécurité sociale, CNSA, autre et dans ce dernier cas, préciser)
- Déployer une autre action – laquelle

Q5/ LE SOUTIEN AUX DEPENSES DE LOGEMENT

Q51. Vos résidents bénéficient-ils / peuvent-ils bénéficier des aides au logement ? (un seul choix possible)

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Q52. Votre établissement est-il conventionné c'est-à-dire que vos résidents peuvent bénéficier des aides personnalisées au logement (APL) ? (un seul choix possible)

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Q53. Ce conventionnement est (un choix pour chaque axe)

- Facile / Complicé / Ni facile ni compliqué
- Utile / Inutile / Ni utile ni inutile

Q54. Pour bénéficier des aides au logement (un seul choix possible)

- La demande est faite par le résident et sa famille de manière autonome
- La demande est faite conjointement par votre établissement et le résident / sa famille
- La demande est formulée par l'établissement en même temps que le dossier d'admission
- Autre (préciser)

Q55. Dans votre établissement, la part des bénéficiaires des aides au logement (APL et ALS) dans l'ensemble des résidents est de (un seul choix possible)

- 10% ou moins
- 20% ou moins
- 30% ou moins
- 40% ou moins
- 50% ou moins
- 60% ou moins
- 70% ou moins
- 80% ou moins
- 90% ou moins
- 100% ou moins

Q56. Vous considérez les démarches liées aux aides au logement (un seul choix possible)

- Très faciles
- Faciles
- Complexes
- Très complexes
- Je ne sais pas

Q57. En tant qu'EPHAD (un seul choix possible)

- Vous disposez d'un accès facilité à la CAF ou à la MSA (adresse mail dédiée, numéro de téléphone...)
- Vous ne disposez pas d'un accès facilité à la CAF ou à la MSA (adresse mail dédiée, numéro de téléphone...)
- Je ne sais pas

Q6/ L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE EN ETABLISSEMENT

Q61. Dans votre établissement la part de résidents bénéficiant de l'APA est de (un seul choix possible)

- 100%
- 90% ou plus
- 80% ou plus
- 70% ou plus
- 60% ou plus
- 50% ou plus
- 40% ou plus
- 30% ou plus
- 20% ou plus
- 10% ou plus
- Moins de 10%
- Aucun résident ne bénéficie de l'APA
- Je ne sais pas.

Q62. Vous accompagnez les résidents et leurs familles dans le cadre de leurs démarches de demande de l'APA (un seul choix possible)

- Oui
- Non

Q62 A Si oui à Q62, dans quelle mesure (un choix par thème : NSPP / pas du tout / Plutôt non / Plutôt oui / Tout à fait)

- Vous présentez le dispositif APA
- Vous expliquez la manière dont fonctionne l'APA
- Vous accompagnez les demandes d'APA
- Vous remplissez les demandes d'APA avec les demandeurs
- Vous envoyez et suivez le retour de la demande d'APA
- Autres : compléter
- Aucun des choix ci-dessus

Annexe VI

Q62. B si oui à Q62, votre sentiment est que (un choix par thème : NSPP / pas du tout / Plutôt non / Plutôt oui / Tout à fait)

- Le dispositif est facile à présenter
- La procédure est claire et facile à expliquer
- La prise en charge en EHPAD est clairement comprise
- Le passage de l'APA à domicile à l'APA en établissement est bien compris
- Le passage de l'APA à domicile à l'APA en établissement est facile

Q63 De votre point de vue, le délai d'instruction de la demande d'APA est (un seul choix possible)

- Beaucoup trop long
- Trop long
- Rapide
- Très rapide
- NSPP

Q64. Ce délai d'instruction de l'APA est (un seul choix possible)

- De deux semaines ou moins
- D'un mois ou moins
- De deux mois ou moins
- De trois mois ou moins
- De trois à six mois
- Supérieur à six mois

Q65. Au final, vous considérez cette procédure de demande d'APA en établissement (pour chaque point choisir entre tout à fait / plutôt oui / plutôt non/ non / ne sais pas)

- Comprise
- Facile
- Claire
- Accessible

Q7/ RESTES A CHARGE

Q71. En ce qui concerne le « talon dépendance » soit le montant minimal pouvant être laissé à la charge de chaque résident au titre de la dépendance (un seul choix possible)

- Vous l'appliquez systématiquement
- Vous ne l'appliquez jamais
- Vous ne l'appliquez qu'à certains résidents – expliquer
- Je ne sais pas

Q72. Le reste à charge en EHPAD est (un seul choix possible)

- Très bien compris et accepté
- Bien compris et accepté
- Mal compris et accepté
- Très mal compris et accepté

Q73. Selon vous, en moyenne, le reste à charge de vos résidents correspond à quelle part de leurs revenus courants (un seul choix possible)

- 500% et plus (5 fois les revenus courants)
- 400% et plus (4 fois les revenus courants)
- 300% et plus (3 fois les revenus courants)
- 200% et plus (2 fois les revenus courants)
- 175% et plus (1,75 fois les revenus courants)
- 150% et plus (1,5 fois les revenus courants)
- 100% et plus (1 fois els revenus courants)
- 50% et plus (la moitié des revenus courants)
- Moins de 50% (moins de la moitié des revenus courants)
- Je ne sais pas

Q74. A votre connaissance, le plus souvent, ce reste à charge est financé (un seul choix possible)

- Par le résident
- Par la famille et les proches du résident
- Conjointement par le résident, sa famille et ses proches
- Je ne sais pas

Q74. A si réponse « Par le résident » à Q74, ce reste à charge est financé par le résident le plus souvent (un seul choix possible)

- Dans son intégralité
- A 75% et plus
- A 50% et plus
- A 25% et plus
- A moins de 25%

Q74 B si réponse « Par la famille et les proches du résident » à Q74, ce reste à charge est financé par le résident le plus souvent (un seul choix possible)

- Dans son intégralité
- A 75% et plus
- A 50% et plus
- A 25% et plus
- A moins de 25%

Q74 C si réponse « Conjointement par le résident, sa famille et ses proches » à Q74, ce reste à charge est financé par le résident le plus souvent (un seul choix possible)

- Dans son intégralité
- A 75% et plus
- A 50% et plus
- A 25% et plus
- A moins de 25%

Annexe VI

Q75. Certaines personnes décident-elles de ne pas venir dans votre établissement du fait des coûts importants restant à leurs charges ? (un seul choix possible)

- Oui, très fréquemment
- Oui, fréquemment
- Non, pas fréquemment
- Non, jamais

Q76. Certains de vos résidents ont-ils été amenés à quitter votre établissement car les coûts étaient trop importants ? (un seul choix possible)

- Oui, très fréquemment
- Oui, fréquemment
- Non, pas fréquemment
- Non, jamais

Q76 A si réponse « oui, très fréquemment » ou « oui, fréquemment » à la Q76, quelle part ces départs pour incapacité à faire face au reste à charge représentent dans l'ensemble des départs (hors départ pour cause médicale ou décès) - (un seul choix possible)

- 100%
- 75% ou plus
- 50% ou plus
- 25% ou plus
- Moins de 25%
- Aucun
- Je ne sais pas

Q77. Au cours des 5 dernières années, avez-vous rencontré et rencontrez-vous des difficultés à obtenir le paiement des sommes devant être acquittées par les résidents et leurs familles ? (un seul choix possible)

- Oui, très fréquemment
- Oui, fréquemment
- Non, pas fréquemment
- Non, jamais

Q77. A si réponse « oui, très fréquemment » ou « oui, fréquemment » à la Q77, quelle part de vos résidents sont sujets à ces défauts de paiement ? (un seul choix possible)

- 100%
- 75% ou plus
- 50% ou plus
- 25% ou plus
- Moins de 25%

Annexe VI

Q77.B si réponse « oui, très fréquemment » ou « oui, fréquemment » à la Q77, Comment se résolvent ces défauts de paiement (oui / non / je ne sais pas) (un seul choix possible)

- Par un paiement ultérieur des proches du résident
- Par un contentieux et un recouvrement forcé
- Par un abandon de créance par l'établissement (si oui, préciser le montant moyen en cause en euros)
- Autres - préciser

Q78/ Vos résidents et leurs familles connaissent le dispositif de réduction d'impôt (un seul choix possible)

- Oui, tout à fait
- Oui, plutôt
- Non plutôt pas
- Non, pas du tout
- Je ne sais pas

Q78 A Si réponse « oui, très fréquemment » ou « oui, fréquemment » à la Q78, selon vous, ce dispositif est (un seul choix possible)

- Très facile à comprendre et à utiliser
- Facile à comprendre et à utiliser
- Difficile à comprendre et à utiliser
- Très difficile à comprendre et à utiliser

Q78 B Si réponse « oui, très fréquemment » ou « oui, fréquemment » à la Q78, pour vous, en tant qu'établissement, ce dispositif est : (un seul choix possible)

- Très facile à présenter et expliquer
- Facile à présenter et expliquer
- Difficile à présenter et expliquer
- Très difficile à présenter et à expliquer

Q8/ ORGANISATION DE L'EHPAD ET EVOLUTION DE CELUI-CI

Q81. Votre EHPAD (un seul choix possible)

- Dispose d'un médecin coordinateur
- Ne dispose pas d'un médecin coordinateur
- Je ne sais pas

Q82. Votre EHPAD (un seul choix possible)

- Ne relève pas d'une procédure de certification de la qualité / du service
- Relève d'une procédure de certification de la qualité / du service – préciser laquelle
- Je ne sais pas

Q83. Votre EHPAD (un seul choix possible)

- A fait l'objet de travaux importants au cours des cinq dernières années (hors travaux courants d'entretien de type peinture, plomberie ou légères rénovations)
- N'a pas fait l'objet de travaux importants au cours des cinq dernières années
- Je ne sais pas

Q84. Quels sont les freins pour procéder à des travaux importants (un seul choix possible)

- Ils sont d'ordre financier
- Ils sont d'ordre technique
- Ils sont d'un autre ordre
- Je ne sais pas

Q85. Si vous faites des travaux ou envisagez de faire des travaux importants, vous (un seul choix possible)

- Allez augmenter les prix supportés par vos résidents
- N'allez pas augmenter les prix supportés par vos résidents
- Compte tenu des textes et du cadre réglementaire, ne pouvez pas augmenter les prix supportés par vos résidents
- Je ne sais pas.

Q9/ VOTRE AVIS / VOS SUGGESTIONS

Q91. Pour vous, comment peut on diminuer le reste à charge en EHPAD ?

- Réponse libre

Q92. Classez les éléments ci-dessous du plus prioritaire au moins prioritaire (1 - le plus important / prioritaire et 8 - le moins important / le moins prioritaire)

- Renforcer la qualité du service rendu
- Revaloriser la rémunération des agents intervenant en EHPAD
- Augmenter les financements alloués aux personnes âgées dépendantes
- Baisser le reste à charge en EHPAD
- Baisser le reste à charge à domicile
- Construire de nouveaux EHPAD et augmenter le nombre de places offertes
- Développer et améliorer la prise en charge à domicile
- Mieux accompagner les patients en fin de vie

Annexe VI

Q93. Classez les aides, prestations et soutiens pouvant être accordés à vos résidents ci-dessous du « plus facile à utiliser et le plus clair » (nombre 1) au « plus difficile à utiliser et le moins clair » (nombre 10)

- L'allocation personnalisée d'autonomie à domicile
- L'allocation personnalisée d'autonomie en établissement
- Le crédit d'impôt au titre de frais à domicile
- La réduction d'impôt au titre d'un séjour en établissement
- Les aides au logement
- L'aide sociale à l'hébergement
- Les soutiens apportés aux personnes handicapées
- L'allocation de solidarité aux personnes âgées
- Le remboursement des soins et services de santé
- Le chèque énergie
- Les pensions de retraites

La mission vous remercie tout particulièrement pour votre attention et le temps passé à répondre à cette enquête. Vous pourrez prendre connaissance des résultats dans le rapport qui a vocation à être rendu public.

Annexe VI

ANNEXE VII

Proposition des travaux et rapports antérieurs

SOMMAIRE

1.	<u>LES MESURES VISANT A DIMINUER LE RESTE A CHARGE</u>	2
1.1.	<u>Agir sur les sections tarifaires</u>	2
1.2.	<u>Modifier les règles de mobilisation des ressources des résidents et de leur famille</u>	8
1.3.	<u>Créer une nouvelle prestation unifiant les différentes aides existantes</u>	10
1.4.	<u>Elargir à tous le bénéfice des mesures fiscales</u>	15
1.5.	<u>Réformer l'aide sociale à l'hébergement (ASH)</u>	16
1.6.	<u>Mettre en place un bouclier temporel pour les longs séjours en EHPAD</u>	29
2.	<u>LES MODES DE FINANCEMENT</u>	31
2.1.	<u>Moduler les tarifs en fonction des ressources</u>	31
2.2.	<u>Créer de nouvelles recettes avec un nouveau prélèvement social</u>	33
2.3.	<u>Développer la solution assurantielle</u>	34
2.4.	<u>Favoriser la liquidation du patrimoine</u>	39
3.	<u>LES MESURES VISANT A FACILITER L'ACCES AUX DROITS</u>	43
4.	<u>LES MESURES VISANT A AMELIORER LE SUIVI DES DONNEES RELATIVES A LA DEPENDANCE</u>	45
5.	<u>LES MESURES TENDANT A AMELIORER LA GOUVERNANCE DU SECTEUR</u>	51
6.	<u>LES MESURES VISANT A SOUTENIR L'INVESTISSEMENT</u>	59
7.	<u>LES MESURES VISANT A AMELIORER LA REGULATION DU SECTEUR</u>	60

INTRODUCTION

De nombreux rapports ont traité le sujet des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et ont fait émerger des propositions visant directement ou indirectement à diminuer le reste à charge et à renouveler le modèle des EHPAD.

Les recommandations de plusieurs de ces travaux, mentionnés ci-dessous, sont répertoriées

¹ :

- ◆ Des travaux administratifs non publiés de novembre 2022 ;
- ◆ Dominique Libault, « Concertation grand âge et autonomie », mars 2019 ;
- ◆ Rapport administratif non publié portant sur l'aide sociale à l'hébergement, avril 2019 ;
- ◆ Rapport d'information du Sénat (n°428) fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement de la dépendance, Bernard Bonne et Michelle Meunier, 3 avril 2019 ;
- ◆ Rapport d'information de l'Assemblée nationale (n°769) en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), Monique Iborra et Caroline Fiat, 14 mars 2018 ;
- ◆ Luc Domergue et Pavel Rehor, « L'accompagnement de la perte d'autonomie : une politique publique en déshérence ? », Fondation Jean Jaurès, avril 2023.

¹ Le rapport de Laurent Vachey, *La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement*, de septembre 2020, fait l'objet d'une annexe à part entière et ses propositions ne sont pas répertoriées dans la présente annexe.

Annexe VII

1. Les mesures visant à diminuer le reste à charge				
1.1. Agir sur les sections tarifaires				
Mesure	Description	Source	Impact financier	Autres impacts

Geler le talon de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)		Travail administratif non publié, novembre 2022	Gain : 74€ par mois par résident en fin de période (2030) ¹ . Dépense publique : progressive, 550/700M€ porté par la CNSA et le département (62% à taux de concours constant).	
Supprimer le talon de l'APA		Travail administratif non publié, novembre 2022	Gain : 165€ par mois par résident.	

¹ Le talon de l'APA devrait passer de 165€/mois actuellement à 240€/mois en 2030 selon la note précitée

Annexe VII

			Dépense publique : 1,15 Md€ immédiat, 1,5 Md€ à horizon 2030.	
Fusionner les sections tarifaires soins et dépendance en établissement	<p>La mesure vise à créer une section « soin et entretien de l'autonomie » financée par l'assurance maladie à 92% et par les ménages et complémentaires à 8%, comprenant un ticket modérateur de 5 € par jour dont seraient exonérés les titulaires de la CMU-C. La fusion s'accompagnerait d'une convergence progressive au niveau national de la valeur du point GIR.</p> <p>Le pilotage de la section hébergement pour les établissements habilités à l'aide sociale resterait à la main des départements. L'offre de soins et d'accompagnement relèverait d'un seul interlocuteur (ARS ou Conseil départemental)</p>	Concertation grand âge et autonomie, mars 2019 ² , proposition n°125	<p>Gain : le reste à charge en établissement diminuerait de 200 M€.</p> <p>Répercussion sur le budget des départements avec deux options :</p> <p>recupérer la dépense d'APA en établissement (2,4 M€ en 2017) pour financer la nouvelle section par baisse des concours CNSA ou des dotations globales de fonctionnement ;</p> <p>utiliser la dépense pour financer la viabilité, l'attractivité et la qualité de soins à domicile ou une baisse du reste à charge en établissement.</p>	

² Dominique Libault, « Concertation grand âge et autonomie », mars 2019

Annexe VII

<p>Reclasser les charges entre la section hébergement et les autres sections</p>	<p>La mesure consiste à transférer une partie des dépenses comprises actuellement dans la section hébergement vers les sections soins et dépendance, dans la mesure où elles ne relèvent pas exclusivement de l'hébergement en tant que tel mais concerne également les prestations de soin et de dépendance.</p>	<p>Travail administratif non publié, novembre 2022</p>	<p>Gain : 83-85 € par mois par résident en moyenne / 70 € par mois par résident non bénéficiaire de l'ASH</p> <p>Charges transférées (dépenses de personnels de direction, de gestion et d'administration) : 1,56 M€.</p> <p>Section hébergement : - 730 M€ dont - 610 M€ de RAC ;</p> <p>Section dépendance : + 230 M€ au total dont + 80 M€ de reste à charge portés par les résidents qui payent le talon, c'est-à-dire les non bénéficiaires de l'ASH ;</p> <p>Section soin : + 500 M€.</p> <p>Baisse totale du reste à charge : - 530 M€.</p>	
---	---	--	--	--

Annexe VII

			Conséquences indirectes : diminution de l'ASH brute versée à chaque bénéficiaire et donc de la récupération sur succession (supposée modeste).	
Faire basculer certaines dépenses de la section hébergement vers la nouvelle section fusionnant les sections soins et dépendance	La mesure vise à transférer des dépenses de la section hébergement vers la nouvelle section « soin et entretien de l'autonomie » pour réduire le reste à charge des résidents (quote-part des frais de gestion et management, des charges financières, des dépenses de diététiciens voire de la masse salariale des agents).	Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°125		

Annexe VII

<p>Répartir le coût des dépenses de personnel de direction, de gestion et d'administration entre les différentes sections tarifaires</p>	<p>La mesure prévoit de répartir les dépenses de personnel (6 équivalent temps plein – ETP – par EHPAD en moyenne) actuellement imputées sur la section hébergement au prorata de la part de chaque section dans le budget global de l'établissement (en 2016 en moyenne, 32% du coût d'une place en EHPAD relève de la section soins, 15% de la section dépendance et 53% de la section hébergement³).</p> <p>Il est envisagé de limiter à un plafond le nombre d'ETP d'administration dont le coût est réparti entre les trois sections</p>	<p>Rapport non publié, avril 2019</p> <p>recommandation n°7</p>	<p>Gain : réduction du coût de l'hébergement de 730 M€, soit 1 250 € par an et par résident.</p> <p>Dépense publique : 500 M€ de l'Assurance maladie, 96 M€ du département (234 M€ auxquels est soustraite la baisse du tarif hébergement pour les bénéficiaires de l'ASH).</p>	<p>Sans plafond du nombre d'ETP dont le coût serait réparti entre sections, la baisse des tarifs d'hébergement serait plus importante dans les établissements privés lucratifs (7,2 ETP) que dans les établissements publics hospitaliers (3,2 ETP).</p>
---	--	---	---	--

³ CNSA, Analyse statistique, n°5, mai 2018, Les prix des EHPAD en 2017

Annexe VII

<p>Transférer certaines charges de la section hébergement vers les sections soins et dépendance pour diminuer le reste à charge</p>	<p>Les dépenses qui pourraient notamment être transférées sont les dépenses d'animation et une partie des dépenses d'administration générale et d'amortissement de l'immobilier.</p> <p>Il est ensuite possible de rééquilibrer les dépenses entre financeurs publics en ajustant ce que financent les sections « dépendance » et « soins ».</p>	<p>Rapport d'information de l'Assemblée nationale, mars 2018, proposition n°31⁴</p>		
<p>Inclure dans la prestation socle du tarif hébergement l'entretien du linge personnel du résident</p>	<p>La mesure nécessite de modifier le décret⁵ qui définit le panier de prestations minimales d'hébergement à délivrer aux résidents par les EHPAD pour intégrer l'entretien du linge personnel qui n'y est pas compris.</p>	<p>Rapport non publié, avril 2019</p>	<p>Coût de revient : 76€ par mois.</p>	

⁴ Rapport d'information de l'Assemblée nationale (n°769) en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), Monique IBORRA et Caroline FIAT, 14 mars 2018

⁵ Décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Annexe VII

1.2. Modifier les règles de mobilisation des ressources des résidents et de leur famille				
Mesure	Description	Source	Impact financier	Autres impacts
Mettre en place des règles nationales de calcul des ressources mobilisables pour le financement de l'hébergement et créer un simulateur sur le portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées pour mieux se préparer aux conséquences financières d'une entrée en établissement	<p>Des règles nationales indicatives pourraient être instaurées pour définir les ressources et charges prises en compte pour le calcul des ressources mobilisables pour financer l'hébergement.</p> <p>Le simulateur pourrait intégrer ces règles ainsi que des pratiques mieux-disantes des départements voire la prise en compte du recours aux obligés alimentaires.</p>	Rapport non publié, avril 2019 recommandation n°9		
Elaborer un barème spécifique de participation du conjoint vivant à domicile aux frais d'hébergement du résident	La mesure prévoit de mobiliser les ressources du conjoint selon la même logique que la mise en œuvre de l'obligation alimentaire et sur la base d'un barème spécifique. Le conjoint bénéficierait toujours d'un minimum de reste à vivre correspondant à l'ASPA.	Rapport non publié, avril 2019 recommandation n°11		

Annexe VII

Remodeler le calcul du tarif dépendance en EHPAD	La mesure comprend deux volets : élever le seuil de mobilisation des ressources personnelles du résident au niveau de l'ASPA ; supprimer la « forfaitisation » du tarif dépendance qui désincite financièrement au maintien à domicile à partir d'un certain niveau de dépendance.	Rapport du Sénat, avril 2019, proposition n°2 ⁶		
---	--	--	--	--

⁶ Rapport d'information du Sénat (n°428) fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement de la dépendance, Bernard BONNE et Michelle MEUNIER, 3 avril 2019

Annexe VII

1.3. Créer une nouvelle prestation unifiant les différentes aides existantes				
Mesure	Description	Source	Impact financier	Autres impacts
<p>Créer une aide forfaitaire à l'hébergement pour remplacer les aides actuelles</p>	<p>La mesure vise à remplacer les aides actuelles (aide au logement et réduction d'impôt) par une prestation unique à hauteur de 250 € par mois.</p> <p>Face à l'augmentation tendancielle du reste à charge, il s'agirait d'augmenter de 20% de montant de la prestation au fil des ans pour garder sa valeur relative.</p> <p>Une variante à cette mesure serait la mise en œuvre d'un crédit d'impôt de façon contemporaine.</p>	<p>Travail administratif non publié, novembre 2022</p>	<p>Dépense publique : coût net de 1,23 Md€ par an porté par la CNSA (0,6 Md€ actuellement à la charge de l'État pour les aides au logement et la réduction d'impôt). Ajouter 100 € de prestation par mois signifie 0,73 Md€ de dépense publique supplémentaire.</p>	

Annexe VII

			<p>Incidence : La mesure n'aurait d'incidence sur le taux d'effort que des plus aisés, dont les frais d'hébergement n'épuisent pas le revenu, 75% des résidents mobilisant leur patrimoine et/ou l'aide de proches en plus de leur revenu. L'ASH subsisterait au moins à titre résiduel.</p>	
--	--	--	--	--

Annexe VII

<p>Créer une aide dégressive avec le revenu qui remplacerait les aides actuelles</p>	<p>La mesure vise à remplacer les aides actuelles (aide au logement et réduction d'impôt) par une prestation dégressive avec le revenu et qui varierait de 208 € (montant maximal de l'actuelle réduction d'impôt) pour les plus aisés à 800 € pour les plus modestes (tarif médian du parc habilité moins gîte et couvert). En considérant que les résidents ont un revenu de 1 554 € par mois⁷, l'aide s'élèverait à 569 € en moyenne.</p> <p>Les bornes de revenus mises en places seraient les suivantes : entre l'ASPA comme borne inférieure (954 € par mois) et le revenu à partir duquel une participation financière au financement de la section dépendance est prévue en plus du talon (2 490 € par mois).</p>	<p>Travail administratif non publié, novembre 2022</p>	<p>Dépense publique : coût net de 3,4 Md€ après suppression des aides au logement et de la réduction d'impôt.</p> <p>Incidence : Très forte rétractation de l'ASH.</p>	
---	--	--	--	--

⁷ Enquête EHPA 2019.

Annexe VII

<p>Mettre en place une nouvelle prestation plafonnant le taux d'effort</p>	<p>La mesure vise à remplacer l'ensemble des aides (APA, AL, réduction d'IR, ASH) par une aide prenant en charge les frais de séjour (hébergement et talon) après participation à hauteur de 85% du revenu du résident dans la limite d'un plafond réglementaire.</p>	<p>Travail administratif non publié, novembre 2022</p>	<p>Coût direct de la prestation et perte de recettes actuellement récupérées pour les départements ou la CNSA selon les choix de gouvernance.</p>	
<p>Créer une nouvelle prestation autonomie</p>	<p>Le volet « établissement » de la prestation autonomie serait dégressif en fonction des ressources et se substituerait à l'allocation logement et à la réduction d'impôt en établissement. La prestation serait versée par les départements en remplacement de l'APA en établissement, supprimée par la fusion des sections « soin » et « dépendance ».</p>	<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°128</p>	<p>Le département devient financeur unique de la solvabilisation des personnes âgées en établissement, en rééquilibrant la « courbe en U » en faveur des personnes dont les revenus oscillent entre 1000 et 1600 euros.</p>	

Annexe VII

<p>Renforcer la prise en compte du patrimoine dans les ressources du bénéficiaire de la nouvelle prestation autonomie</p>	<p>Les modalités suivantes sont proposées :</p> <p>augmenter à 4 ou 5 % la part du « patrimoine dormant » prise en compte dans le barème de l'APA ;</p> <p>intégrer la valeur de la résidence principale dans l'assiette des ressources utilisée pour le calcul de la participation financière du bénéficiaire.</p> <p>Les pistes de mise en œuvre opérationnelle suivantes sont envisagées :</p> <p>introduire un forfait-logement dans la base de ressource (comme pour le RSA ou la CMU-C) ;</p> <p>intégrer la valeur locative retenue pour le calcul de la taxe foncière dans la base ressource annuelle ;</p> <p>déduire les loyers payés pour les ménages locataires et réviser l'ensemble du barème ;</p> <p>valoriser sur la base d'une fraction de la valeur vénale de la résidence principale.</p>	<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°132</p>		<p>La mesure remplit deux objectifs d'équité en rééquilibrant la situation entre personnes à charge à domicile et celles en établissement dont le reste à charge est plus élevé et entre propriétaires et locataires qui assument le même ticket modérateur à revenus égaux sans que leur réelle capacité à participer soit prise en compte.</p> <p>La mesure permet aussi de prendre en compte le degré de liquidité et les fortes disparités géographiques des marchés de l'immobilier</p>
--	---	--	--	--

Annexe VII

				<i>Pas de perdants dans la mesure où les personnes actuellement à l'APA en conserve le bénéfice si elle leur est plus favorable (Proposition n°133).</i>
Mettre en extinction progressive l'APA au profit de la nouvelle prestation autonomie	La fusion des sections soin et dépendance entrainerait la disparition de l'APA en établissement. A domicile, les personnes en bénéficiant actuellement pourraient en conserver le bénéfice si elle leur est plus favorable.	Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°133		
1.4. Elargir à tous le bénéfice des mesures fiscales				
Mesure	Description	Source	Impact financier	Autres impacts
Substituer un crédit d'impôt à l'exonération actuelle de l'aide financière apportée aux résidents par leurs obligés alimentaires	La mesure suppose : De généraliser le dispositif à tous les obligés ; d'ouvrir le crédit d'impôt quel que soit le revenu du résident ;	Travail administratif non publié, novembre 2022		

Annexe VII

	de fixer la valeur du crédit d'impôt.			
1.5. Réformer l'aide sociale à l'hébergement (ASH)				
Aménager légèrement l'aide sociale à l'hébergement (ASH)	<p>Les différentes propositions suivantes visent à aménager l'ASH :</p> <p>augmenter le minimum laissé à disposition du résident : passer du reste à vivre actuel égal au montant le plus élevé entre 10% des revenus du résident et 1% de l'Aspa (110€ par mois) à 15% du revenu avec un minimum de 1,5% de l'Aspa, soit 165€ par mois.</p> <p>imposer la prise en charge du talon et de la couverture santé complémentaire dans le champ couvert par l'ASH.</p> <p>exclure les petits-enfants de l'obligation alimentaire.</p>	Travail administratif non publié, novembre 2022		

Annexe VII

	<p>envisager l'ASH comme prêt viager hypothécaire, à taux zéro, pas limité par le patrimoine de l'individu dont le risque d'insolvabilité est porté par le département.</p> <p>barémiser l'obligation alimentaire.</p> <p>supprimer la possibilité de tenir compte du patrimoine liquide à l'ouverture de l'ASH.</p>			
Limiter la récupération sur succession	<p>La mesure suppose de :</p> <p>définir un seuil d'actif net successoral pour la récupération sur succession comme pour l'ASPA ;</p> <p>définir un plafonnement annuel récupérable (7 435 € soit 620 € par mois).</p>	<p>Travail administratif non publié, novembre 2022</p>		<p>La mesure réduirait drastiquement la récupération sur succession actuelle et le taux de non recours</p>

Annexe VII

<p>Supprimer l'une des contreparties de l'ASH : l'obligation alimentaire</p>		<p>Travail administratif non publié, novembre 2022</p>	<p>Dépense publique : 170 M€ par an de perte de recettes actuelles et dépenses liées au recours plus important à l'ASH (hypothèse 2 Md€ si explique 50% du non recours).</p>	
<p>Supprimer l'une des contreparties de l'ASH : la récupération sur succession</p>		<p>Travail administratif non publié, novembre 2022</p>	<p>Dépense publique : 270 M€ par an de perte de recettes actuelles et dépenses liées au recours plus important à l'ASH.</p>	
<p>Aligner les règles de l'ASH sur celles applicables aux personnes handicapées hébergées</p>	<p>La mesure vise à attribuer l'ASH à tous les résidents dont le revenu courant est inférieur au tarif du parc habilité (460 000 personnes) sans contreparties, avec un montant correspond à l'écart entre le tarif et 90% des ressources.</p>	<p>Travail administratif non publié, novembre 2022</p>	<p>Dépense publique : coût de la mesure (non évalué) et perte des recettes actuellement récupérées.</p>	

Annexe VII

<p>Généraliser l'accès à l'ASH</p>	<p>Pour supprimer la contrainte liant ASH et conventionnement dans les zones insuffisamment agréées, le département pourrait ouvrir l'ASH dans la limite d'un tarif appliqué de façon générale et forfaitaire sur des places non agréées pour les résidents éligibles par leurs revenus. C'est faire de l'ASH une prestation ouverte à tous sous condition de ressources et avec obligation alimentaire et recours sur succession.</p>	<p>Travail administratif non publié, novembre 2022</p>		
<p>Harmoniser les pratiques des départements dans le cadre de l'ASH</p>	<p>Afin d'homogénéiser les pratiques départementales, la proposition entend :</p> <p>supprimer l'obligation alimentaire pour les petits-enfants ;</p> <p>introduire un barème national indicatif des taux d'effort maximum appliqués aux obligés alimentaires et de la participation du conjoint resté à domicile, en fonction de leurs ressources ;</p>	<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°129</p>		

Annexe VII

	<p>fixer une liste nationale des ressources et charges prises en compte dans le calcul de l'ASH (frais de tutelle, frais de mutuelle, frais d'assurance, talon dépendance, etc.) ;</p> <p>fixer un seuil de déclenchement de la récupération sur succession.</p>			
<p>Supprimer l'obligation alimentaire des petits-enfants dans le cadre de l'ASH</p>		<p>Rapport non publié, avril 2019</p>	<p>Seuls 33% des départements appliquent encore l'obligation alimentaire des petits-enfants, et celle-ci constitue une part relativement faible de la récupération dans ces départements, l'impact financier devrait donc être limité</p>	

Annexe VII

<p>Mettre en place un barème national indicatif de calcul de l'obligation alimentaire, intégré au simulateur en ligne</p>	<p>Ce barème constituerait un plafond de mobilisation des ressources des obligés et ne remettrait pas en cause la possibilité pour un département d'adopter des règles plus favorables.</p> <p>Le barème pourrait être intégré au simulateur en ligne pour estimer le coût d'une entrée en EHPAD.</p>	<p>Rapport non publié, avril 2019</p>		<p>La mesure permettrait d'améliorer l'information des résidents et de leurs familles, d'harmoniser les pratiques entre départements et d'améliorer la cohérence des jugements rendus avec une doctrine claire</p>
<p>Réformer l'obligation alimentaire et le recours sur succession dans le cadre de l'ASH</p>	<p>S'agissant de l'obligation alimentaire, il est proposé de :</p> <p>permettre au président du conseil départemental de la constater, la moduler et la notifier pour réduire les délais de définition de l'ASH</p> <p>mettre fin à l'obligation alimentaire des descendants des enfants</p>	<p>Rapport du Sénat, avril 2019, proposition n°6</p>		

Annexe VII

	S'agissant du recours sur succession, il est proposé de relever le seuil de recouvrement pour l'ASH			
Réformer l'ASH pour la rendre plus accessible : Supprimer la mise en jeu de l'obligation alimentaire Réviser les principes de la récupération Instaurer un « bouclier » sur les revenus les plus généreux	<p>La mesure vise à supprimer la recherche de l'obligation alimentaire.</p> <p>Les rapporteuses ont un avis qui s'écarte sur la question : M^{me} Monique Iborra propose l'augmentation significative du seuil de récupération de 46 000 € fixé par l'article R. 132-12 du CASF et M^{me} Caroline Fiat propose la suppression de la récupération sur succession.</p>	<p>Rapport d'information de l'Assemblée nationale, mars 2018, proposition n°26</p>		

Annexe VII

	Il est aussi proposé de modifier les règles de mobilisation des revenus de la personne prise en charge en permettant la conservation du montant de la cotisation complémentaire santé ainsi qu'un bouclier d'environ 15% des ressources du bénéficiaire avec un plan de 15% de l'ASPA ⁸ .			
Garantir une place habilitée à toutes les personnes éligibles à l'aide sociale en imposant un minimum de places habilitées dans l'ensemble des établissements	Il est proposé de fixer un niveau d'habilitation minimal et révisable en fonction de l'évolution de la demande, à 50%.	Rapport d'information de l'Assemblée nationale, mars 2018, proposition n°28		

⁸ Proposition du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA)

Annexe VII

<p>Augmenter le reste à vivre dont disposent les bénéficiaires de l'ASH</p>	<p>La mesure vise à améliorer le reste à vivre des bénéficiaires de l'ASH en faisant évoluer le plancher réglementaire⁹ du reste à vivre de 1% du montant annuel des prestations minimales de vieillesse (ASPA) à 1,5%, soit en 2019 de 104€ par mois à 156€ par mois.</p>	<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°130 et rapport IGAS ASH, avril 2019, recommandation n°10</p>	<p>Dépense publique : 66 M€, desquels il s'agit de déduire les montants susceptibles d'être récupérés sur succession.</p>	<p>La quasi-totalité des bénéficiaires de l'ASH serait concernée.</p>
<p>Limiter à deux régimes le dispositif d'habilitation à l'aide sociale : (i) habilitation totale et (ii) habilitation partielle pour une part des places à définir au niveau national avec les acteurs du secteur, quel que soit le statut juridique de l'établissement</p>	<p>La mesure vise à fixer un taux de places habilitées compris entre 10% et 20% pour tous les établissements n'étant pas totalement habilités</p> <p>Une priorité pourrait être donnée aux résidents bénéficiaires de l'ASH dont le domicile de secours se situe à proximité</p> <p>Le tarif pour ces places pourrait être fixé au tarif habilité moyen du département ou du territoire</p>	<p>Rapport non publié, avril 2019</p>		

⁹ Article R231-6 du code de l'action sociale et des familles (CASF)

Annexe VII

<p>Faire bénéficier à des personnes éligibles à l'ASH du tarif administré sur des places non habilitées à l'aide sociale</p> <p>Réduire à trois ans le délai au terme duquel l'ASH peut être attribuée à un résident occupant une place non habilitée</p>	<p>La mesure vise à autoriser les départements à demander aux établissements d'accueillir des bénéficiaires de l'ASH au tarif administré au-delà de leur capacité habilitée, en contrepartie d'une prise en charge du manque à gagner.</p>	<p>Rapport non publié, avril 2019</p>	<p>Coût limité pour les départements qui en auront la maîtrise car seront à l'origine de la demande</p> <p>Coût limité pour les établissements qui attribuent un tarif administré à un résident désormais éligible à l'ASH sur une place non habilitée</p>	
<p>Réguler les tarifs hébergement pour les établissements habilités à l'aide sociale par la mise en place de règles de bonne conduite</p>	<p>Les ARS pourraient s'assurer de la mise en œuvre de ces bonnes pratiques.</p>	<p>Rapport non publié, avril 2019</p>		<p>Eviter les tarifications anormalement basses.</p>

Annexe VII

<p>Supprimer le dispositif de convention d'aide sociale qui permet d'être habilité à 100% tout en fixant librement le tarif des résidents non bénéficiaires ou mettre en place un tarif libre « raisonné » ne pouvant s'écarter excessivement du tarif habilité</p>	<p>Le tarif « raisonné » pourrait être au maximum de 20% supérieur aux tarifs habilités de l'établissement.</p> <p>Il est proposé de faire du tarif raisonné le critère pour l'attribution des aides à l'investissement.</p>	<p>Rapport non publié, avril 2019</p>		
<p>Instaurer des prestations de médiation familiale pour régler les désaccords au sein des familles sur la contribution des obligés alimentaires et aboutir à un accord pouvant être homologué devant le juge</p>		<p>Rapport non publié, avril 2019</p>		<p>Prévenir la judiciaire des désaccords.</p>
<p>Supprimer la pré-instruction des dossiers de demande d'ASH par les CCAS</p>		<p>Rapport non publié, avril 2019</p>		<p>Réduire la procédure d'admission à l'ASH.</p>

Annexe VII

<p>Autoriser les départements à interroger la DGFIP sur les informations relatives aux demandeurs de l'ASH dans les déclarations fiscales et fournir ces autorisations à un organisme public chargé de l'instruction des dossiers et de la recherche des obligés alimentaires</p>	<p>Certains services départementaux pourraient demander à l'administration fiscale ces informations (déclarations de revenus et de taxe foncière).</p> <p>Les fonctions de récupération sur succession et de recherche et de recouvrement de l'obligation alimentaire pourraient être regroupées respectivement auprès de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et de l'agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaire de la caisse nationale des allocations familiales (CNAF).</p>	<p>Rapport non publié, avril 2019</p>	<p>La mesure supposerait la mise en place de nouveaux circuits et moyens supplémentaires pour les organismes tiers qui instruiraient les dossiers.</p>	<p>Faciliter l'accès aux fichiers de recherche d'identité, liens de filiation et liens de mariage et aux bases fiscales</p>
<p>Harmoniser les modalités de versement de l'ASH pour tous les départements</p>	<p>La mesure intègre l'objectif de privilégier une prise en charge de la totalité des frais d'hébergement des résidents percevant l'ASH</p>	<p>Rapport non publié, avril 2019</p>		<p>Davantage de lisibilité administrative</p>

Annexe VII

<p>Réaffirmer le principe d'attribution du tarif hébergement aux seuls bénéficiaires de l'aide sociale</p>	<p>Pour mener à bien cette mesure, il s'agit :</p> <p>d'intégrer à la rédaction de l'article L.342-1 les établissements partiellement habilités et accueillant des bénéficiaires de l'aide sociale à titre principal</p> <p>de clarifier la mention faite des établissements partiellement habilités et accueillant des bénéficiaires de l'aide sociale à titre secondaire</p> <p>d'ajouter l'application de tarifs inadéquats à la liste des faits punissables d'amende pour les établissements</p>	<p>Rapport du Sénat, avril 2019, proposition n°11</p>		
<p>Renforcer la législation et la réglementation applicables au conventionnement à l'aide sociale</p>	<p>Cette mesure vise à éviter une pratique observée, certains établissements signataires des conventions à l'aide sociale pratiquant des tarifs différents vis-à-vis des bénéficiaires de l'aide sociale puisque ceux-ci peuvent être revalorisés annuellement.</p>	<p>Rapport du Sénat, avril 2019, proposition n°12</p>		

Annexe VII

<p>Confier la gestion de l'ASH aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)</p>		<p>Rapport d'information de l'Assemblée nationale, mars 2018, proposition n°27</p>	<p>Baisse des coûts de gestion pour les conseils départementaux¹⁰.</p>	
<p>1.6. Mettre en place un bouclier temporel pour les longs séjours en EHPAD</p>				
Mesure	Description	Source	Impact financier	Autres impacts
<p>Instaurer un bouclier temporel en EHPAD au-delà de trois ans</p>	<p>Passé trois ans de séjour en EHPAD (41% des résidents), il s'agit de mettre fin à l'obligation alimentaire (spontanée ou dans le cadre de l'ASH) et au recours sur succession pour tous les GIR.</p>	<p>Travail administratif non publié, novembre 2022</p>	<p>Dépense publique : 1,2 Md€ à la charge des départements</p>	
<p>Mettre en place un bouclier autonomie au-delà d'un séjour de 4 ans pour les GIR 1 et 2 éligibles à l'ASH.</p>	<p>La mesure revient à supprimer l'obligation alimentaire et le recours sur succession à compter de quatre ans en EHPAD.</p>	<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°126</p>	<p>Dépense publique : 650M€, versé par le département et intégralement pris en charge par un fonds de concours de la CNSA.</p>	

¹⁰ Le coût pour les départements est estimé à 1,3Md € en 2015 (DREES, L'aide et l'action sociales en France, édition 2017)

Annexe VII

	La tarification des places habilitées et non habilitées, au-delà de quatre ans, s'établirait au tarif moyen du département sur les places habilitées		Gain : 740 € par mois pour 90 000 résidents en EHPAD et ESLD (15%).	
Mettre en place un bouclier temporel au-delà de trois ans pour les GIR 1 et 2	Le bouclier permettrait de couvrir toutes les charges au-delà de la mobilisation des ressources du résident au-delà de trois ans en EHPAD et serait réservé aux résidents GIR 1 et 2.	Rapport non publié, avril 2019	Dépense publique : 700 à 900 M€ (CRDS)	Donner de la visibilité aux résidents et leurs familles sur le coût d'entrée en EHPAD

Annexe VII

2. Les modes de financement				
2.1. Moduler les tarifs en fonction des ressources				
Mesure	Description	Source	Impact financier	Autres impacts
Mettre en place un surloyer solidaire dans les établissements habilités à l'aide sociale	Il est proposé d'expertiser la sécurisation juridique, pour les établissements habilités à l'aide sociale, d'un financement à la personne et non plus à la place, à travers une modulation encadrée des tarifs d'hébergement	Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°51		
Mettre en place un surloyer solidaire dans les établissements partiellement habilités à l'aide sociale	Le surloyer solidaire s'adresserait aux résidents disposant des ressources les plus élevées. Il serait calculé sur la base d'un budget hébergement prévisionnel (en fonction de la structure de coûts pour les EHPAD publics et privés non lucratifs et d'un tarif librement fixé pour les EHPAD privés commerciaux).	Rapport du Sénat, avril 2019, proposition n°14		

Annexe VII

	<p>Les résidents éligibles à l'aide sociale continueraient de la percevoir et les autres résidents s'acquitteraient d'un tarif déterminé en fonction de leurs capacités financières.</p>			
<p>Mettre en place la modulation en fonction des ressources du tarif hébergement en EHPAD publics et privés à but non lucratif en prévoyant d'y associer un contrôle</p>	<p>Il est proposé de s'appuyer sur l'article 147, alinéa 1 de la loi du 29 juillet 1998 pour instaurer cette modulation, selon lequel, <i>« les tarifs des services publics administratifs à caractère facultatif peuvent être fixés en fonction du niveau de revenu des usagers et du nombre de personnes vivant au foyer »</i>. Il s'agirait de neutraliser l'effet de l'alinéa 2 selon lequel <i>« les droits les plus élevés ne peuvent être supérieurs au coût par usager de la prestation concernée »</i>.</p>	<p>Rapport du Sénat, avril 2019, proposition n°13</p>		

Annexe VII

2.2. Créer de nouvelles recettes avec un nouveau prélèvement social

Mesure	Description	Source	Impact financier	Autres impacts
Créer un nouveau prélèvement social dédié dès 2024	Il est proposé d'utiliser l'assiette de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) pour instituer un nouveau prélèvement affecté au taux de 0,5% pour partie à la CNSA pour financer les dépenses votées dans le cadre du risque de perte d'autonomie des personnes âgées.	Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°160	Rendement de 4,5 Md€ en 2024 et de 9 Md€ en 2025 Augmentation du déficit public au sens du Traité de Maastricht. Pas d'augmentation des prélèvements obligatoires.	
Confier au Fonds de réserve des retraites le placement des excédents de rendement du nouveau prélèvement social		Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°161		

Annexe VII

2.3. Développer la solution assurantielle				
Mesure	Description	Source	Impact financier	Autres impacts
Ne pas mettre en place une assurance privée obligatoire	<p>Sous la forme d'une assurance privée complémentaire, deux options sont envisagées :</p> <p>l'alimentation d'un fonds par cotisation obligatoire à partir d'un certain âge, par capitalisation</p> <p>le financement immédiat de la perte d'autonomie des personnes âgées par des cotisations à partir d'un certain âge, par répartition</p>	Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°163		
Encourager le développement de produits d'assurance privée facultative par un cadre clair et homogène pour ces contrats	<p>Les pistes suivantes sont proposées :</p> <p>assurer des produits d'assurance dépendance plus adaptés aux besoins et plus lisibles pour les souscripteurs ;</p>	Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°164		

Annexe VII

	<p>faire émerger un standard de couverture dépendance en incitant au développement de certaines garanties dans les contrats d'assurance dépendance des organismes complémentaire ;</p> <p>conditionner l'exonération de taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) à certaines conditions :</p> <p>des mécanismes de revalorisation clairs pour éviter l'érosion du pouvoir d'achat de la rente ;</p> <p>une meilleure continuité et transférabilité des droits acquis dans le cadre de couvertures viagères ;</p> <p>l'harmonisation des référentiels de perte d'autonomie, voire l'ouverture automatique des droits parallèlement aux droits APA ;</p> <p>l'encadrement des pratiques de gestion de l'anti sélection notamment médicale.</p>			
--	--	--	--	--

Annexe VII

<p>Relancer la réflexion sur la mise en œuvre d'une assurance dépendance obligatoire</p>	<p>L'assurance dépendance obligatoire répondrait aux caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • système par répartition ; • portée par le secteur assurantiel privé ou le cinquième risque de la sécurité sociale ; • régulation par la généralisation de la grille AGGIR auprès des assureurs et homogénéisation de l'évaluation des besoins et des diagnostics ; • application de règles prudentielles strictes dans la constitution des provisions techniques ; • entrée relativement précoce dans le système (dès 40 ans ou dès le début de la vie professionnelle) ; • cotisation proportionnelle aux revenus de toute nature de l'assuré. 	<p>Rapport du Sénat, avril 2019, proposition n°16</p>		
---	--	---	--	--

Annexe VII

<p>Construire un système de financement mixte de la dépendance fondé sur l'intervention principale de la ressource assurantielle et l'intervention subsidiaire de la ressource solidaire</p>	<p>La mesure vise à organiser la transition du système de financement de la dépendance selon les modalités suivantes :</p> <p>dans un premier temps, maintenir un financement d'abord supporté par l'APA puis par la cotisation dépendance ;</p> <p>la couverture de la dépendance devra définir un montant garanti pour tous les assurés quel que soit leur revenu ;</p> <p>en établissement, elle devra passer par une fongibilité des droits individuels cotisés des résidents.</p>	<p>Rapport du Sénat, avril 2019, proposition n°17</p>		
---	--	---	--	--

Annexe VII

<p>Créer un produit d'épargne dépendance avec le concours des pouvoirs publics et des acteurs assurantiels et mutualistes privés¹¹</p>	<p>Il s'agirait d'instaurer une cotisation d'équilibre en contrepartie du versement mensuel d'une rente dépendance aux assurés et l'adossement systématique du contrat d'assurance dépendance aux contrats de complémentaire santé responsables¹².</p> <p>L'État prendrait en charge partiellement les cotisations dues au titre de la période où la complémentaire santé serait valide.</p>	<p>Rapport de la fondation Jean Jaurès, avril 2023¹³</p>		
<p>Impliquer plus fortement les acteurs privés et favoriser la mutualisation des actions des acteurs publics et privés</p>	<p>La solution assurantielle est encouragée pour une prise en charge plus en amont du risque, dans une logique de sensibilisation et de prévention</p>	<p>Rapport de la fondation Jean Jaurès, avril 2023</p>	<p>La mesure ne devrait pas donner lieu à une augmentation des dépenses publiques et des prélèvements obligatoires.</p>	

¹¹ Proposition issue du rapport « Dépendance. Les enjeux du financement », Fondation Concorde, 22 juillet 2021

¹² Les contrats de complémentaire santé couvrent 96% de la population française

¹³ Luc DOMERGUE et Pavel REHOR, « L'accompagnement de la perte d'autonomie : une politique publique en déshérence ? », Fondation Jean Jaurès, avril 2023

Annexe VII

2.4. Favoriser la liquidation du patrimoine				
Mesure	Description	Source	Impact financier	Autres impacts
Développer les instruments de mobilisation des patrimoines	Il est proposé de développer les outils suivants : les sorties en rentes viagères des produits d'épargne ;	Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°165		

Annexe VII

	<p>les solutions mutualisées de viager : l'acheteur, institutionnel ou professionnel agréé, est soumis à des règles ou impératifs sociaux. La taille de son portefeuille de logements lui permet de mutualiser le risque de survie du vendeur et le risque de valeur du logement au moment du décès. Une intervention publique est proposée pour accompagner ces solutions avec la création d'un observatoire ; la mise en place d'un label à dimension sociale ; l'intervention directe de l'État ou de la Caisse des dépôts et consignations avec la création d'un fonds pour l'achat en viager de logements sociaux ; la codification des tables de mortalité pour harmoniser les produits.</p>			
--	---	--	--	--

Annexe VII

	<p>le prêt viager hypothécaire-dépendance pour les GIR 1 et 2 à domicile ou en établissement. En établissement, il s'agirait d'un prêt-relais avant la vente du bien immobilier, dans un délai fixé à l'avance et autorisant des taux inférieurs à ceux pratiqués pour le prêt viager hypothécaire classique. Le prêt serait réservé aux personnes non éligibles à l'ASH, avec un fonctionnement équivalent sans frais de gestion ni intérêts.</p>			
<p>Elever le seuil de référence du taux de l'usure pour le seul cas du prêt viager hypothécaire</p>		<p>Rapport du Sénat, avril 2019, proposition n°18</p>		<p>Développement de l'offre de prêt viager hypothécaire par les établissements de crédit.</p>
<p>Corriger le viager mutualisé dans le cas où il constituerait un élément de couverture personnelle contre la dépendance</p>	<p>Il est proposé : de réviser la table actuarielle du viager mutualisé pour éviter les décotes excessives liées au droit de jouissance du résident ;</p>	<p>Rapport du Sénat, avril 2019, proposition n°19</p>		

Annexe VII

	<p>de rendre juridiquement possible le fait de provisionner d'office une partie du capital immédiat pour les dépenses relatives à la dépendance ;</p> <p>d'associer des acteurs publics aux fonds dédiés pour ne pas limiter la demande aux seuls patrimoines facilement valorisables.</p>			
--	--	--	--	--

Annexe VII

3. Les mesures visant à faciliter l'accès aux droits				
Mesure	Description	Source	Impact financier	Autres impacts
Créer les Maisons des aînés et des aidants	Il est proposé de créer un guichet unique, sous la forme de Maisons des aînés et des aidants réparties dans les territoires pour rendre accessible l'information et accompagner les personnes âgées et aidants dans leurs démarches. Ces structures se substitueraient aux dispositifs existants.	Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°117		
Créer un guichet unique départemental pour décloisonner l'information liée à la perte d'autonomie¹⁴		Rapport de la fondation Jean Jaurès, avril 2023		

¹⁴ Il s'agit de donner une consistance à l'amendement gouvernemental prévoyant la création d'un guichet unique départemental adopté le 12 avril 2023 dans le cadre de l'examen de la proposition de loi « Bien Vieillir »

Annexe VII

<p>Augmenter l'offre de services en ligne</p>	<p>La mesure vise à développer de nouveaux services en ligne et faciliter l'accès à l'information sur les droits et la qualité des prestations fournies par les structures de prise en charge. La plateforme contiendrait un formulaire national unique de prestation pour simuler le droit aux prestations et en faire la demande.</p>	<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°118</p>		
<p>Communiquer pour information aux personnes accompagnées à domicile et en établissement les montants de prise en charge par la solidarité nationale.</p>		<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°119</p>		

Annexe VII

4. Les mesures visant à améliorer le suivi des données relatives à la dépendance				
Mesure	Description	Source	Impact financier	Autres impacts
Poursuivre les améliorations du compte de la dépendance et l'actualiser plus régulièrement	<p>Il est proposé :</p> <p>de poursuivre les travaux méthodologiques retraçant le surcoût de la perte d'autonomie (surcoûts à l'hôpital, dépenses de soins en établissement et en SSIAD, dépenses d'investissement des collectivités locales relatives aux structures d'accueil des personnes âgées) ;</p> <p>d'actualiser le compte plus régulièrement en particulier après modification législative d'ampleur.</p>	<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°152</p>		
Intégrer les identifiants nationaux des personnes et structures dans les systèmes d'information	<p>Sont visés par la mesure :</p> <p>le NIR pour les personnes ;</p> <p>le SIRET et Finess pour les établissements ;</p>	<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°153</p>		

Annexe VII

	l'enrichissement du Système national des données de santé (SNDS).			
Mettre en place un fichier national des bénéficiaires de l'APA ou de la nouvelle prestation autonomie, hébergé par la CNSA	La mesure prévoit une obligation pour les conseils départementaux d'alimenter le fichier dans le cadre des conventions pluriannuelles avec la CNSA.	Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°154		
Améliorer les remontées statistiques existantes	Il est proposé : d'étendre les remontées de données des départements réalisées par la DREES tous les quatre ans aux prestations du champ handicap ; d'inclure les données d'action sociale des caisses de retraite dans le panel Enéas (Echantillon National d'Etudes sur l'Autonomie et l'hébergement des Seniors).	Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°155		

Annexe VII

<p>Adapter les enquêtes statistiques au vieillissement de la population</p>	<p>Il est proposé de couvrir davantage les personnes âgées (75-85 ans; 85 ans et plus; résidents en institution) dans les enquêtes en population générale de la statistique publique</p>	<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°156</p>		
<p>Créer un observatoire économique de la prise en charge des personnes âgées, rattaché à la DREES</p>	<p>Ceci implique de rendre obligatoire pour chaque établissement la transmission d'informations relatives aux comptes administratifs et à l'imputation des charges sur les sections tarifaires ainsi que le remplissage complet du tableau de bord</p>	<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°157</p>		<p>Un tableau de bord annuel établi par la DREES permettrait d'avoir une connaissance complète et régulière du secteur, dont les informations sont disponibles auprès d'acteurs différents actuellement.</p>
<p>Inciter à la recherche fondamentale et clinique sur le vieillissement</p>		<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°158</p>		

Annexe VII

<p>Inciter à la recherche en sciences humaines et sociales pour mieux comprendre et appréhender le vieillissement, la vieillesse et la fin de vie en tant que phénomène social et favoriser la logique d'interdisciplinarité</p>		<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°159</p>		
<p>Faire de la CNSA un garant de l'équité territoriale à travers la publication de données départementales de qualité de service à l'utilisateur</p>	<p>Les données pour évaluer la qualité du service sont : les délais de prise en charge, la coordination des interventions, la qualité des interventions à domicile, la fréquence des demandes de réévaluation de situation, etc.</p>	<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°171</p>		
<p>Intégrer le suivi de signatures de conventions d'aide sociale dans l'enquête EHPA de la DREES (déjà le cas pour APL et accueil bénéficiaires de l'ALS)</p>	<p>La mesure vise à connaître le nombre de places effectivement tarifées au tarif administré sur les 442 000 places habilitées</p>	<p>Rapport non publié, avril 2019</p>		

Annexe VII

<p>Entreprendre une étude nationale sur la répartition des coûts d'un EHPAD entre activités principales d'hébergement et activités auxiliaires</p>	<p>Il s'agit d'objectiver ce qui relève des activités auxiliaires et des activités principales d'hébergement dans le reste à charge</p>	<p>Rapport du Sénat, avril 2019, proposition n°4</p>		
<p>Conforter les missions de caisse de la CNSA s'inscrivant dans la création du nouveau risque de protection sociale intégré dans le PLFSS</p>	<p>La CNSA serait garante de la remontée, de la consolidation et de la fiabilité des statistiques financières et de leur formalisation dans le cadre d'un tableau de bord.</p>	<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°170</p>		
<p>Renforcer les compétences et les moyens de la CNSA dédiés au repérage des innovations organisationnelles et à leur diffusion auprès des acteurs</p>	<p>La mesure vise à créer un observatoire de l'innovation au sein de la CNSA :</p> <ul style="list-style-type: none"> pour analyser les nouvelles réponses d'accompagnement pour l'aide à la vie quotidienne ; pour diffuser les innovations sur le territoire ; pour constituer des outils d'évaluation pour les acteurs locaux qui souhaitent s'en inspirer ; 	<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°173</p>		

Annexe VII

	pour évaluer les innovations pour les acteurs nationaux.			
Confier à la CNSA le pilotage d'un chantier de rapprochement des systèmes d'information dans le secteur	<p>Ce chantier ne signifie pas de créer un système d'information national unifié mais d'accompagner le développement des SI notamment en :</p> <p>rattrapant le retard du secteur en accompagnement le déploiement des SI dans les établissements et services et la labellisation des produits ;</p> <p>définissant des référentiels socles visant à l'interopérabilité des systèmes d'information ;</p> <p>étendant la messagerie sécurisée de santé au secteur médico-social pour renforcer la coordination entre professionnels ;</p> <p>harmonisant les systèmes d'information de gestion de la future « prestation autonomie » à domicile.</p>	Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°174	Coût : 60 M€ par an pendant cinq ans.	

Annexe VII

5. Les mesures tendant à améliorer la gouvernance du secteur				
Mesure	Description	Source	Impact financier	Autres impacts
Partager entre la CNSA et le département le financement des nouvelles dépenses relatives à la perte d'autonomie	La mesure prévoit que toute variation de dépenses après la fusion des sections soin et dépendance soit prise en charge à 50% par les fonds de concours de la CNSA et à 50% par les conseils départementaux. Les dépenses du bouclier autonomie sont pour leur part prises en charge à 100% par la CNSA.	Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°127		
Faire évoluer l'organisation interne des agences régionales de santé (ARS) pour une meilleure prise en compte des logiques de parcours	La mesure vise à : décroisonner la régulation de l'offre de soins et la régulation de l'offre médico-sociale au sein des ARS ; nommer et former des chefs de projet « parcours des personnes âgées » au sein de chaque ARS ; Revaloriser l'échelon départemental des ARS ;	Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°140		

Annexe VII

	<p>Mettre en place des indicateurs de parcours dans les CPOM entre ARS et État.</p> <p>Maintenir des moyens suffisants d'inspection et de contrôle au sein des ARS.</p>			
<p>Conforter le rôle d'animation territoriale du Conseil départemental en matière d'adaptation du cadre de vie de la personne âgée en perte d'autonomie</p>		<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°166</p>		
<p>Mettre en place un co-pilotage des Maisons des aînés et des aidants entre ARS et conseils départementaux</p>		<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°167</p>		<p>Intégration de l'offre sanitaire et médico-sociale en proximité de la personne.</p>
<p>Créer des conférences départementales du grand âge</p>	<p>Les objectifs sont :</p> <p>de définir une stratégie départementale de l'offre d'accompagnement et de soins aux personnes âgées ;</p>	<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°168</p>		<p>Favoriser l'innovation et la coopération territoriales.</p>

Annexe VII

	<p>d'initier et renforcer des dynamiques partenariales locales ;</p> <p>de rapprocher les calendriers des projets régionaux de santé (PRS) et des schémas départementaux de l'autonomie ;</p> <p>de regrouper le conseil départemental, l'ARS et les organismes de sécurité sociale ;</p> <p>d'intégrer les conférences des financeurs et les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) ;</p> <p>de créer des formations spécialisées consacrées à des sujets transversaux (centralisation des alertes de maltraitance ; transformation de l'offre ; systèmes d'information ; métiers et ressources humaines ; aides techniques et soutien à l'innovation ; adaptation du cadre de vie).</p>			
--	---	--	--	--

Annexe VII

<p>Modifier le pilotage des évaluations médico-sociales</p>	<p>Il est proposé :</p> <p>une reconnaissance mutuelle des évaluations médico-sociales des conseils départementaux et de la branche vieillesse ;</p> <p>l'opposabilité des évaluations pendant un an ;</p> <p>l'expérimentation dans certains départements d'un pilotage unique des évaluations médico-sociales par les conseils départementaux par un conventionnement ;</p>	<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°169</p>		
<p>Simplifier le pilotage de l'offre médico-sociale (scénario 1, privilégié) : pilotage unifié avec possibilité de délégation de compétences</p>	<p>L'ARS piloterait les EHPAD (section unifiée) et SSIAD et les conseils départementaux les SAAD ;</p> <p>Des délégations de compétences pourraient être expérimentées au niveau départemental pour le pilotage de l'offre à domicile ou en établissement.</p>	<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019</p>	<p>Coût faible et expérimentation qui permet de maîtriser les risques.</p>	<p>Adaptation aux enjeux locaux ;</p> <p>Simplification du pilotage ;</p> <p>Hétérogénéités départementales qui peuvent subsister.</p>

Annexe VII

<p>Simplifier le pilotage de l'offre médico-sociale (scénario 2) : l'ARS devient l'interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre à domicile et en établissement et le conseil départemental pilote la stratégie départementale et constitue l'interlocuteur de proximité de la personne</p>	<p>L'ARS piloterait entièrement l'offre d'accompagnement à domicile (SAAD pour les personnes âgées et pour les personnes en situation de handicap) et en EHPAD</p> <p>Le conseil départemental conserverait la compétence d'aménagement du territoire pour l'investissement dans les établissements pour personnes âgées.</p> <p>Le département piloterait également la stratégie départementale du grand âge en présidant la conférence départementale du grand âge, la politique du cadre de vie de la personne âgée, et co-pilote les Maisons des aînés et des aidants. Il est responsable de la nouvelle prestation autonomie et de la PCH et de l'évaluation multidimensionnelle des besoins de l'utilisateur.</p>	<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019</p>	<p>Coût d'apprentissage pour les ARS (notamment pour la reprise du pilotage des SAAD).</p>	<p>Simplification du pilotage – gestion des autorisations par l'ARS uniquement ;</p> <p>Renforcement de l'intégration entre offre médico-sociale et sanitaire donc meilleure fluidité du parcours ;</p> <p>Renforcement de l'égalité de traitement ;</p> <p>Peut être source de confusion pour la personne : l'interlocuteur de proximité est différent du responsable de la qualité du service rendu.</p>
---	---	---	--	--

Annexe VII

	Le conseil départemental demeure également pilote pour le développement de l'offre de résidences autonomie et d'habitat inclusif.			
Simplifier le pilotage de l'offre médico-sociale (scénario 3): le conseil départemental devient l'interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre à domicile comme en établissement et l'ARS est recentrée sur ses missions de contrôle	<p>Le département piloterait entièrement l'offre d'accompagnement à domicile (SSIAD, SPASAD) et en EHPAD, pour laquelle une enveloppe fermée de crédits d'assurance maladie est déléguée au conseil départemental par l'ARS. Le département conserve ses missions d'animation.</p> <p>L'ARS prendrait en charge la régulation des établissements et professions de santé, l'inspection et le contrôle des acteurs médico-sociaux. Elle co-pilote les Maisons des aînés et des aidants et co-préside la conférence départementale du grand âge.</p>	Concertation grand âge et autonomie, mars 2019	Coûts d'apprentissage pour les conseils départementaux.	<p>Simplification du pilotage – gestion des autorisations par le département uniquement ;</p> <p>Plus forte continuité entre prise en charge à domicile ou en établissement et autres politiques de proximité et d'amélioration du cadre de vie de la personne âgée ;</p> <p>Risque d'accroissement des inégalités de traitement entre départements ;</p>

Annexe VII

				Etanchéité entre offre médico-sociale et offre sanitaire créant des risques de rupture de parcours ; Complexification de la régulation nationale globale de l'ONDAM.
Maintenir les attributions du conseil départemental que suppose sa compétence de droit commun en matière sociale	Il s'agit de laisser au département la compétence d'attribution de l'APA.	Rapport du Sénat, avril 2019, proposition n°5		
Expérimenter dans des territoires volontaires l'attribution exclusive de la compétence tarifaire des EHPAD et SPASAD à l'ARS ou au conseil départemental	L'unification de la compétence tarifaire ne s'accompagnerait pas du retrait de la compétence d'attribution du droit par le conseil départemental.	Rapport du Sénat, avril 2019, proposition n°8		

Annexe VII

<p>Mettre en œuvre une réflexion pour identifier l'acteur le plus pertinent pour la gestion effective de la politique de la perte d'autonomie au niveau local</p>	<p>La mesure vise à privilégier un acteur unique au niveau local, et à réfléchir à intégrer le rôle possible d'autres échelons comme l'intercommunalité¹⁵.</p>	<p>Rapport d'information de l'Assemblée nationale, mars 2018, proposition n°30</p>		
<p>Confier à la CNSA une mission d'animation et d'outillage du réseau des Maisons des aînés et des aidants</p>	<p>La CNSA aurait pour mission d'appuyer le déploiement du réseau, d'animer et d'ouiller les structures et de contrôler le respect du cahier des charges établi nationalement.</p>	<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°172</p>		
<p>Structurer une offre publique en envisageant le détachement administratif des EHPAD des plus grands centres hospitaliers et en regroupant progressivement les opérateurs</p>		<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°50</p>		

¹⁵ Le modèle danois est notamment donné en exemple.

Annexe VII

6. Les mesures visant à soutenir l'investissement				
Mesure	Description	Source	Impact financier	Autres impacts
Réserver les aides à l'investissement aux établissements habilités à 100%		Rapport non publié, avril 2019		
Ouvrir une réflexion sur l'externalisation du financement immobilier des EHPAD totalement ou partiellement habilités à l'aide sociale au profit d'établissements publics fonciers	Cette mesure serait limitée aux établissements publics ou privés non lucratifs totalement ou partiellement habilités à l'aide sociale, compte tenu de la vocation sociale des établissements publics fonciers.	Rapport du Sénat, avril 2019, proposition n°15	Allègement du tarif hébergement par l'extraction des charges relatives aux activités auxiliaires de l'EHPAD	
Mettre en œuvre un plan de rénovation des établissements non conformes	La mesure vise à mettre en conformité les EHPAD qui ne répondent pas aux standards de confort minimum.	Rapport d'information de l'Assemblée nationale, mars 2018, proposition n°9		

Annexe VII

7. Les mesures visant à améliorer la régulation du secteur

Mesure	Description	Source	Impact financier	Autres impacts
<p>Réformer l'évaluation externe des EHPAD</p>	<p>Il s'agit de rendre les processus d'évaluation plus efficaces et transparents en rénovant le contrôle, la certification et en prévoyant la publication d'indicateurs de qualité par chaque établissement, rendus publics par la CNSA.</p> <p>L'évaluation interne tiendrait compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> de l'organisation interne de l'établissement ; de la satisfaction des patients ; des mesures prises pour respecter leurs droits. <p>Des experts indépendants seraient chargés d'effectuer des visites et se fonderaient sur un référentiel et des indicateurs.</p>	<p>Rapport d'information de l'Assemblée nationale, mars 2018, proposition n°11</p>		

Annexe VII

<p>Décaler la barrière d'âge pour le bénéfice de de la PCH de 60 à 65 ans¹⁶.</p>		<p>Concertation grand âge et autonomie proposition n°123</p>	<p>Entre 1 500 et 7 500 bénéficiaires de l'APA seraient concernés par un relèvement à 65 ans qui entrainerait une dépense publique supplémentaire de l'ordre de 13,5 à 67,5 M€.</p>	
<p>Questionner l'opportunité d'une augmentation systématique du forfait global de soins des EHPAD</p>	<p>La proposition vise à répondre au constat de faibles économies d'échelle liées à l'internalisation du soin en établissement.</p>	<p>Rapport du Sénat, avril 2019, proposition n°9</p>		
<p>Intégrer le risque perte d'autonomie de la personne âgée dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale</p>		<p>Concertation grand âge et autonomie, mars 2019, proposition n°151</p>		
<p>Renforcer la cinquième branche de la Sécurité sociale</p>	<p>La proposition vise à fixer des objectifs et financements précis à la branche autonomie, articulés avec les acteurs privés.</p>	<p>Rapport de la fondation Jean Jaurès, avril 2023</p>		

¹⁶ DREES dans IGAS, 2016, Évolution de la prestation de compensation du handicap

Annexe VII

Annexe VII

ANNEXE VIII

**Parcours type d'une personne âgée
dépendante prise en charge en
établissement**

Annexe VIII

SOMMAIRE

1. L'ÉVALUATION DU DEGRÉ DE DÉPENDANCE, ÉLÉMENT CLÉF DE LA PRISE EN CHARGE.....	5
2. LES AUTRES CARACTÉRISTIQUES DE LA PERSONNE ACCUEILLIE, UN IMPACT CERTAIN.....	6
3. LA PROCÉDURE D'ENTRÉE EN EHPAD EST PLUTÔT ENCADRÉE.....	7
4. LA DEMANDE D'APA EN ÉTABLISSEMENT, UN ACTE ESSENTIEL ET PRIS EN CHARGE DE MANIÈRE VARIABLE SELON LES ÉTABLISSEMENTS ET LES DÉPARTEMENTS	8
5. LA DEMANDE D'ASH, UN NIVEAU DE COMPLEXITÉ SUPPLÉMENTAIRE ...	9
6. LES AIDES AU LOGEMENT, UN CIRCUIT IDENTIFIÉ, MAIS QUI N'APPARAÎT PAS NECESSAIREMENT ADAPTÉ AUX PROFILS DES RÉSIDENTS ET AUX SPÉCIFICITÉS DES ÉTABLISSEMENTS	10

La mission a cherché à matérialiser le « parcours » d'une personne âgée au moment de sa prise en charge en établissement. La mission a interrogé plusieurs acteurs à ce sujet qui ont indiqué que, au regard des nombreuses adaptations possibles dans chaque département, territoire ou établissement, **une vision simplifiée de modélisation des parcours n'est pas disponible.**

Dans ce contexte, **la mission a essayé de modéliser ces parcours possibles.** Cette approche constitue **une première ébauche perfectible**, mais qui permet de cerner les cas de figure et questions à résoudre. Elle permet de **constater le niveau de complexité très fort dans les démarches et l'accès à leurs droits auxquels les familles et les résidents sont exposés.** Elle a été réalisée au bénéfice d'échanges entre la mission, la CNSA, les services du HCFEA et les services d'un département. Cette formalisation ne prétend en aucun cas être exhaustive ou identifier une démarche standard. Elle a plutôt vocation à être une première formalisation

Ces approches justifient un accompagnement renforcé dans le cadre du service public territorial de l'autonomie qui devrait être mis en place sous l'égide de D. Libault. Elles appellent **une intervention nationale accrue pour standardiser les informations**, la communication et les modes d'accompagnement des bénéficiaires tant au niveau des familles et de leurs résidents qu'en **déployant des parcours adaptés et attentionnés du côté des différents opérateurs compétents.**

Au-delà, **les descriptions de ces parcours indiquent combien des actions résolues devraient être conduites pour simplifier cette prise en charge. Entre le droit formel et le droit réel, l'analyse même des procédures souligne l'abîme potentiel qui peut exister.** On rappelle ici qu'il n'existe pas encore de travaux sur le recours à l'APA et à l'ASH. En ce qui concerne un public potentiellement confronté plus jeune à une demande de soutien, on note que le taux de recours à l'allocation de solidarité pour les personnes âgées (ASPA) et au minimum vieillesse a été estimé en 2016 à 50%¹.

Il n'est **pas possible d'évaluer à ce stade le non-recours à l'APA ou à l'ASH, c'est-à-dire aux aides offertes aux personnes âgées dépendantes en établissement.** Pour l'APA et l'ASH, les données disponibles sont recueillies par voie d'enquête puis retravaillées. Elles ne permettent pas à ce stade d'apprécier le recours effectif et les poches de non-recours.

Toutefois, comme le souligne la mission dans son annexe 4, les soutiens offerts par décile de revenus sont sources d'interrogations : ils ne permettent pas de présumer, loin s'en faut, un accès effectif et éclairé de tous à l'ensemble des dispositifs d'aides.

¹ Le non-recours correspond ainsi à 320 000 personnes remplissant les conditions, mais ne bénéficiant pas de ce revenu minimum, ce qui représente un enjeu financier en dépense à hauteur d'1Md€. Pour une approche de synthèse, voir DREES, *Le non-recours aux prestations sociales en France et en Europe*, compte rendu de colloque, décembre 2022

D'autres éléments sont aussi sources d'interrogations : l'ASH est demandée par des personnes relevant de nombreux déciles de revenus ; les aides au logement constituent un élément supplémentaire de questionnement en ce que la mission n'est pas parvenu à rapprocher les données de la CNAF et celles de la DREES.

A contrario, s'agissant de l'accès aux droits, les données disponibles ne révèlent pas de difficultés particulières dans l'accès à l'APA en ce que le niveau de soutien qu'elle apporte est de même niveau à tous les déciles de revenus.

Cette annexe présente de manière littéraire les différents moments clefs dans le parcours avant d'en proposer des représentations graphiques.

1. L'évaluation du degré de dépendance, élément clef de la prise en charge

Dans le parcours de la personne âgée dépendante, le premier élément clef est celui de l'évaluation de la dépendance par les personnes compétentes. Dans le cas général, cette évaluation est assurée par une équipe médico-sociale du département qui est amenée à déterminer le degré d'autonomie de chaque personne selon les 6 Groupes Iso Ressources (GIR) de la grille AGGIR - Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources².

L'évaluation du niveau de dépendance d'une personne âgée dépendante en établissement est ensuite assurée par le médecin coordonnateur de la structure en lien avec l'équipe soignante. L'éventuelle évolution du degré de dépendance de la personne pendant son séjour joue sur la nature et les conditions de sa prise en charge soit les tarifs qui lui sont demandés (volet dépendance en particulier). L'évaluation par le médecin coordonnateur et l'équipe soignante est appréciée par les équipes du département. Celles-ci valident les coupes en EHPAD dans le cadre des validations AGGIR PATHOS.

Par la suite, l'établissement assure le lien avec les services du département pour toutes les dimensions ayant trait au coût de la dépendance et au tarif appliqué aux résidents selon leur niveau de dépendance et, le cas échéant, selon leurs revenus. L'établissement applique aux résidents le cadre défini par le département. Les conditions de mise en œuvre ne sont pas standards et s'avèrent relativement peu connues. Toutefois, si des déclarations relatives aux ressources sont demandées, les échanges sont réputés intervenir directement entre les résidents (ou sa famille ou

² La grille nationale Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources (AGGIR, article R232-3 du CASF) mesure le degré de perte d'autonomie d'une personne âgée et permet de classer le demandeur dans un groupe iso-ressources, du GIR 1 (perte d'autonomie la plus lourde) au GIR 6 (perte d'autonomie la plus légère).

son représentant légal) et les services du département mais pas via l'établissement (qui dispose pourtant de ces données).

Pour mémoire, l'analyse des modes d'évaluation conduit à souligner le besoin de travaux afin de garantir la standardisation ou l'harmonisation des analyses : en effet, tous les travaux soulignent une relative disparité des approches ; une personne peut être déclarée comme relevant d'un GIR par une équipe et d'un autre GIR par une autre. Ces différences sont prégnantes selon les équipes, mais aussi selon les territoires. Au-delà, la décision d'orientation résultant de l'évaluation est variable et tributaire notamment de l'état de l'offre dans un département. Les plans d'aide à domicile sont très variables et l'orientation vers les structures d'hébergement est d'autant plus aisée que le territoire en dispose. Les contraintes capacitaires ont ainsi un effet, compréhensible mais contestable, sur l'orientation des personnes âgées dépendantes donc sur la nature et la qualité de leur prise en charge³.

2. Les autres caractéristiques de la personne accueillie, un impact certain

Une personne peut être accueillie en structure d'hébergement, car elle est une personne âgée dépendante.

Dans ce cas, se pose la question de sa situation avant l'entrée en établissement : si elle bénéficiait de l'APA à domicile, elle ne peut cumuler ce soutien avec l'APA en établissement ; mais, selon les départements, elle peut ou non bénéficier d'un maintien de droits à l'APA à domicile dans l'attente de l'ouverture de son APA en établissement.

Par ailleurs, l'entrée en établissement est l'occasion plus générale de faire un point sur les soutiens disponibles et les conditions dans lesquelles les obtenir. Par ailleurs, le séjour en établissement permet une évaluation régulière du degré de dépendance de la personne hébergée.

Mais les établissements accueillent également d'autres profils : des personnes relativement jeunes, ayant des difficultés prononcées (cognitives ou autres par exemple). La question clef pour eux est celle de l'âge du constat : soit elles ont été reconnues handicapées avant 60 ans, soit elles sont reconnues dépendantes à partir de 60 ans. Dans le premier cas, elles ne relèvent pas de la prise en charge par l'APA, mais de celle au titre du handicap. Dans le second cas, elles relèveront de la prise en charge via l'APA.

³ Voir A. Carrière, D. Roy et L. Toulemon, *Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives*, rapport IPP n°41, 16 mars 2023 ; D. Libault, *Grand âge, le temps d'agir*, rapport issu de la concertation nationale grand âge et autonomie, mars 2019 ; ainsi que les nombreux travaux du HCFEA et de la DREES.

Enfin, les établissements peuvent accueillir des personnes âgées qui ne sont pas dépendantes : les personnes âgées en perte d'autonomie accueillies en hébergement peuvent être accompagnées par leur conjoint(e) qui partage avec eux ce nouvel espace de vie / ce nouveau domicile.

Tant pour les personnes accueillies que pour les conjoints, les modes de prise en charge diffèrent de ceux applicables aux personnes âgées dépendantes relevant de l'APA en établissement.

3. La procédure d'entrée en EHPAD est plutôt encadrée

Chaque résident doit recevoir dans les 15 jours suivant son entrée en EHPAD le contrat de séjour. Il doit être signé dans le mois suivant sa réception⁴.

Le contrat de séjour contient des informations sur les conditions générales du séjour. Il détermine les conditions du séjour et précise les droits et devoirs du résident et de la structure. Sont ainsi précisées : les conditions financières du séjour ainsi que les conditions de facturation en cas d'absence prévue (par exemple des vacances) ou imprévue (par exemple une hospitalisation) et, enfin, les conditions à respecter en cas de résiliation du contrat.

Le contrat comporte aussi obligatoirement des informations engageant l'établissement sur les prestations offertes soit les prestations socles minimales obligatoires (par exemple, type de chambre simple ou double, restauration, mise à disposition de la connectique nécessaire pour brancher une télévision ou un téléphone, etc.) ; les prestations proposées par l'établissement et qui ne sont pas facturées en supplément ; les prestations facultatives qui sont facturées en supplément (par exemple les prestations d'un esthéticien).

Depuis janvier 2023, de nouvelles prestations socles minimales obligatoires doivent être rajoutées dans les nouveaux contrats de séjour : la blanchisserie (la fourniture du linge de toilette, draps, linge de table, l'entretien et le marquage du linge) et l'accès à internet dans les chambres des résidents et dans les espaces communs.

Le prix correspondant aux prestations est également mentionné dans le contrat de séjour. Ce dernier peut être ajusté et mis à jour selon une procédure encadrée, permettant l'information des résidents et de leurs familles.

Certaines structures demandent un dépôt de garantie à l'entrée dans l'établissement. Il ne peut être supérieur à 30 jours de tarif hébergement. Il est restituable à l'issue du séjour sous réserve de déductions de créances détenues par l'établissement sur le résident ou l'ancien résident.

⁴ Les éléments ci-après sont issues du portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr.

Dans le même ordre d'idées, les établissements peuvent demander aussi un acte de caution solidaire au conjoint ou à tout ou partie des aux obligés alimentaires (les enfants, les petits-enfants, les gendres ou belles-filles) dans lequel ils s'engagent à payer le montant des frais d'hébergement si leur proche n'était plus en capacité de payer.

Au-delà, nombre d'établissements demandent aux résidents de faire état des ressources dont ils disposent via des déclarations et/ou la demande d'éléments probants (avis d'imposition par exemple). Nombre d'établissement disposent ainsi de ces informations sur leurs résidents. Pour autant, la gestion des prestations conduit à ce que des tiers peuvent demander ces informations non aux établissements, mais bien aux résidents ou à leurs proches.

4. La demande d'APA en établissement, un acte essentiel et pris en charge de manière variable selon les établissements et les départements

L'enquête conduite par la mission (voir annexe 6) montre que les établissements interviennent de manière plus ou moins importante auprès des résidents et de leurs familles en ce qui concerne l'information sur les droits des résidents, sur la gestion des procédures, sur le lien avec les services des départements.

C'est pour l'APA que la procédure paraît en moyenne la plus souvent portée par les établissements, à une exception près, celle de la transmission des données relatives aux ressources. Quand bien même ces données sont largement connues des établissements, elles donnent lieu fréquemment à des échanges entre les services du département et les résidents ou leurs proches.

Ainsi, dans le cas général, le département décide soit que les familles doivent formuler leurs demandes auprès des services du département ou s'appuyer sur les établissements.

Il n'existe pas de formulaire standard de demande, chaque département déployant ses procédures propres et élaborant les demandes de pièces justificatives.

Le département doit accuser réception de la demande d'APA dans les 15 jours suivant la réception de la demande.

L'APA est versée à compter de la date de réception de la demande par le département, éventuellement de façon rétroactive à la complétude du dossier.

Il n'y a pas de délai opposable connu en ce qui concerne le temps ouvert au département pour donner suite à la demande d'APA.

L'APA peut être versée directement au résident qui acquitte alors le tarif dépendance dans son intégralité ou alors l'APA peut être versée à l'établissement qui récupère auprès du résident les montants restant à sa charge.

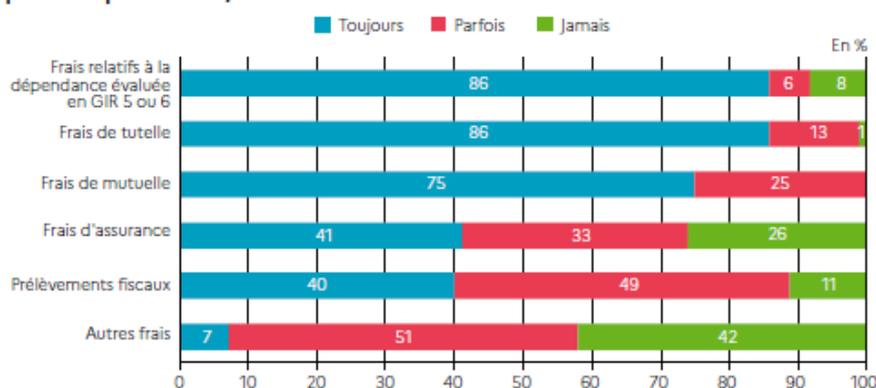
5. La demande d'ASH, un niveau de complexité supplémentaire

Les procédures régissant les demandes d'ASH qui concernent plus d'un résident sur sept présentent un niveau encore supplémentaire de complexité. Le dossier d'ASH doit dans la plupart des cas être déposé devant le CCAS. Le dépôt de la demande d'ASH se fait après l'attribution de l'APA en établissement : les conditions dans lesquelles la période entre le dépôt de la demande APA et l'ouverture des droits à l'ASH sont gérés par les établissements ne sont pas connues.

Les procédures relatives à l'ASH sont complexes. Elles varient selon les territoires car elles sont déterminées par les départements. Les départements opèrent des choix de réglementation ou de gestion qui ont des impacts très lourds dans l'accès aux droits et dans la nature et la portée des droits servis.

Ainsi, les charges et frais pris en compte dans le calcul de l'ASH sont des plus variables (graphique 1). Et le versement des départements aux établissements recouvre des dimensions variables (graphique 2). Par conséquent, tant la nature des droits ouverts que les procédures applicables (versement du droit au bénéficiaire ou à l'établissement, détermination du reste à vivre, etc.) ou encore les procédures de récupération (sur les revenus, auprès de tout ou partie des obligés alimentaires, sur la succession ; et le moment de ces récupérations et modalités effectives, etc.)... sont des plus variables selon les départements considérés.

Graphique 1 Charges et frais pris en compte dans le calcul de l'ASH par les départements, en 2018

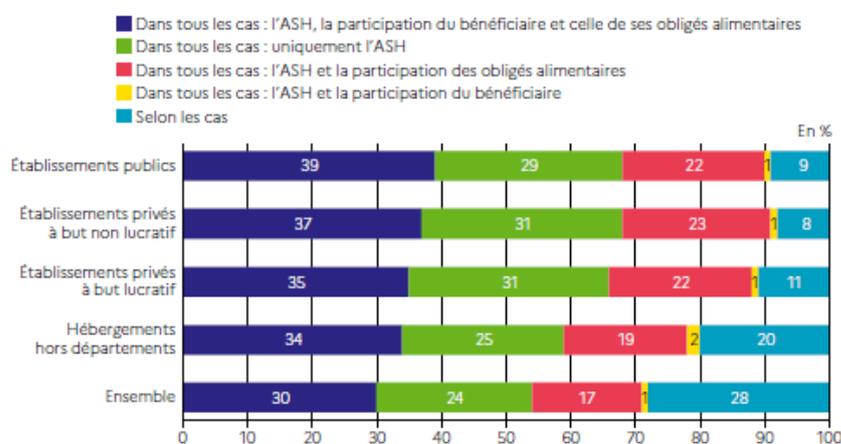


Notes > Les autres frais les plus souvent cités sont les frais de logement liés à la résidence principale (impayés de loyers, résiliation de bail, assurance, crédit, taxes foncières et d'habitation...), les frais médicaux non pris en charge par la Sécurité sociale ou par une protection complémentaire et, enfin, les frais liés aux obsèques (contrats obsèques).

Lecture > En 2018, 86 % des départements prennent toujours en charge les frais relatifs à la dépendance évaluée en GIR 5 ou 6, dans le cadre de l'ASH.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Graphique 2 ASH : que recouvre le versement du département aux établissements, en 2018 ?

Lecture > En 2018, 30 % des départements versent systématiquement à l'établissement le montant de l'ASH, l'avance de la participation du bénéficiaire et de celle de ses obligés alimentaires.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

6. Les aides au logement, un circuit identifié, mais qui n'apparaît pas nécessairement adapté aux profils des résidents et aux spécificités des établissements

Comme le présente l'annexe 3, les résidents en EHPAD ou en USLD peuvent bénéficier des aides au logement : APL (aide personnalisée au logement dans le cas où la structure est conventionnée) ou ALS (allocation de logement sociale dans les autres cas).

L'aide au logement est versée tous les mois. Elle peut être versée directement à l'établissement. Dans ce cas, le montant facturé est diminué du montant de cette aide. Dans le cas contraire, le bénéficiaire (ou ses proches) la perçoit directement.

La demande doit être formulée auprès de la CAF ou de la MSA. Les pièces justificatives sont standardisées tout comme les formulaires de demandes.

Il n'existe cependant pas de lien entre les éléments demandés pour disposer des aides au logement et les demandes d'APA ou d'ASH et pas davantage d'échanges organisés de données.

Au bénéfice de ces présentations, il est possible de représenter graphiquement ces parcours et de souligner le besoin impérieux de coordination, d'intégration et de simplification qui les caractérise, ce qui justifie la démarche forte de simplification dans un soutien unique proposé par la mission et dont la gestion opérationnelle serait forcément optimisée.

Etapes et procédures marquantes dans les différents territoires 
du parcours d'un résident 
de ses proches  **ou son / sa conjoint(e)** 
dans une structure d'hébergement pour personnes âgées dépendantes 
avec le département 
le CCAS 
avec intervention du (i) médecin coordonnateur 
ou (ii) de l'équipe soignante  **ou (iii) de l'hôpital** 
***formalités et procédures applicables (i) définies au niveau du département** 
ou (ii) normées au niveau national 

Avant l'entrée dans l'établissement



**L'orientation...
mais qui
oriente?**



Une orientation qui peut être faite par le CCAS, le département, les acteurs du système de santé, le département, l'équipe d'évaluation médico sociale...

L'entité orientant a un rôle important pour guider le résident ou ses proches... mais... pas de cadre identifié d'accompagnement suite à l'orientation, fortes variations selon les territoires...
Aucune définition de ce qu'il faut faire...



**Quel profil de la
personne
accueillie ?**

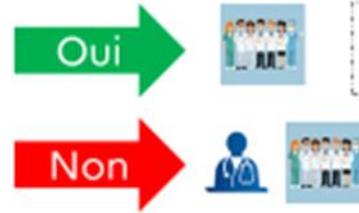


PH - Soutiens et procédures propres et standards
PA dépendante – APA et ASH variant selon les territoires
Conjoint(e) de la PAD – cadre standard, variant selon les territoires

Selon le profil de la personne hébergée, des différences de soutiens et de procédures avec une marge d'appréciation plus ou moins fortes des territoires...
Et une prise en charge aussi difficile dans certains cas (hébergement temporaire notamment)
Aux différences de soutien se combinent les différences de procédures et de capacités locales d'adaptation...



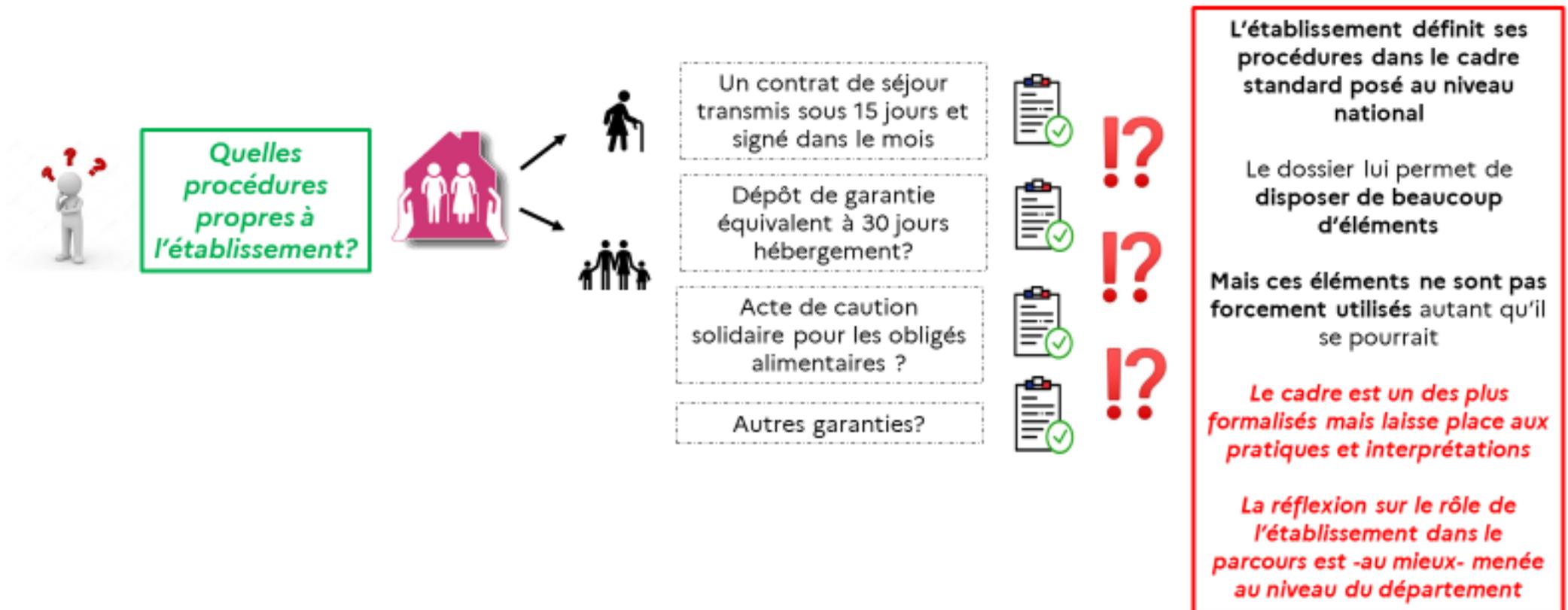
**La dépendance
de la personne
âgée a-t-elle été
évaluée?**



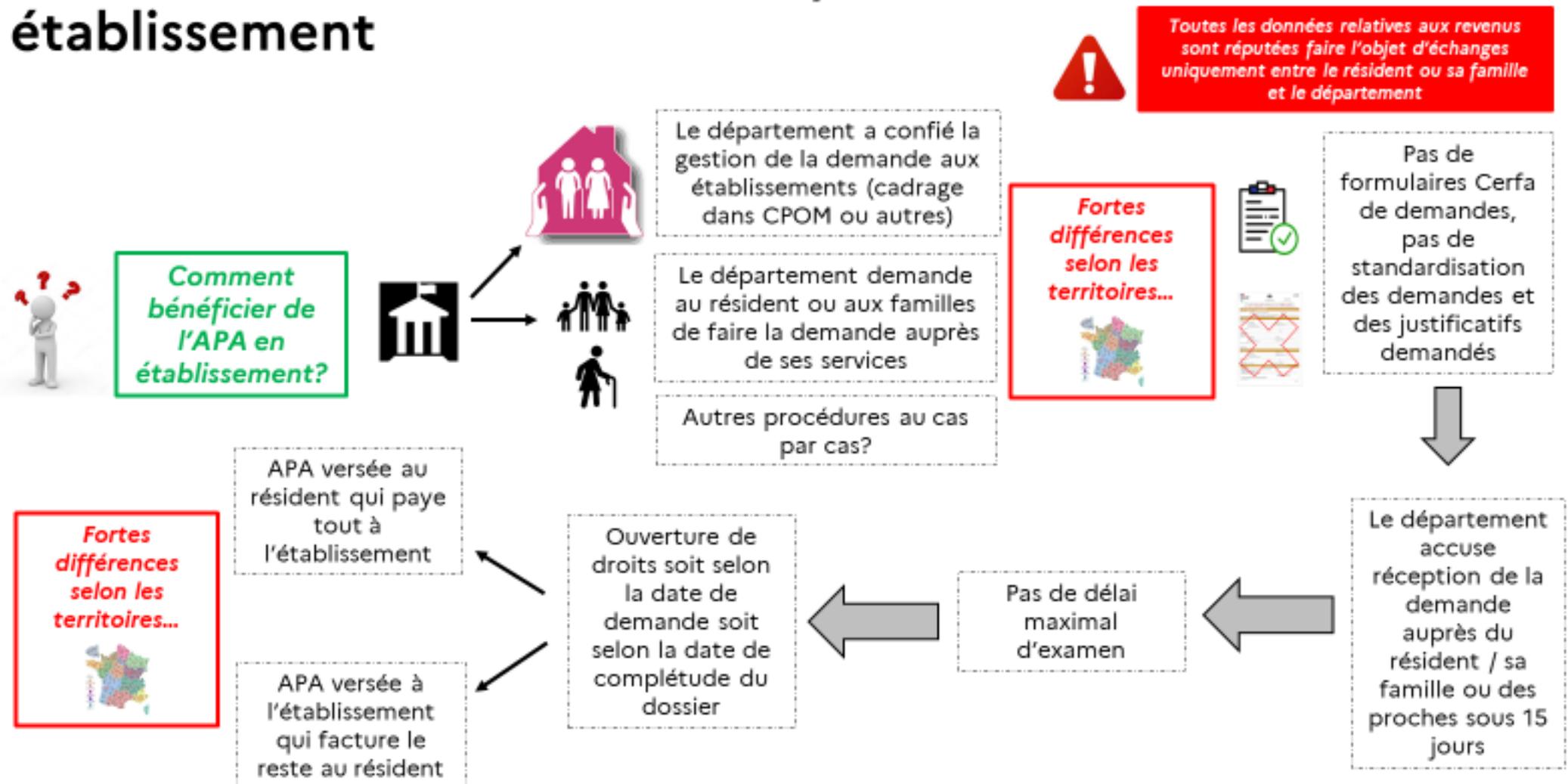
Si GIR 1 à 4 constaté par l'équipe médico sociale d'évaluation : possible APA à domicile?
En établissement, le médecin coordonnateur et l'équipe soignante devront évaluer la dépendance

**Des différences
selon les conditions
d'arrivée en
EHPAD...**

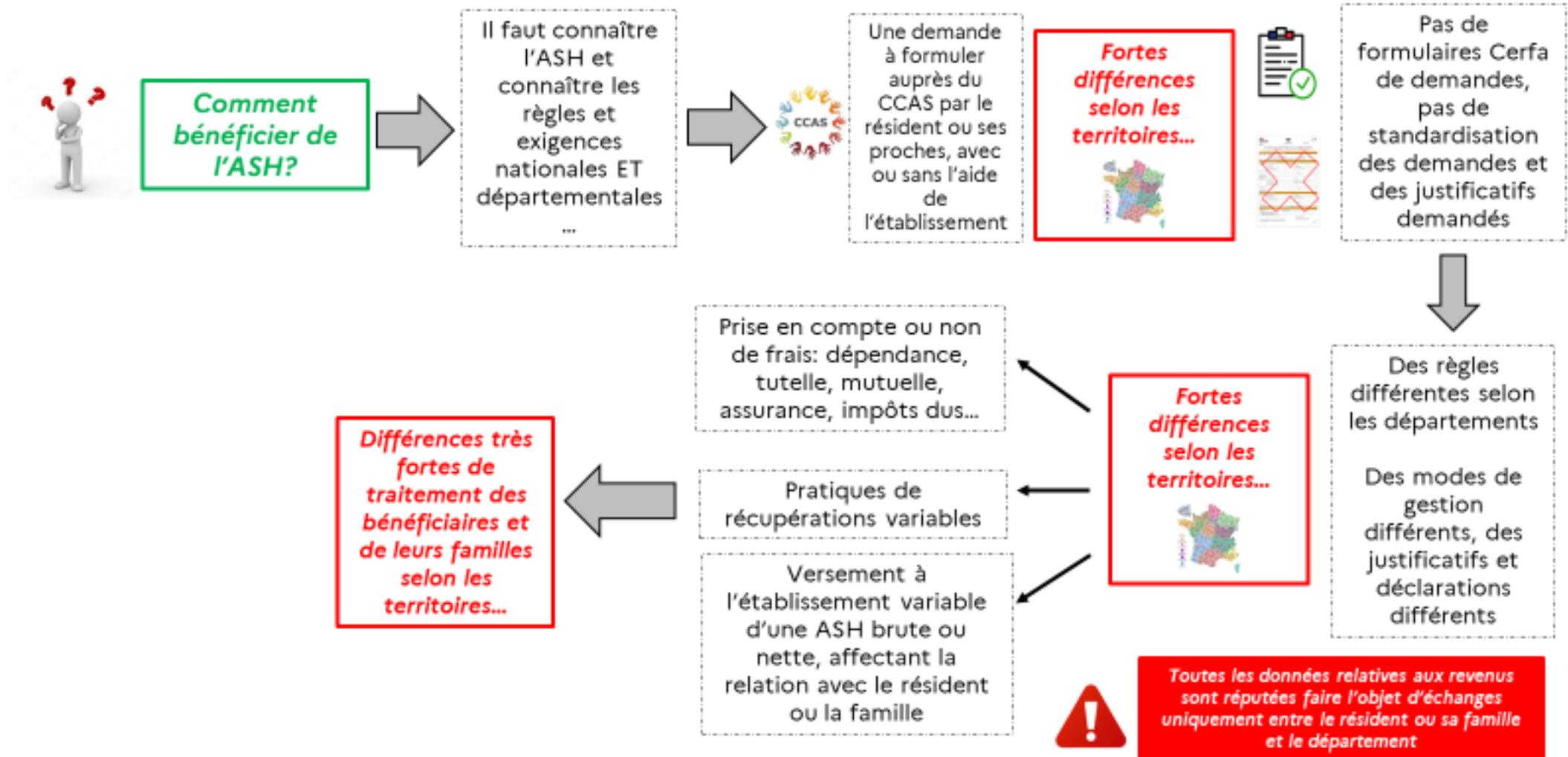
A l'entrée dans l'établissement, pour les besoins de l'établissement... une procédure cadrée au niveau national, mais laissant des marges d'interprétation fortes



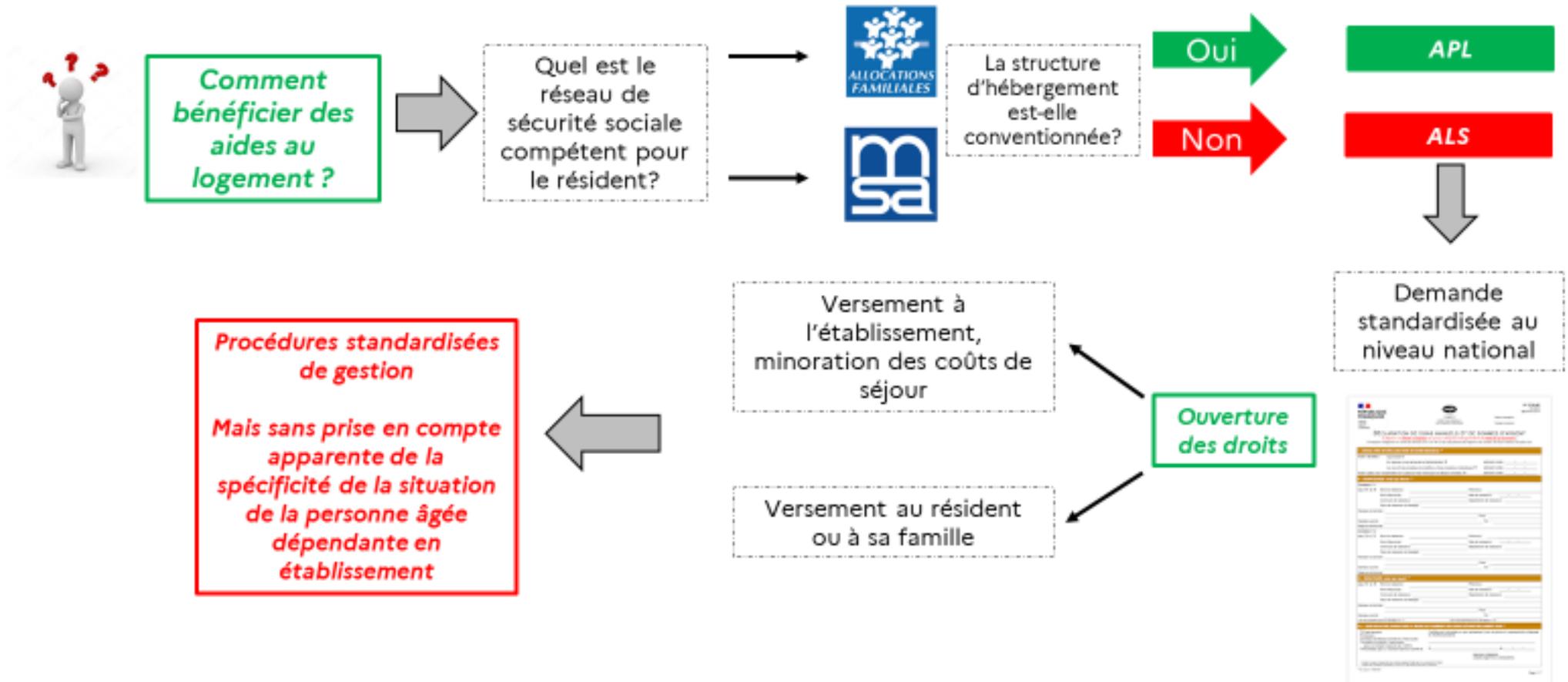
A l'entrée dans l'établissement, la demande d'APA



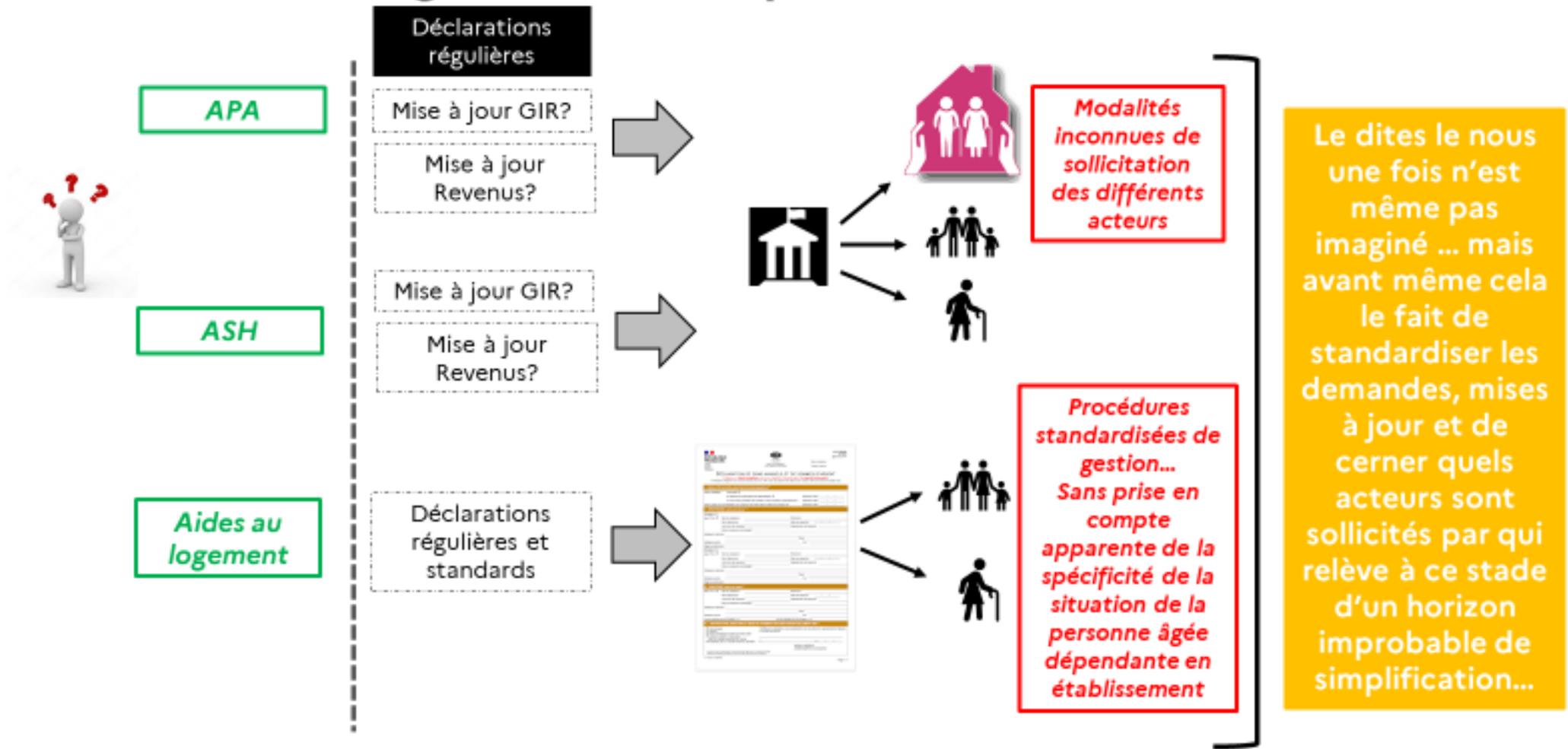
A l'entrée dans l'établissement, la demande d'ASH



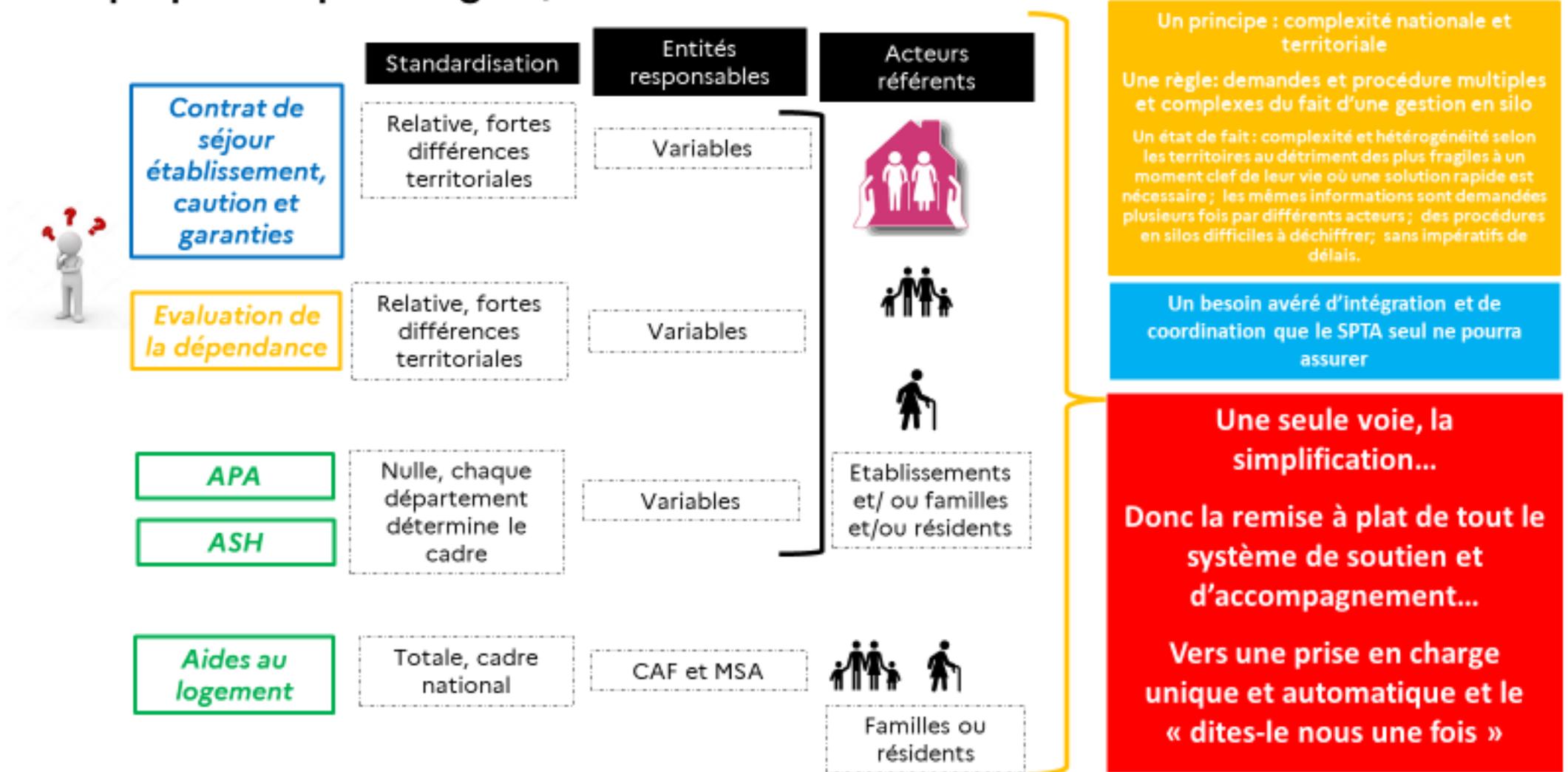
A l'entrée dans l'établissement, la demande d'aide au logement



Et ensuite, pendant et après le séjour? Une *terra incognita* en matière de gestion et de procédures...



Les soutiens aux personnes âgées dépendantes ou comment demander le plus compliqué aux plus fragiles, à un moment clef de leur vie



ANNEXE IX

**Présentation simplifiée des travaux –
supports présentés lors des restitutions
intermédiaires et de la restitution finale**

Annexe IX

Deux supports de présentation ont et présentés successivement

- ◆ Le premier est celui qui a été présenté à la première ministre lors de la réunion de remise du rapport, le 26 juillet 2023 ; il est disponible dans le tome 1 après le rapport
- ◆ Le second, proposé ci-après, est le reflet des supports présentés lors des réunions intermédiaires ayant permis la restitution des travaux aux cabinets de la première ministre, au ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées (Jean-Christophe Combe) et à ses collaborateurs, au ministre délégué en charge des comptes publics (Gabriel Attal) et à ses collaborateurs ; ce second support est, par nature, plus dense et volumineux que le premier ; outre une présentation générale des travaux dans un cadre intermédiaire, il comprend une proposition de modalités de mise en œuvre des propositions du rapport selon différents scénarios (aspect demandé par les commanditaires) et un rappel du contexte de réflexion.

**Support de restitution intermédiaire –
mai et juin 2023**



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

GARANTIR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES EN ETABLISSEMENT, ENCADRER LEUR RESTE A CHARGE :

**Un impératif, réguler
Une nécessité, simplifier
Une urgence, choisir
Une obligation, agir**

Christine Pires Beaune,

Députée de la 2^{ème} circonscription du Puy de Dôme, membre de la commission des finances,
missionnée par le gouvernement sur les restes à charge en EHPAD

Version revue 27 juin 2023

Support de restitution au cabinet de la Première ministre et aux ministres intéressés

Nota bene: seul le rapport définitif engagera la parlementaire en mission



Le cadre de la mission

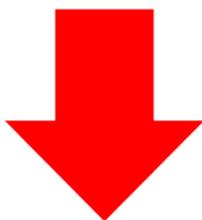
- Une lettre signée fin 2022, un lancement effectif en février 2023, **plusieurs axes**
 - ❖ **Analyse du RAC, leviers** pour le diminuer avec approche avantages / inconvénients / impacts
 - ❖ **Répercussions économiques, modalités tarifaires, transferts éventuels** entre financeurs publics ou privés (assurance)
 - ❖ **Scénarios** de changements
 - ❖ **Sources / modalités** éventuelles de financement
- Une **articulation difficile** avec les autres travaux : travaux au sein du ministère (DAC et cabinet), CNR et PPL Bien vieillir - des questions tant au sein du Parlement que du côté des acteurs et partenaires institutionnels
- Des **auditions** nombreuses – près de 200 personnes rencontrées
- Une **enquête** auprès des EHPAD – plus de 1 500 répondants
- **Pas de travaux de simulation en sus** du fait des impossibilités techniques rencontrées, **des solutions formalisées** y compris en gestion... la mission est allée le plus loin possible mais une réappropriation par les DAC sera nécessaire... mais **des mesures nécessaires dès le PLF et le PLFSS pour 2024**



Rappel sur le financement des EHPAD

Forfait soins

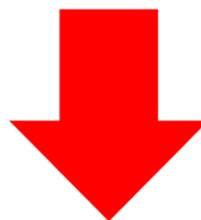
Financement global assurance maladie selon le profil des hébergés
+ Autres soins *via* des prises en charge spécifiques et individuelles classiques financées par l'AMO- l'AMC (optique, dentaire, audio prothèses par ex)



RAC résident réputé à 0

Forfait dépendance

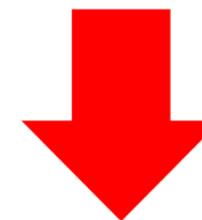
Financement individuel par le département selon le profil des hébergés
Financement forfaitaires (talon) ou variables selon les revenus des résidents



RAC résident équivalent au talon ou à la mise à contribution selon ses revenus

Hébergement

Montants mis à la charge du résident sous réserve de l'ASH différentielle

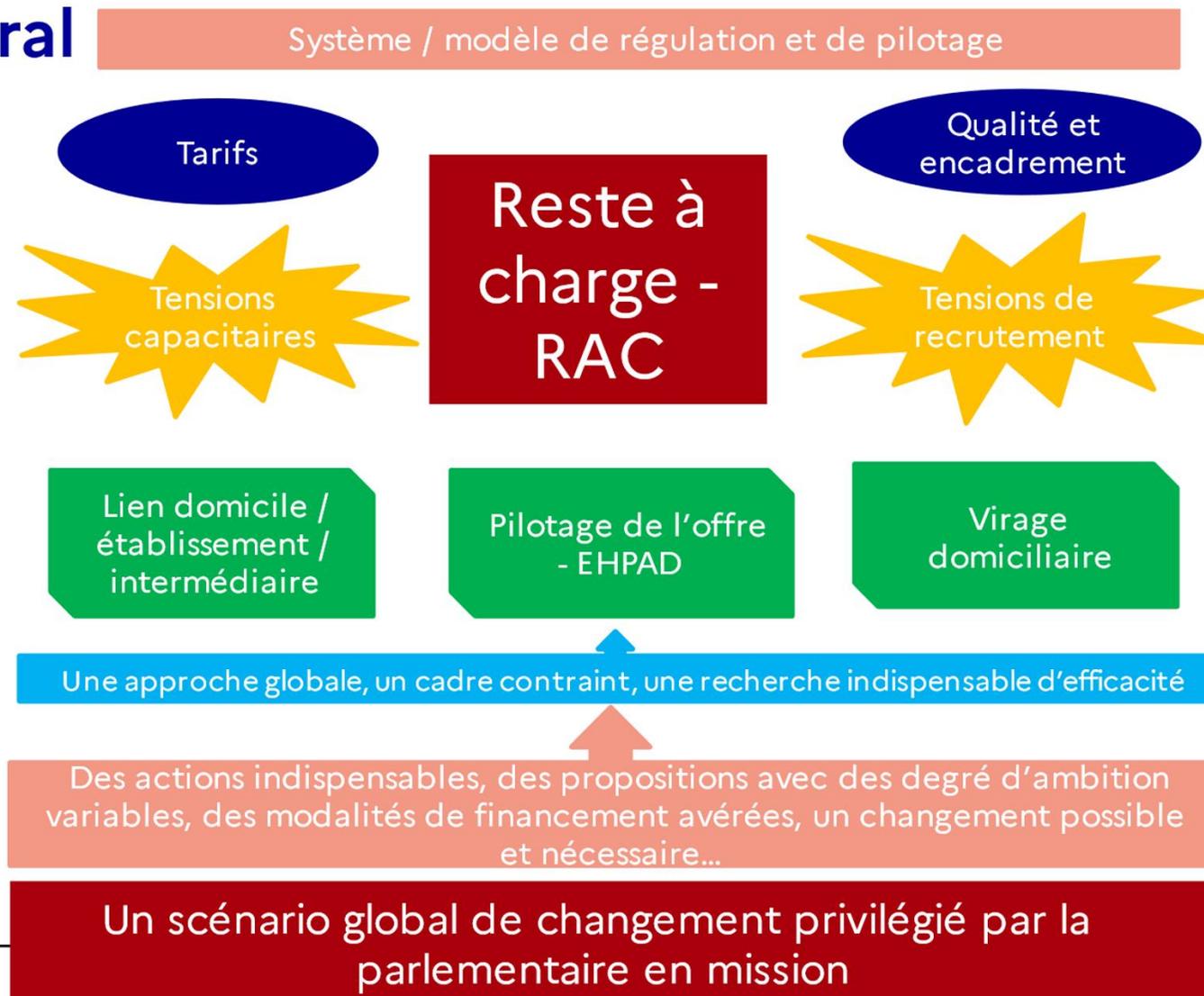


*RAC résident intégral ou mise à contribution de tous les revenus disponibles sous réserve d'un reste à vivre côté **ASH***



Le cadre général

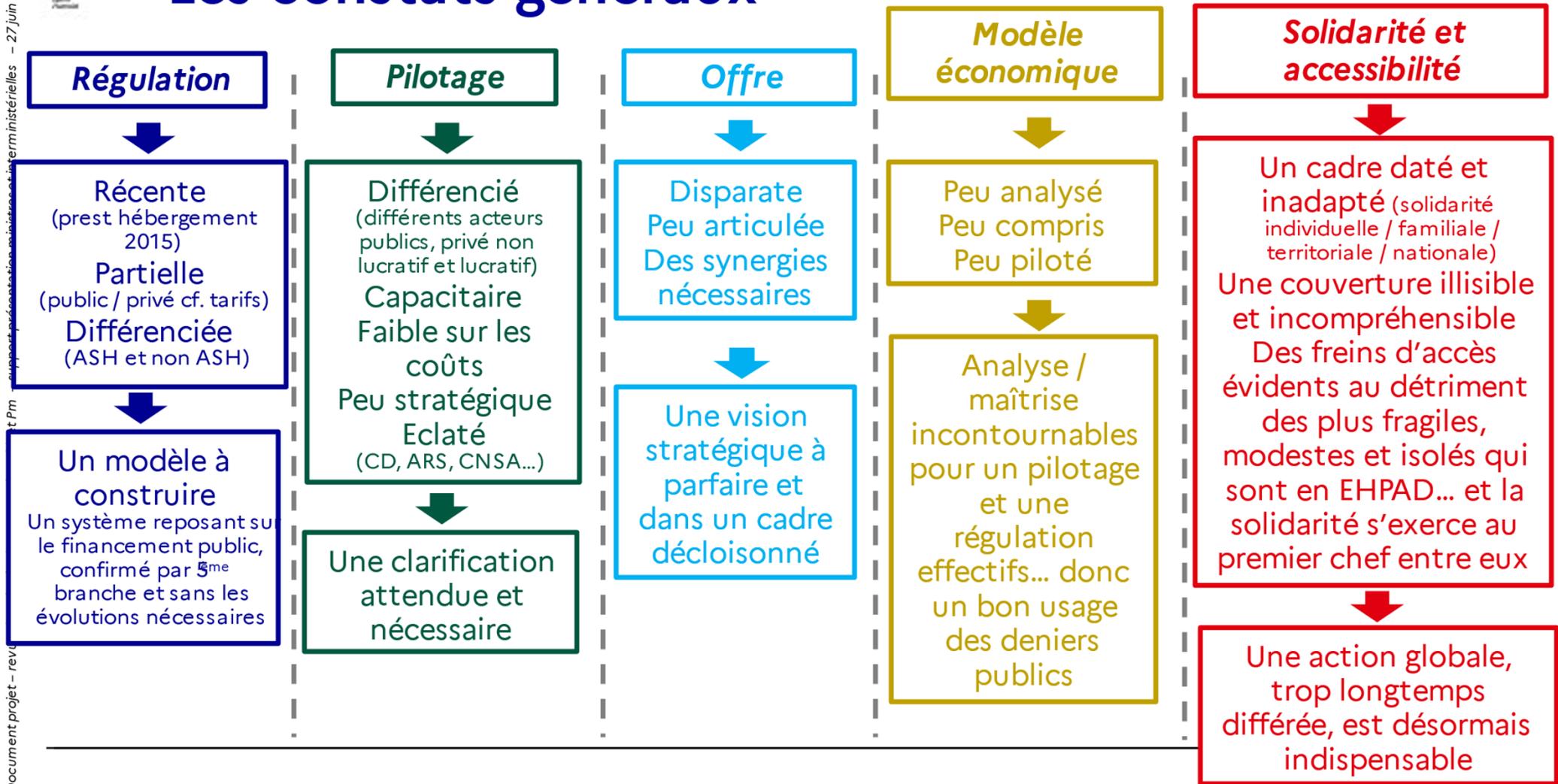
- Une mission sur le RAC en EHPAD mais un environnement et des contraintes à prendre en compte nécessairement...
- Eviter (i) une action partielle, (ii) une déperdition de financements publics, (iii) une seule augmentation des marges des acteurs pouvant dicter leurs conditions...
- Embrasser le champ EHPAD et ses liens avec l'intermédiaire et le domicile pour concilier les contraintes, servir des objectifs clairs et garantir l'efficacité d'une dépense publique nécessaire...



Document projet – revue de la littérature – 27 juin 2023



Les constats généraux





Les constats – prestations et financement des EHPAD

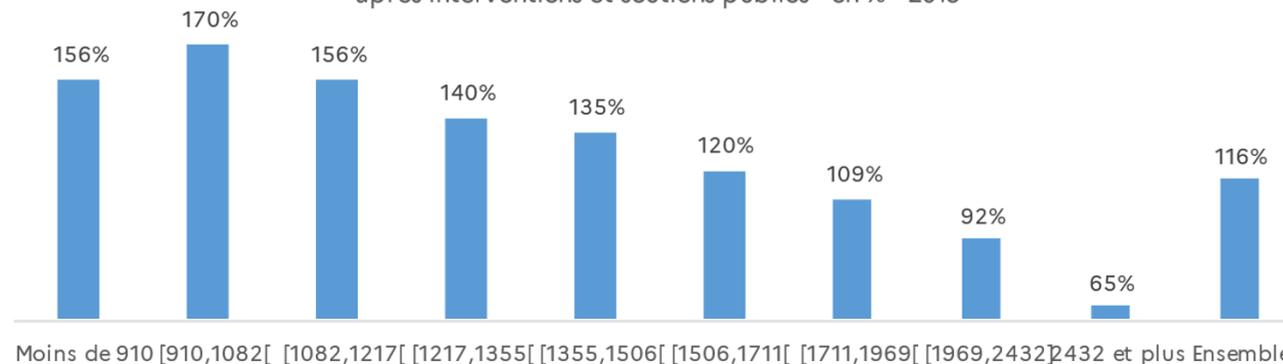
- **Le système de prestation semble désormais inadapté**
 - ❖ **La solidarité familiale** joue mais dans des conditions contrastées (recours succession et obligation alimentaire, système de « débrouille » / informel, ASH/ non ASH, financement et impacts sur actif net successoral)
 - ❖ **Les solutions envisagées ne convainquent pas** et ne produisent pas d'effets (assurances / monétisation - liquéfaction du patrimoine)
 - ❖ **La prise en compte du GIR et des revenus** pour la section dépendance est partielle et critiquable
- **Le caractère peu convaincant de l'ASH est le reflet de ce système**
 - ❖ Un « taux de recours » de l'ordre de **25%**
 - ❖ **Un choix** difficile, potentiellement **dissuadé** et peu éclairé - un effet puissant de l'obligation alimentaire et du recours sur succession
 - ❖ **Un nivellement pas les bas du financement** des structures habilitées, les condamnant à la détérioration
 - ❖ **Une solidarité avant tout entre bénéficiaires de l'ASH** (41% du financement) et au détriment des « moins modestes »
- **Une critique récurrente des acteurs du pilotage** soins / dépendance / hébergement, source de lourdeurs, d'incompréhensions ...



Les constats – redistribution, quelle redistribution?

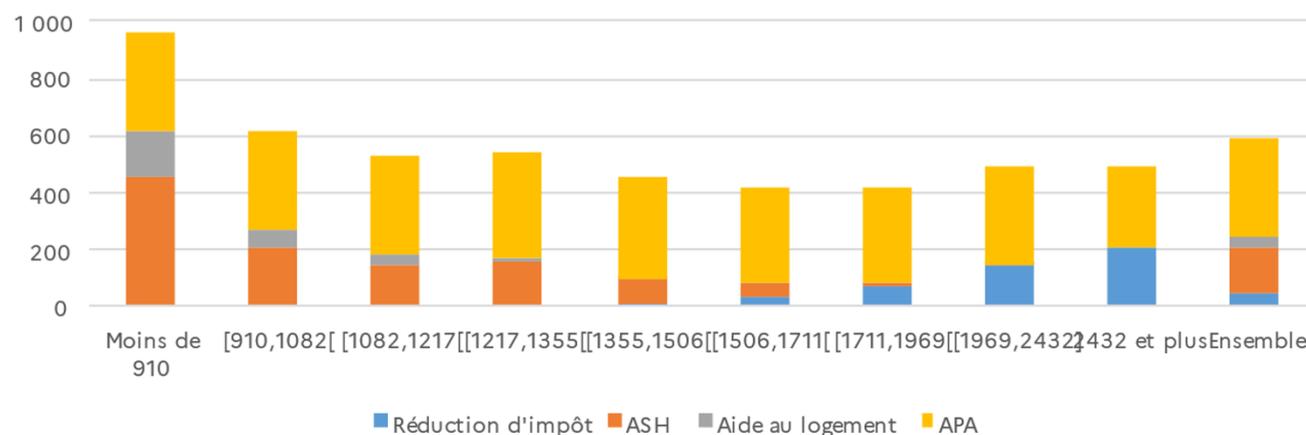
- Un effort exigé avant tout des plus faibles tant en termes de taux d'effort qu'en ce qui concerne les soutiens publics (courbe en U)...

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



- Le coût de la prise en charge est secondaire, le premier élément qui joue est le coût global par rapport aux différences de revenus

Soutiens publics par catégorie de revenus



Source: DREES, Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quel apport du modèle Autonomix - Résultats 2019 juillet 2022

Les constats – redistribution, quelle redistribution?

Ressources, coûts mensuels, reste à charge et reste à vivre pour 3 résidents dans deux Ehpad

	Ehpad territorial de X			Ehpad territorial de Y		
	Mme G	Mme A	M. S	Mme T	Mme M	Mme L
GIR	1	1	1	2	3	4
Revenus Mensuels	93,0	1 332,0	3 596,0	962,0	1 378,0	3 080,0
Talon APA (ticket modérateur)/jour	5,5	5,5	5,5	5,6	5,6	5,6
Tarif dépendance/jour	15,1	15,1	15,1	15,3	7,7	7,7
Total Tarif dépendance/jour	20,6	20,6	20,6	21,0	13,3	13,3
Coût Dépendance résident	617,7	617,7	617,7	628,8	399,0	399,0
Tarif hébergement/jour	62,5	62,5	62,5	59,7	59,7	59,7
Coût Hébergement résident	1 876,2	1 876,2	1 876,2	1 791,0	1 791,0	1 791,0
Déduction APA	451,5	451,5	45,3	459,0	229,0	229,0
Coût Total pour le résident	2 042,4	2 042,4	2 448,6	1 960,8	1 961,0	1 961,0
APL/ALS	367,0	46,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Réduction impôt	0,0	0,0		0,0	0,0	208,0
Obligation alimentaire	275,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ASH	1 427,6		0,0	1 146,0	900,0	0,0
RAC après aides	-27,2	1 996,4	2 448,6	814,8	1 061,0	1 753,0
Reste à vivre	120,2	-664,4	1 147,4	147,0	317,0	1 327,0
Recours sur succession	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Source: Travaux mission



Les défis et les enjeux

Vieillesse, hausse des besoins, besoins de prise en charge

[+0,2M de places EHPAD et + 1 à 2,2M de PAD en 2040 -45]

Tensions structurelles

Tensions conjoncturelles

Recrutement, qualité, capacité...
Coûts des facteurs
Solvabilité, financement

Que faire?

Prévenir les effets de la crise en cours

Œuvrer pour concilier les objectifs

Construire un modèle de régulation

Agir sur le Reste à charge

Mobiliser les financements

Passer du droit formel au droit réel

Maîtriser le champ immobilier

Un changement nécessaire, possible, souhaitable, immédiat et potentiellement progressif avec des travaux et analyses complémentaires incontournables



Présentation succincte des propositions

Prévenir les effets de la crise en cours

Dispositif national et territorial de suivi et de prévention des difficultés-
copilotage ARS et départements, liens avec CCSF et partenaires bancaires

Œuvrer pour concilier les objectifs

Elargir la compréhension de l'offre
Piloter de manière plus active et prospective l'offre
Fusionner la section soins et dépendance et revoir le périmètre des sections
Revoir la gouvernance territoriale

Construire un modèle de régulation

Proposition basique, une nouvelle régulation relativement souple
Proposition intermédiaire, une régulation plus affirmée
Proposition cible, une régulation effective encadrant notamment les tarifs



Présentation succincte des propositions

**Agir sur le
Reste à
charge**

Proposition basique– Transformation de la réduction d'impôt pour frais en établissements en un crédit d'impôt sous conditions
Proposition intermédiaire- Nouvelle APA en établissement
Proposition cible- Nouvelle prestation « AUSAE »
Sujet transverse de gestion de la (nouvelle ?) prestation et des opérations industrielles à mener, à voir selon scénario, soustraction OSS et pilotage CNSA

**Mobiliser les
financements**

Plusieurs pistes (rappelées dans le rapport Vachey et les travaux GAA et du Conseil de l'âge...) demeurent d'actualité, elles sont à combiner
Un recours à l'assurance à encadrer et clarifier
Un nouveau modèle de financement pour les personnes âgées dépendantes : obligation alimentaire et recours sur succession forfaitisés et généralisés / régulation plus forte du secteur / contribution unique, affectée et universelle en lieu et place des financements divers actuels

**Passer du droit formel
au droit réel**

**Maîtriser le champ
immobilier**



Prévenir les effets de la crise en cours pour maîtriser la hausse du RAC

- Les **causes** : pression sur les coûts des facteurs sur le recrutement, sur les capacités installées / occupées... fin des garanties de financement et des soutiens crise et post crise... fragilisation avant tout des structures publiques
 - Les **risques** : évolution de la structure du parc (fermetures, privatisation, déshabilitations totales ou partielles...) et déperdition des soutiens publics (CD, ARS, créanciers publics)
- ⇒ Une **méthode commune** d'analyse des difficultés et de priorisation des actions, d'identification des bons leviers à utiliser... une **instance copilotée** par l'Ars et le départements en lien avec la commission des chefs de services financiers (CCSF)... Une **capitalisation nationale**, une **articulation avec les soutiens proposés par la CDC**



Concilier les objectifs – à poursuivre impérativement et concomitamment

⇒ Elargir la compréhension de l'offre

- ❖ **Analyse standardisée de l'offre**, construire les outils de mesure périodique de la situation économique de l'offre, y inclus les rentabilités des concessions de service public que représentent les autorisations d'exploitation et les valorisations des cessions à l'intérieur du secteur, comprendre les enjeux « industriels » du secteur au vu notamment des compétences rares (ingénierie) et des effets d'échelle nécessaires pour construire de la qualité et de l'efficacité) / lien avec travaux tarifications

⇒ Piloter de manière plus active et prospective l'offre

- ❖ Construire **un pilotage à date et prospectif plus actif de l'offre et des systèmes cibles d'offre** tant en domicile qu'en établissement+ (résidences, foyers et autres) pour chaque territoire selon les hypothèses sociales, sanitaires et démographiques disponibles - approche départementale et consolidation nationale.

⇒ Fusionner la section soins et dépendance et revoir le périmètre des sections

- ❖ **Fusion des sections soins et dépendance** et clarification des périmètres des trois sections actuelles / des deux sections futures – lien avec travaux tarification, rappeler contexte et cadre comme devant impérativement se faire sans RAC et avec une nouvelle répartition entre les sections, mise en œuvre ASAP – inspiration Agirc Arrco sur ventilation temps DG (auditable)

⇒ Revoir la gouvernance territoriale

- ❖ **Pilotage des établissements confié à l'ARS** du fait de la dimension sanitaire, possibilité opposition départements sur certaines décisions, financement département sur les investissements ; par **ailleurs pilotage domicile et SPTA aux départements** avec possibilité opposition ARS (coordonnant intervention de toutes les adm. Etat), lien avec schéma cadre supra et analyse prospective // **premier déploiement dans quatre - cinq territoires** (ruraux, urbains, jeunes et vieux, un DROM – dans des régions différentes) et **basculer générale à deux ou trois ans** avec ajustement du modèle // **traitement par ailleurs de la gestion de la ou des prestation(s) selon les caractéristiques finales ; régulation ad hoc sur champ interstitiels** avec réexamen nécessaire des modes de tarification / autorisation / financement hébergement temporaire, résidences seniors et résidence autonomie et foyer = question de prestations ad hoc sur ces champs

Revoir le pilotage territorial

Etablissement

- Responsabilité ARS
- Maintien d'une compétence obligatoire d'investissement des départements
- Pouvoir d'opposition du département sur les décisions de création / suppression

Intermédiaire

- Cadre à clarifier ...

Domicile

- Responsabilité du département
- Pouvoir d'opposition des services de l'Etat sur certains points
- Unité de décision et d'échange côté Etat pour faciliter l'action

Réexamen des concours et du financement, réexamen des socles à respecter et des obligations fixées au niveau national, des financements globaux par l'entité responsable et des financements à la personne avec un OPS chargé de leur calcul et leur versement

La perspective : déployer trois APA différentes pour chaque secteur ; des APA variant selon les revenus (et le patrimoine), le GIR et la situation matrimoniale ; une nouvelle architecture plus redistributive ; plus d'ASH



Revoir le pilotage territorial – comment?

Un cadre affirmé par la loi et mis en place en avance de phase dans 4 ou 5 départements (exposition au risque, rural / urbain, un DROM) au plus tard au 1^{er} janvier 2025



Retour d'expérience après deux ans pour ajustement sans remise en cause du cadre affirmé (sauf pour le volet « intermédiaire »)



Généralisation au plus tard le 1^{er} janvier 2027





Construire un modèle de régulation – ambitions de niveaux différents

– mise en œuvre successive envisageable

Options variant selon le niveau de contrainte sur les acteurs/ secteurs, les biens et services offerts et les tarifs

⇒ Proposition basique, une nouvelle régulation relativement souple

- ❖ Examen du pilotage du public (GHT/ GCMS et sans contrainte / incitation) et de l'ASH, continuer à progresser sur la transparence des tarifs tous secteurs, généralisation CPOM tous secteurs (CPOM par défaut... à voir)

⇒ Proposition intermédiaire, une régulation plus affirmée

- ❖ Construire un cadre de régulation du secteur public (obligation adhésion GCMS avec socle impératif de coopération, lien impératif avec GHT, gestion USLD, passage à autonomie des EHPAD hospitaliers sauf motivation et validation ARS – pilotage national), pilotage rénové du secteur privé non lucratif et du secteur privé lucratif plus actif sur le panier de services socle attendu (contractualisation régionale (ARS) ou nationale selon la dimension des acteurs et encadrement des marges sur le socle) – base et socle avec les options en dehors de la base. Taux nationaux de revalorisation tous secteurs, analyse de la convergence tarifaire et de la territorialisation des tarifs

⇒ Proposition cible, une régulation effective encadrant notamment les tarifs

- ❖ Convergence tarifaire sur le panier de services socle attendu avec des tunnels, puis des tarifs nationaux opposables avec des marges de variation pour prendre en compte les coûts locaux des facteurs (immobilier, ressources humaines, autres) ; fond de soutien à l'immobilier (CNSA) avec des financements ad hoc et pérennes (voir infra, redevance annuelle et prélèvement lors des cessions sur les places des secteurs privés lucratifs et non lucratifs).



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

⇒ Proposition basique – Transformation de la réduction d'impôt pour frais en établissements en un crédit d'impôt sous conditions

- ❖ Maintien rendement anticipé
- ❖ Plafonnement de la niche sans l'intégrer dans le plafond global
- ❖ Traitement particulier de certains soutiens pour permettre à tous les contribuables de bénéficier du CI
- ❖ Information adaptée via les établissements

⇒ Proposition intermédiaire - Nouvelle APA en établissement

- ❖ Lien fusion sections
- ❖ Modulée selon les revenus [+ patrimoine ?] et fin ASH EHPAD (nouveau nom pour la prestation)
- ❖ Distinguer de l'APA à domicile et éventuellement des autres APA,
- ❖ Piloter les écarts de PEC/RAC avec engagements cibles, nationaux et déclinaisons locales

⇒ Proposition cible - Nouvelle prestation « AUSAE » (*allocation universelle et solidaire d'autonomie en établissement*)

- ❖ Modulée selon les revenus [+ patrimoine ?]
- ❖ Réutilisant les masses allouées actuellement (ASH + APA + AL + RI/CI)
- ❖ Qui préfigurerait une évolution plus profonde, une APA avec trois volets (i) APA DOM, (ii) APA INTERMEDIAIRE, (iii) AUSAE
- ❖ Cette APA en trois volets concentrerait les soutiens actuels en trois prestations uniques, avec les mêmes logiques redistributives, la même ambition de régulation et de restes à charge / montants pris en charge articulés les uns par rapport aux autres

⇒ Sujet transverse de gestion de la (nouvelle ?) prestation et des opérations industrielles à mener, à voir selon scénario, sous-traitance OSS et pilotage CNSA



Mobiliser les financements – en vert les leviers nouveaux / rénovés - des possibilités alternatives, un scénario cible,

- ⇒ Plusieurs pistes (rappelées dans le rapport Vachey et les travaux GAA et du Conseil de l'âge...) demeurent d'actualité, elles sont à combiner
- ⇒ Par ailleurs, un recours à l'assurance à encadrer et clarifier qui est écarté par la mission en ce qu'il n'est pas une solution miracle, n'est pas sans impact pour les finances publiques (obligation) et n'est pas à privilégier

Il est donc nécessaire et possible d'aller plus loin, au-delà de pistes diverses

- ⇒ **L'objectif, un nouveau modèle de financement pour les personnes âgées dépendantes** à mettre en œuvre progressivement le cas échéant
- ⇒ **Obligation alimentaire et recours sur succession forfaitisés et généralisés**
 - ❖ Variant selon les capacités contributives des seuls descendants en ligne directe – possibilité de combiner cela avec une dimension bouclier et temporelle comme proposée précédemment mais qui ne semble pouvoir exister par lui-même
- ⇒ **Une régulation plus forte du secteur**
 - ❖ Prélèvement lors des cessions des places / établissements sur le secteur privé lucratif et, le cas échéant, le secteur privé à but non lucratif
 - ❖ Encadrement des marges et/ ou prélèvement forfaitaire à l'occupation de la place par les acteurs du secteur privé lucratif et non lucratif
 - ❖ Selon la taille, panachage des deux ; contrepartie : *malus* sur dotation et, en cas d'opposition constante, plus de capacité à délivrer des soins et fin des financements soins / dépendance
- ⇒ **Une contribution unique, affectée et universelle en lieu et place des financements divers actuels**

Un impact net sur les finances publiques qui est maîtrisable et dépendra des options de réforme et de financements retenues, l'objectif étant d'éviter toute impasse de financement et de tenir compte des éventuels effets comptables .



Du droit formel au droit réel - des actions à mener en lien avec les autres - Mieux maîtriser le champ immobilier –

⇒ Du droit formel au droit réel

- ❖ Propositions basique / intermédiaire / cible avec des variations : encadrement plus ou moins fort selon le système cible, en partant du SPTA / SPDA, viser l'automatisme / simplicité / DNLUF...

⇒ Des actions à mener sur l'immobilier

- ❖ Un poste de coûts essentiel pour piloter / maîtriser le RAC - Une action à déterminer avec plusieurs leviers activables - Rôle bailleurs sociaux - Simplification et accès CDC / banque des territoires - Apprécier les besoins et l'état du parc - Analyser les modèles mis en œuvre par les acteurs privés et la capacité de les transposer en tout ou partie dans le champ public - Déployer des compétences immobilières fortes dans le cadre des GCSMS - Prévoir des financements dédiés - Mesures de recettes sur les secteurs privés - Autres modalités de financement



Un changement, quel changement?

- ⇒ La solidarité est nécessaire, elle doit être organisée
- ⇒ Une nouvelle redistribution
- ⇒ Une prestation fusionnée, unique et autonome pour la prise en charge en établissement dans le cadre d'une évolution plus globale
- ⇒ Une régulation nécessaire, structurée et efficiente
- ⇒ **Un impératif, réguler**
- ⇒ **Une nécessité, simplifier**
- ⇒ **Une urgence, choisir**
- ⇒ **Une obligation, agir**



Avant et dès le PLFSS 2024 et le PLF 2024

- ⇒ **Mise en place de l'action conjoncturelle avec la comitologie et le suivi / la prévention des difficultés sous trois mois** avec éventuelle base législative ultérieure
- ⇒ **Annonces et calages pour perspectives, travaux et concertations préparatoires trans partisans et associant tous les acteurs – avec mise en œuvre visée en 2025**
- ⇒ **Mesure de court et moyen terme**
 - ❖ Crédit d'impôt dans un format rénové et plus redistributif
 - ❖ Modalité palliative via les aides au logement
- ⇒ **Un besoin de changement structurel**



En cours

- ⇒ **Formalisations scénarios et options pour arbitrage**
- ⇒ **Travaux réalisés** par la mission **et transmission** au cabinet PM et autre cabinets compétents (comptes et solidarité)
- ⇒ Echanges avec **ADF**
- ⇒ Echanges avec **parlementaires**
- ⇒ Autres échanges
- ⇒ **Date, lieu et modalités de remise du rapport et communication associée**



Section ajoutée suite à la réunion avec le directeur de cabinet de la Première ministre le 1er juin

**Quels choix?
Quels scénarios?
Quels mode de conduite du
changement?**



Aller plus loin – identifier les objets d’arbitrages

- Les travaux conduits ont retenu l’attention du cabinet de la Première ministre qui a demandé à la mission d’approfondir ses travaux
- Pour aller plus loin dans la **conception des options disponibles et déterminer les modalités** dans lesquelles le **changement** pourrait être mené
- **Des travaux nombreux sont en cours :**
 - ❖ Déploiement en cours de ma **Prim’adapt** et des autres chantiers
 - ❖ Suites du **CNR** bien vieillir,
 - ❖ **PPL Bien vieillir,**
 - ❖ Travaux menés sur le **modèle économique des EHPAD,**
 - ❖ Préparation des lois financières..



Des travaux préparatoires nécessaires, un mode projet à adopter

- Le mode d'association des acteurs doit être clarifié ; **la mission** n'avait aucun rôle de concertation ; toutefois, à la demande du cabinet de la Première ministre, elle a :
 - ❖ Proposé un échange au président de l'**ADF**
 - ❖ Assuré l'information des **députés de la majorité**
 - ❖ Échangé avec **les parlementaires et responsables de gauche** afin de déterminer les modalités d'une approche plus large et plus partagée
- Les travaux menés pourraient utilement être présentés au **Conseil de l'Age** et dans le cadre des groupes consacrés au « modèle économique des EHPAD »
- Un cadre plus général mériterait d'être déterminé, le cas échéant avec une **structuration projet de long terme** (chefs de projets dédiés à la DGCS, prenant appui sur les autres DAC, instances partenariales *ad hoc* de mise en œuvre)
- Outre la mise en place de ce mode projet, les premiers arbitrages permettraient de **lancer les nécessaires travaux d'évaluation des options fines retenues**; ce point est prioritaire en ce que ces travaux de chiffrages sont accessibles et indispensables en vue de la préparation des lois financières



Un premier véhicule normatif à identifier / déterminer

- La **PPL « bien vieillir »** présente **plusieurs incertitudes** :
 - ❖ **Calendaires**, en ce que son inscription à l'ordre du jour des assemblées et son adoption rapide ne sont pas avérésposé un échange au président de l'**ADF**
 - ❖ **Procédurales** en ce que nombre de ses dispositions emblématiques ne peuvent figurer (seules) dans cette PPL mais relèvent bien des lois financières (PLF et PLFSS)
 - ❖ **De contenus**, en ce que nombre d'acteurs conviennent de la nécessité de textes législatifs supplémentaires et la PPL prévoit à cet égard une loi cadre / de programmesur le grand âge...
 - ⇒ Elle porte des ambitions bien moindres que celles portées dans le rapport
 - ⇒ Utiliser ce véhicule pour mettre en œuvre les conclusions du rapportest à écarter
- Une **démarche alternative** consisterait à
 - ❖ **Sortir de la PPL des mesures emblématiques et prioritaires** (SPTA en particulier)
 - ❖ **Arrêter les autres mesures de niveau législatif à adopter** compte tenu des arbitrages rendus
 - ❖ **Faire figurer ces mesures dans les deux lois financières** de deux manières : des mesures législatives autonomes et des dispositions d'habilitation à intervenir par ordonnances qui permettraient (i) de se situer dans un cadre cohérent avec le besoin de concertation et d'élaboration technique des mesures et (ii) de se prémunir d'une éventuelle censure au titre de la jurisprudence sur les « cavaliers »; un travail *ad hoc* sur ce point devrait être mené par la DSS, la DGCS et la DAJ des ministères sociaux



Une démarche de soutien rapide à mettre en place

- **Demander à la DGCS d'élaborer avec la DSS et la DGFIP l'instruction nécessaire**, en associant les acteurs bancaires (CDC / banque des territoires notamment) et en procédant aux consultations nécessaires (CNSA, ARS...)
 - **A l'occasion de la remise du rapport**, annoncer la mise en œuvre d'une instance *ad hoc* et d'un **pilotage national du suivi et de prévention des difficultés des EHPAD**
 - **Prévoir un cadre institutionnel pérenne**, dans une mesure de niveau législatif
- **Modalités et échéances de mise en œuvre :**
 - ❖ Dès que possible, demande des travaux aux DAC
 - ❖ Annonce lors de la remise du rapport
 - ❖ Mesure PLFSS 2024 pour acter ce cadre institutionnel
 - ❖



Des arbitrages de principe à rendre - financement

- **Les mesures de financement sont clefs et nécessaires ; il est incontournable que le gouvernement indique s’il entend utiliser les leviers nouveaux proposés ou à d’autres voies :**
 - ❖ La mise en œuvre de l’**obligation alimentaire** des seuls descendants au premier degré, forfaitisée et variable selon leurs revenus
 - ❖ **Le prélèvement sur les successions**, au-delà d’un plafond, forfaitaire et variable selon l’actif net successoral
 - ❖ **Le « bouclier »** sur cette obligation et ce prélèvement variant selon le degré de dépendance, la durée en établissement et les revenus / ressources
 - ❖ **Les prélèvements sur le secteur** avec (i) un prélèvement sur les cessions qui peut être mis en œuvre dès les lois financières de septembre, (ii) un prélèvement sur les places / un encadrement des marges avec une instance *ad hoc* qui pourrait faire l’objet d’une mesure d’habilitation à agir par ordonnance... Conséquence, **la mesure de taxation des bénéficiaires à hauteur de 10% max (PPL Bien vieillir) serait abandonnée...**
 - ❖ **La contribution unique est d’ordre plus structurel** et concerne non seulement l’APA en établissement mais aussi l’APA à domicile, elle est proposée comme ne finançant que le grand âge et pas le champ du handicap – une mission pourrait utilement être diligentée sur ce point
 - **Modalités et échéances de mise en œuvre :**
 - ❖ **Obligation alimentaire / Prélèvement sur les successions / Bouclier – travaux techniques en 2023, mise en œuvre en PLFR 2024 ou au plus tard en PLF et PLFSS 2025**
 - ❖ **Prélèvements sur le secteur – prélèvement sur les cessions dès PLF et PLFSS 2025, prélèvement sur les places / régulation via une disposition d’habilitation à agir par ordonnance en PLF et PLFSS 2025**
 - ❖ **Contribution unique – mission en 2023, mesures en PLF et PLFSS 2025**
 - ❖ **Travaux assurance – groupe de travail ou mission *ad hoc*, conclusions en 2024**
-
- ❖ Les travaux sur l’**assurance** doivent être menés d’ici à la fin 2024



Des arbitrages de principe à rendre - pilotage

- **Les démarches « élargir la compréhension de l'offre » et « piloter de manière plus active et prospective l'offre » :**
 - ❖ Seraient à mettre en œuvre par la CNSA, en lien avec les DAC concernées et notamment celles de Bercy,
 - ❖ Deux modalités seraient à privilégier – la constitution d'un « **observatoire économique des EHPAD** » au sein de la CNSA et une **méthode d'analyse de l'offre à déployer par la CNSA**
 - **La fusion des sections « soins » et « dépendance » ainsi que la clarification des périmètres des sections**
 - ❖ N'ont pas été analysées en détail par la mission, les travaux sont disponibles et mobilisables,
 - ❖ **Les modalités de mise en œuvre sont à déterminer et relèvent de mesures législatives et réglementaires puis de mesure d'ajustement (concours financiers CNSA)**
 - **La réforme du pilotage territorial est nécessaire :**
 - ❖ Il nécessite de cerner la **position** claire de l'ADF
 - ❖ Une **mesure d'habilitation à intervenir par ordonnance** serait utile et permettrait les concertations nécessaires, elle permettrait le lancement dans les territoires tests au plus tard au 1^{er} janvier 2025 et pourrait embarquer le SPTA figurant actuellement dans la PPL Bien vieillir
- **Modalités et échéances de mise en œuvre :**
 - ❖ Observatoire économique et analyse de l'offre - rattachement à assurer avec les axes COG CNSA ou demande supplémentaire, **éventuellement base législative dans PLFSS 2024**
 - ❖ Fusion des sections, selon maturité, **soit dès PLF et PLFSS 2024 soit PLF et PLFSS 2025 au plus tard**
 - ❖ Pilotage territorial, **mesure d'habilitation à intervenir par ordonnance avec mise en œuvre progressive dans PLF et PLFSS 2024**



Une démarche nécessaire de régulation – une stratégie à arrêter

• La proposition basique d'amélioration de l'existant

- ❖ Ne nécessite pas d'actions autres que la mobilisation forte de la DGCS et de la CNSA, en lien avec les DAC concernées
- ❖ Les ministres compétents pourraient formaliser une feuille de route à cet égard pour des actions sur une période de six mois à un an, un appui externe pourrait être utile

• La proposition intermédiaire de régulation plus affirmée

- ❖ Nécessite des textes législatifs
- ❖ Certaines sont pour partie disponibles (mesures dans la PPL « bien vieillir »)
- ❖ Ces mesures devraient figurer dans les PLF et PLFSS 2024 pour l'essentiel, complétées par une habilitation à agir par voie d'ordonnance

• La proposition cible de régulation effective

- ❖ Ne peut être mise en œuvre dès 2024
- ❖ Justifie des actions préparatoire en 2024 (groupes de travail et chef de projet) pour une inscription en PLF et PLFSS 2025



La mise en place d'une mesure de maîtrise du reste à charge rend indispensable *a minima* la proposition intermédiaire et, rapidement, la proposition cible

• Modalités et échéances de mise en œuvre :

- ❖ Proposition basique – feuille de route dans les trois mois
- ❖ Proposition intermédiaire – mesures PLF et PLFSS 2024
- ❖ Proposition cible – projet en 2023 et 2024, mesures dans PLF et PLFSS 2025

Une action incontournable sur le RAC – une ambition à préciser

- **La proposition basique dès le PLF ou le PLFSS 2024** soit la mesure de transformation de la RI en CI soit la mesure aides au logement
- **La proposition intermédiaire** de réexamen de l'APA en établissement et de l'ASH **dans le PLF et le PLFSS 2025** (suite mode projet et groupes de travail avec appui externe éventuel) – elle est directement liée à l'arbitrage rendu sur la fusion des sections et à sa mise en œuvre (maintien ou non du RAC, TM ou non – le rapport souligne que pour la mission cette fusion devrait se faire « sans RAC »)
- **La proposition cible** de trois nouvelles APA, mobilisation unique des soutiens publics actuels et **d'une « AUSAE »** variant selon les revenus (et le patrimoine) nécessite des travaux préparatoires importants pour une mesure **dans le PLF et le PLFSS 2025 (suite mode projet et groupes de travail avec appui externe éventuel)**



Il est possible de mettre en œuvre la proposition basique puis la proposition intermédiaire ou la proposition cible...

Mais il ne semble pas possible de mettre en œuvre la proposition intermédiaire puis la proposition cible...

L'arbitrage porte donc sur (i) la mise en œuvre de la proposition basique (ii) le choix éventuel entre les deux autres propositions

• Modalités et échéances de mise en œuvre:

- ❖ Proposition basique – PLF et PLFSS 2024
- ❖ Proposition intermédiaire – mode projet en 2023 et 2024, PLF et PLFSS 2025
- ❖ Proposition cible – mode projet en 2023 et 2024, PLF et PLFSS 2025



L'accès aux droits et l'action sur l'immobilier

- Les options découlent logiquement pour l'accès aux droits de la mise en œuvre du SPTA et du choix en matière de RAC
- L'action sur l'immobilier découle également des arbitrages rendus sur le financement et la régulation sectorielle mise en œuvre



Des arbitrages sont à rendre mais dans un second temps

- Modalités et échéances de mise en œuvre : à déterminer selon les autres choix



Trois scénarios possibles – idéaux types

Identification des modes de financement, des actions sur l'offre et mise en place d'une démarche de suivi et de prévention des difficultés du secteur

Scénario basique	Régulation faible à modérée Mobilisation faible des moyens de financement Transformation de la RI en CI ou mesure AL	<i>PLF et PLFSS 2024</i>
Scénario intermédiaire	Régulation modérée à forte Mobilisation intermédiaire des moyens de financement Transformation de la RI en CI ou mesure AL puis mesure APA en établissement revue	<i>PLF et PLFSS 2024 et 2025</i>
Scénario cible mission	Régulation forte Mobilisation de tous les nouveaux moyens de financement Transformation de la RI en CI ou mesure AL puis mesure AUSAE et refonte de l'APA à domicile, 3 nouvelles APA	<i>PLF et PLFSS 2024 et 2025</i>



ANNEXE – CERNER LE CONTEXTE



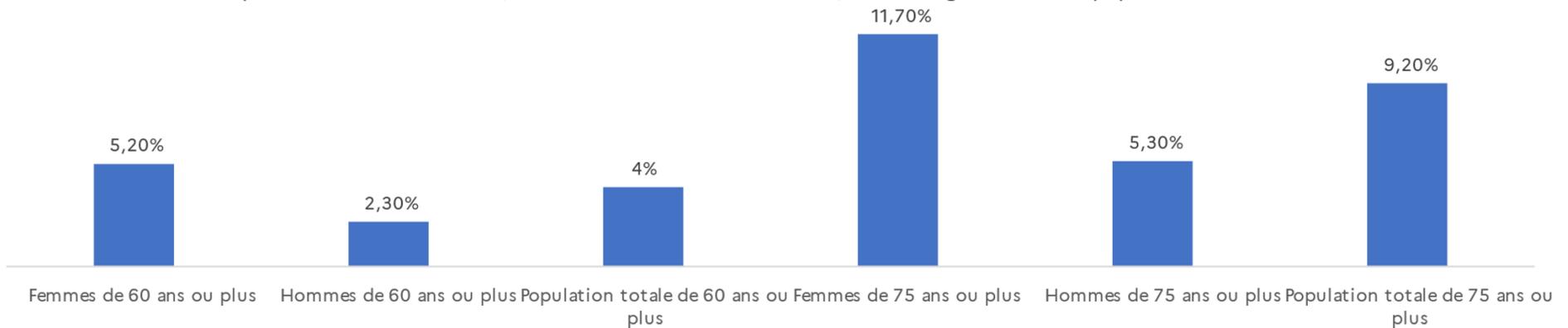
Quelques éléments de contexte – les établissements

En France, fin 2019, 730 000 personnes fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées ou y vivent, soit 10 % des personnes de 75 ans ou plus et un peu moins d'un tiers de celles de 90 ans ou plus. Cette dernière part est en baisse de 5 points depuis 2015.

L'hébergement temporaire ou l'accueil de jour concerne 4 % des personnes âgées accompagnées. **Huit personnes sur dix** sont accueillies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Source : DREES, Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2019. Etudes et résultats, juillet 2022, n°1237

Population en établissement (EHPAD, USLD et EHPA non EHPAD) - selon l'âge - en % de la population totale - 2019



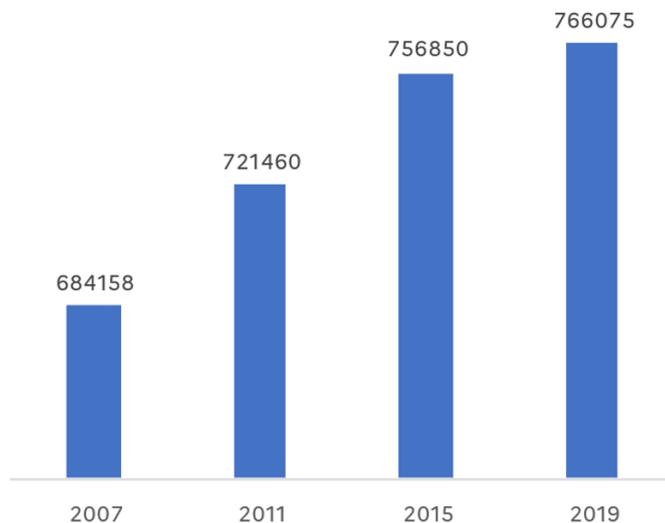
Source : DREES, Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ? Une comparaison à partir des enquêtes Céges et Care-Institutions. Les dossiers de la DREES, février 2023, n°104 (Delphine Roy DREES et Institut des politiques publiques)



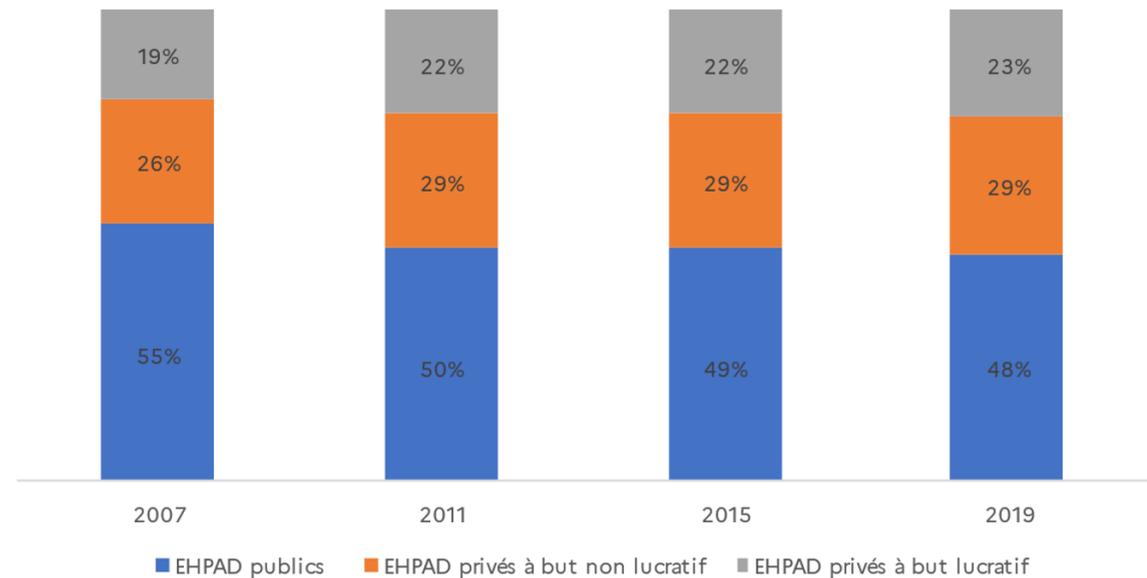
Quelques éléments de contexte – les établissements

Entre 2007 et 2019, le nombre de places pour prendre en charge des personnes âgées en perte d'autonomie a augmenté de 12% ; cette hausse a largement été portée par les EHPAD (+19% de places) dont la part dans les places d'hébergement est passée de 75 à 80% ; l'offre de places en EHPAD n'est plus majoritairement publique, la part du secteur privé a progressivement crû (+ 7 points en 12 ans)

Nombre de places en établissement accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie - entre 2007 et 2019



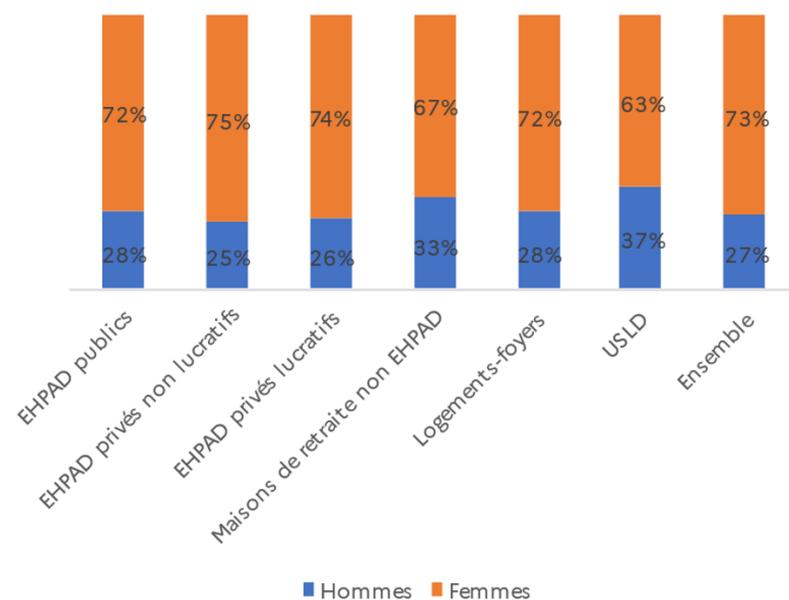
Répartition des places selon le statut de l'EHPAD - en % - entre 2007 et 2019



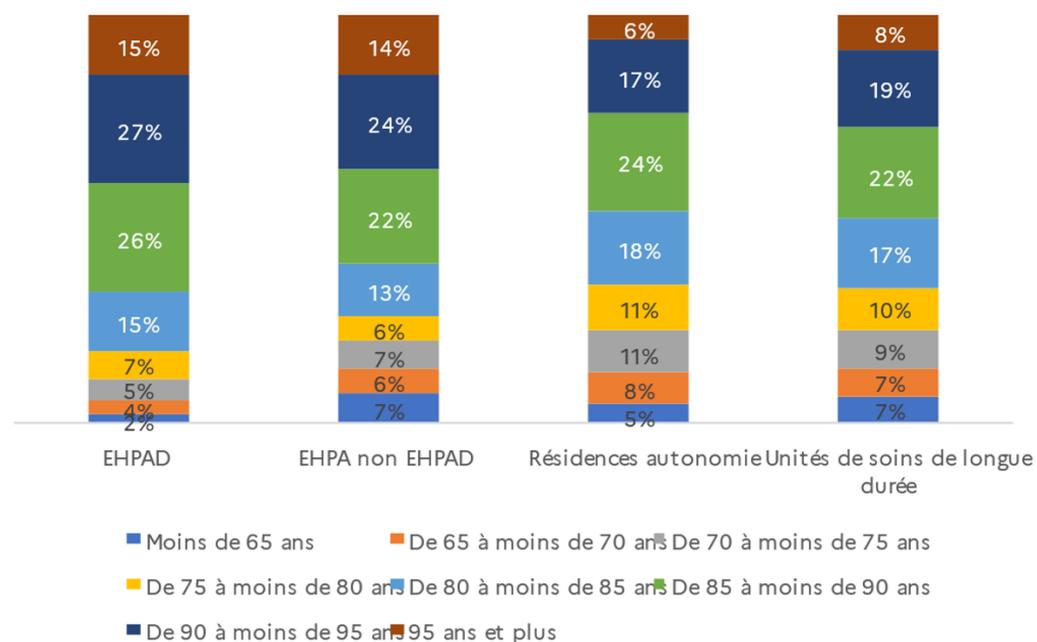
Quelques éléments de contexte – les résidents

La population hébergée est très largement féminine, tout particulièrement en EHPAD (3/4 de résidentes); les EHPAD sont les structures d'hébergement qui accueillent les populations les plus âgées

Répartition des personnes âgées dépendantes en établissement - selon le sexe et le statut de l'établissement - en % - en 2019



Structure par âge des résidents accueillis - selon le type de structures d'accueil - en % - en 2019

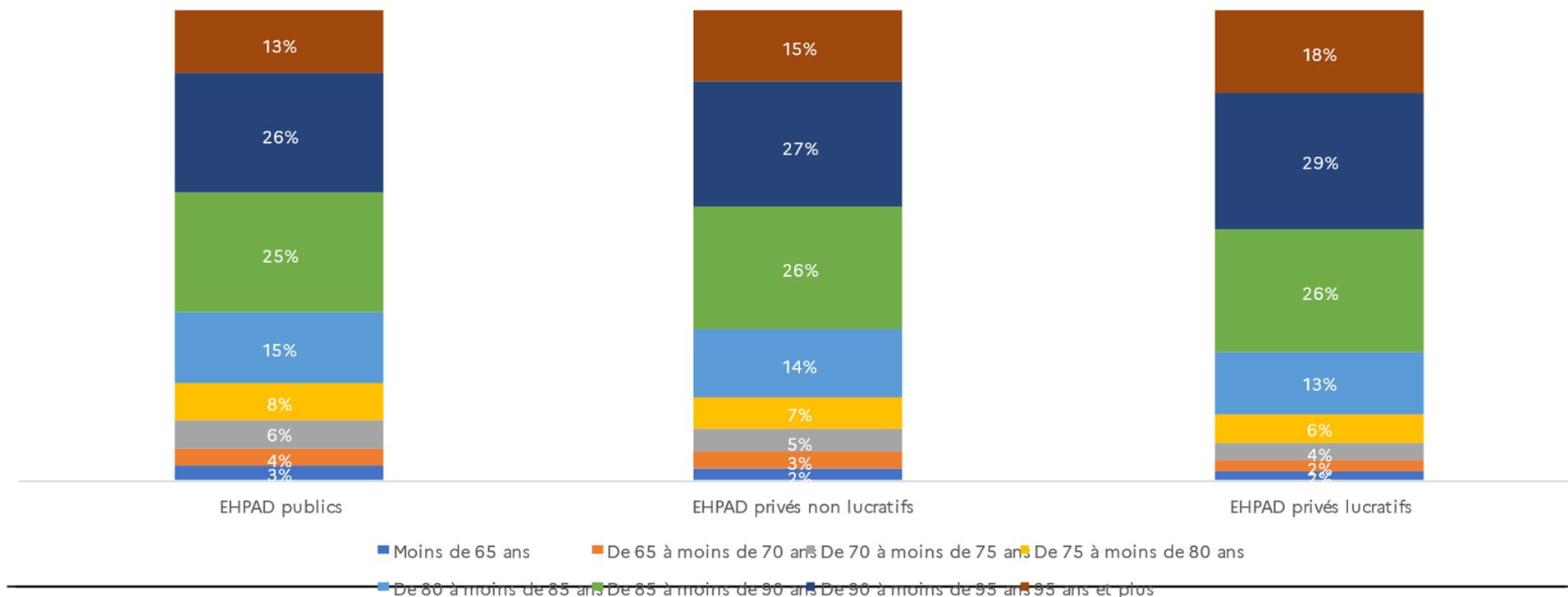




Quelques éléments de contexte – les résidents

La population accueillie en EHPAD est globalement plus âgée dans les structures privées, les publics rejoignant ces structures ont en effet le plus souvent eu plus de possibilités de rester plus longtemps à leur domicile, chez des proches ou dans le logement intermédiaire

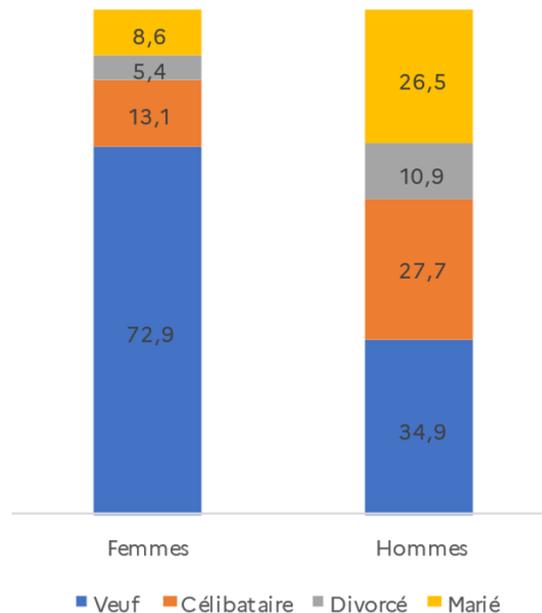
Structure par âge des résidents accueillis dans les EHPAD- selon leur statut - en % - en 2019



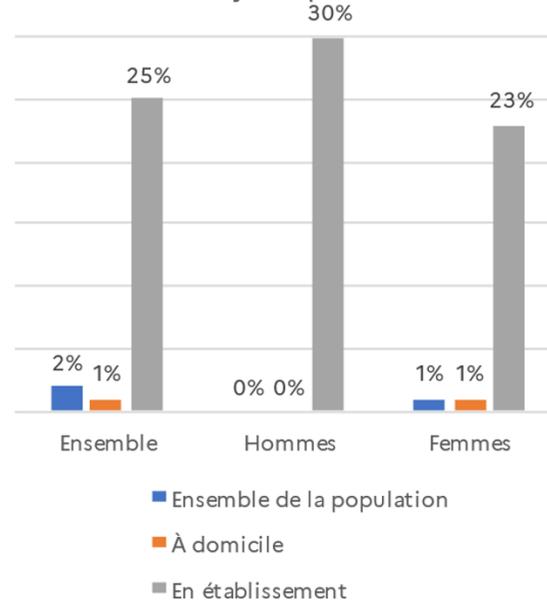
Quelques éléments de contexte – les résidents

La population hébergée est notablement plus isolée, plus souvent mise sous protection juridique et plus souvent modeste par rapport au reste de la population et en particulier par rapport au reste de la population des mêmes tranches d'âge.. **Prêter attention à la prise en charge en établissement, c'est donc bien prêter attention aux plus fragiles, aux plus isolés et aux plus modestes de nos aînés**

Statut matrimonial des résidents en établissement - en %



Existence d'une mesure de protection juridique



Niveau de vie annuel médian selon l'âge et le lieu de vie

Âge	Etablissement en €	À domicile en €	Ecart en €	Ecart en %
60-64 ans	13 270	21 980	8 710	40%
65-69 ans	13 180	21 290	8 110	38%
70-74 ans	13 850	21 140	7 290	34%
75-79 ans	16 820	19 960	3 140	16%
80-84 ans	15 750	19 070	3 320	17%
85-89 ans	16 550	18 430	1 880	10%
90-94 ans	16 800	18 610	1 810	10%
95 ans et plus	17 080	17 010	-70	0%
Ensemble	16 230	20 660	4 430	21%

23/07/2023

Source: DREES, Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ? Une comparaison à partir des enquêtes Médiages et Care-Institutions, Les dossiers de la DREES, février 2023, n°104 (Delphine Roy DREES et Institut des politiques publiques)

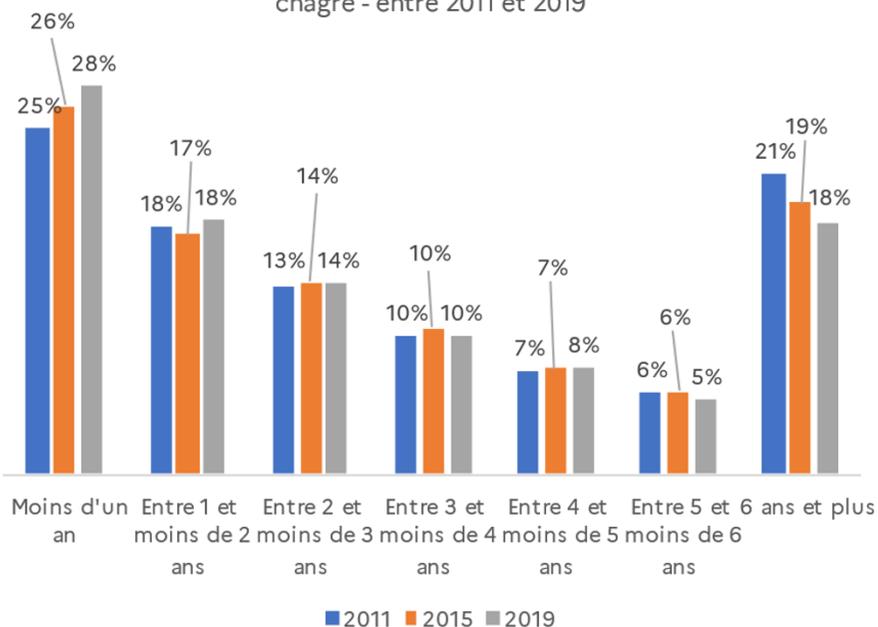
39



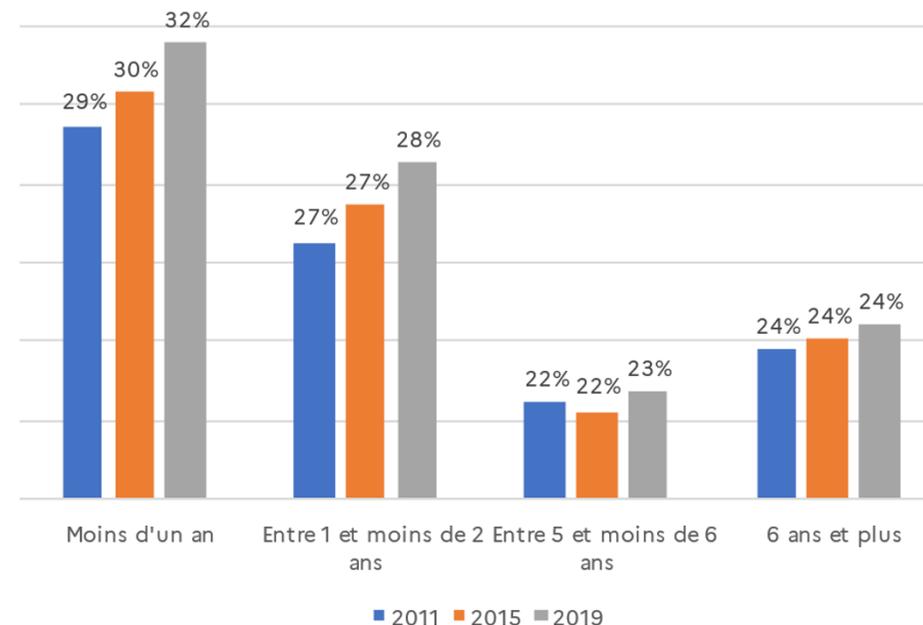
Quelques éléments de contexte – les résidents

Des séjours qui globalement sont moins longs, ce même si la part des hommes est allée croissante, notamment dans les séjours plus longs

Personnes âgées dépendantes prises en charge dans une structure - selon l'ancienneté - en % des personnes prises en charge - entre 2011 et 2019



Poids relatif des hommes dans la population prise en charge en établissement - en % - entre 2011 et 2019



Source: DREES, Enquêtes EHPA, millésimes 2007, 2011, 2015 et 2019



Quelques éléments de contexte – les résidents

L'ancienneté moyenne du séjour est globalement plus prononcée dans les EHPAD publics et l'âge moyen y est relativement plus bas

Catégorie d'établissement	Ancienneté moyenne - 2015	Ancienneté moyenne - 2019	Evolution 2019/2015
EHPAD publics	3 ans et 7 mois	3 ans et 4 mois	- 3 mois
EHPAD privés à but non lucratif	3 ans et 6 mois	3 ans et 3 mois	- 3 mois
EHPAD privés à but lucratif	2 ans et 9 mois	2 ans et 10 mois	+ 1 mois
EHPA non EHPAD	3 ans et 6 mois	3 ans et 2 mois	- 4 mois
Unités de soins de longue durée	2 ans et 10 mois	2 ans et 9 mois	- 1 mois
Logements -foyers / résidences	5 ans et 2 mois	4 ans et 11 mois	- 3 mois
ENSEMBLE	3 ans et 7 mois	3 ans et 5 mois	- 2 mois

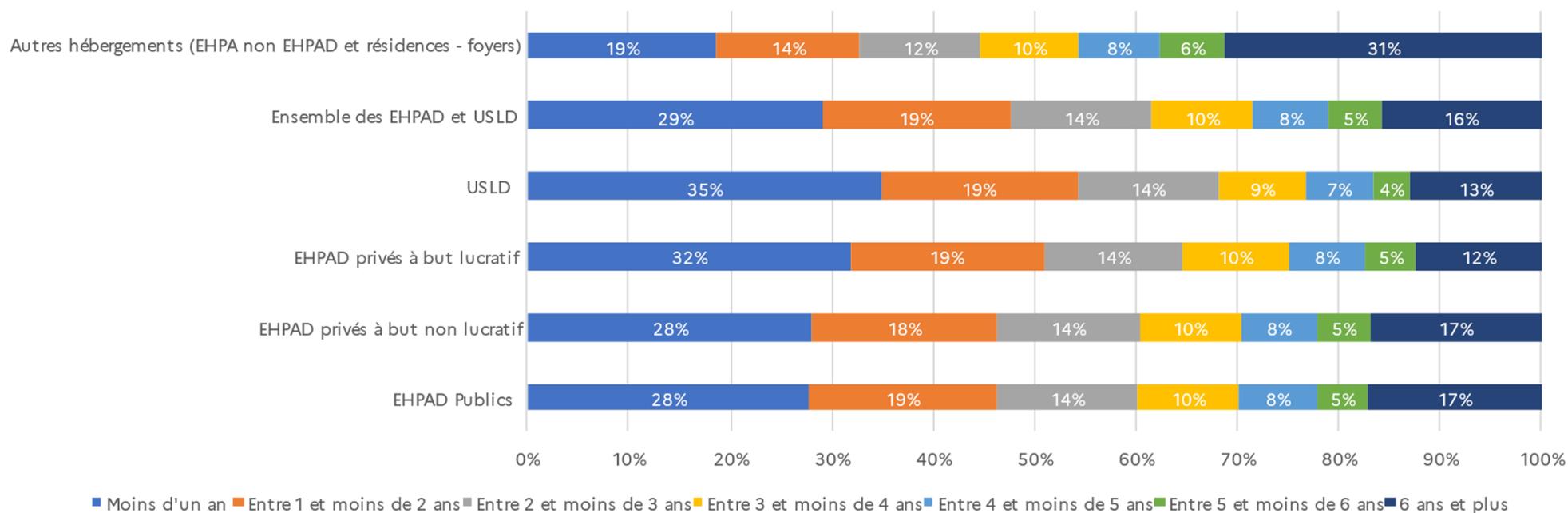
Catégorie d'établissement	Âge moyen - 2015	Âge moyen - 2019	Evolution 2019/2015
EHPAD publics	85 ans et 9 mois	86 ans et 2 mois	+ 5 mois
EHPAD privés à but non lucratif	86 ans et 8 mois	87 ans	+ 4 mois
EHPAD privés à but lucratif	87 ans et 5 mois	88 ans et 1 mois	+ 8 mois
EHPA non EHPAD	84 ans et 12 mois	84 ans et 9 mois	- 3 mois
Unités de soins de longue durée	83 ans et 4 mois	82 ans et 9 mois	- 7 mois
Logements -foyers / résidences	82 ans et 8 mois	82 ans et 7 mois	- 1 mois
ENSEMBLE	85 ans et 9 mois	86 ans et 1 mois	+ 4 mois



Quelques éléments de contexte – les résidents

Mais l'ancienneté moyenne du séjour dissimule des réalités bien plus diverses...

Ancienneté de séjour dans les différentes catégories d'établissements au sens de l'enquête EHPA - en % - selon le type d'hébergement en 2019



Source: DREES, Enquêtes EHPA, millésimes 2007, 2011, 2015 et 2019

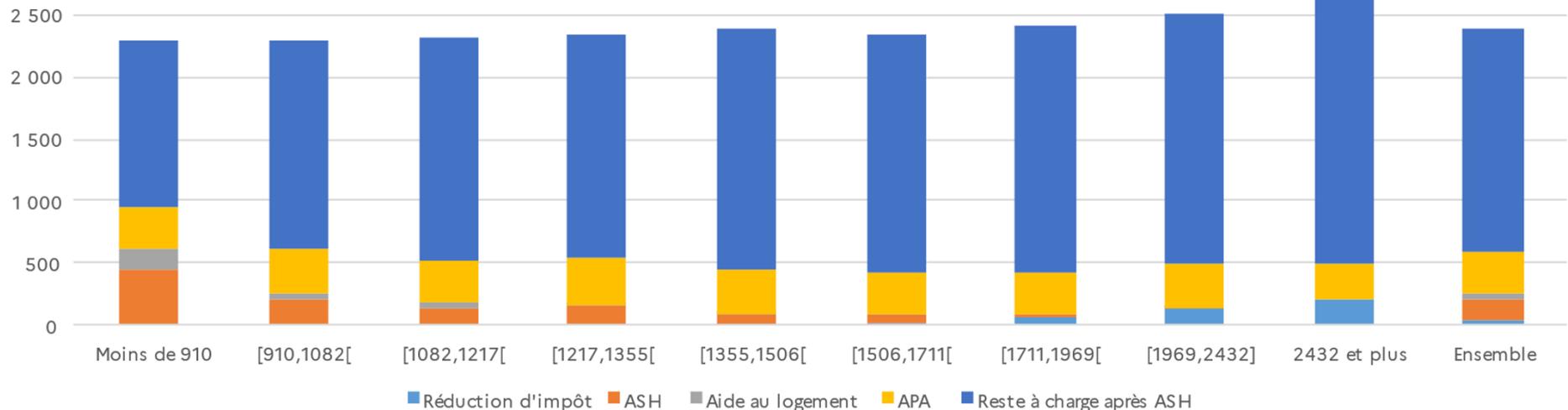


Quelques éléments de contexte – soutiens publics et restes à charge

Les données disponibles sur ces questions sont le plus souvent des moyennes et elles sont reconstruites et simulées dans le modèle *Autonomix*. Cette approche simulée à la moyenne n'embrasse pas actuellement les patrimoines. Elle dissimule sans doute des situations très différenciées à l'intérieur des différentes catégories de résidents appréciés ici selon leurs niveaux de ressources

Premier élément: **le coût de l'hébergement en EHPAD varie relativement peu selon le niveau de revenus** (+382€ mensuels entre la catégorie aux revenus les plus faibles et celles aux revenus les plus importants)

Coût de l'hébergement en EHPAD - par niveau de revenus (soutiens publics et reste à charge) - en 2019

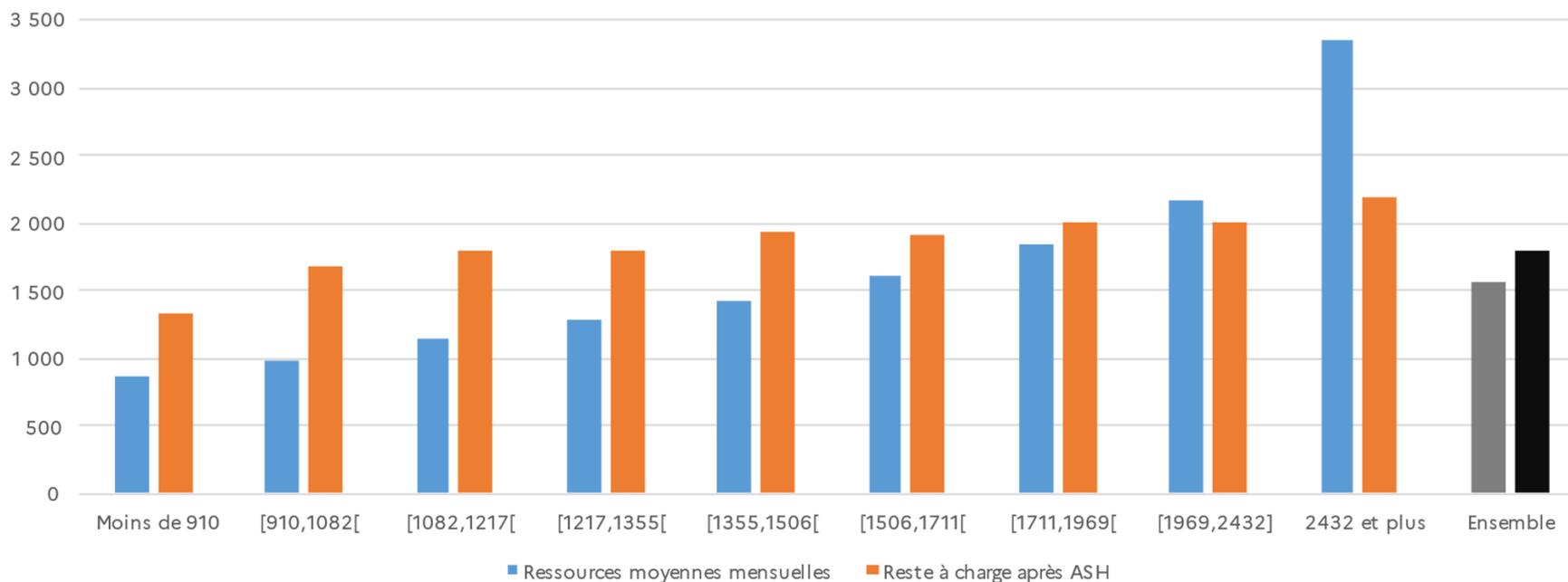




Quelques éléments de contexte – soutiens publics et restes à charge

Partant, pour les différentes catégories de résidents, le revenu courant est le plus souvent inférieur aux coûts supportés: sur les neuf catégories identifiées, (i) pour les 7 premières, les revenus ne permettent pas de couvrir le coût de l'hébergement, (ii) l'écart est très fort sur les 5 premières catégories, (iii) seules les 2 dernières catégories peuvent supporter le coût de l'Ehpad *via* leurs seuls revenus... **le séjour en Ehpad doit être financé par d'autres voies que les revenus courant pour 75% des résidents**

Reste à charge après interventions et soutiens publics et niveau de ressources

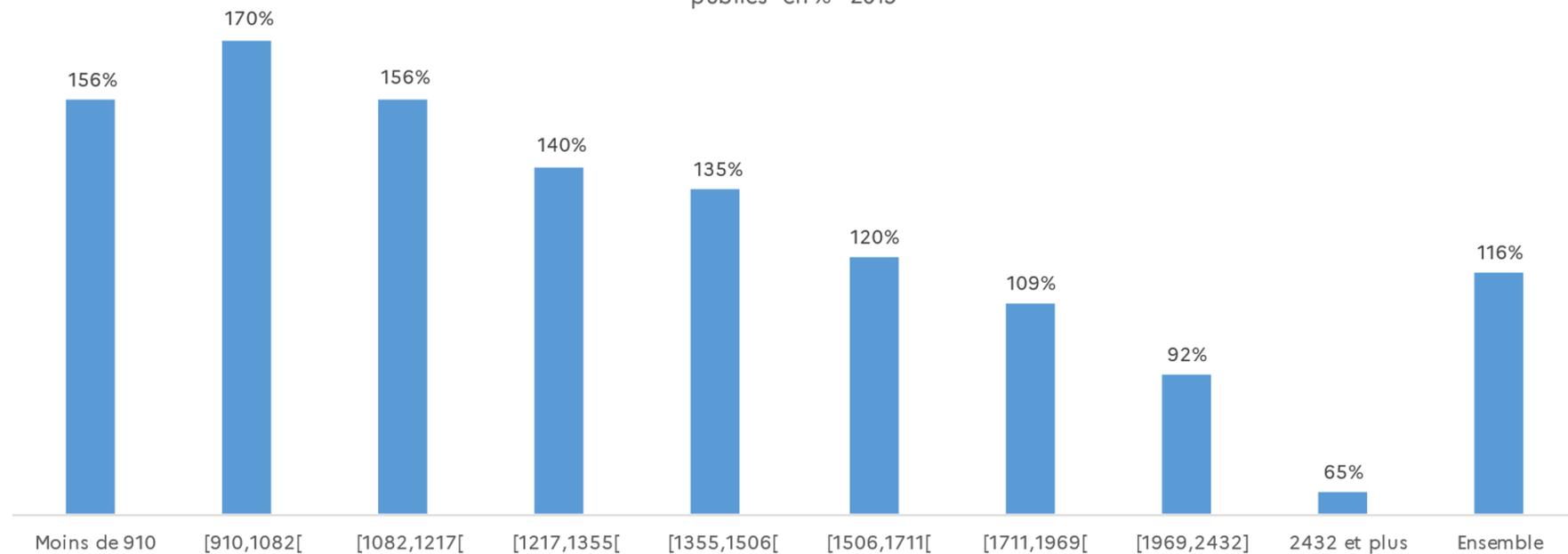




Quelques éléments de contexte – soutiens publics et restes à charge

Après interventions et soutiens publics, l'effort demandé est très important surtout pour les catégories les plus modestes, le système paraît ainsi faiblement ou insuffisamment redistributif : les soutiens publics à apporter, qui sont ici simulés et estimés à la moyenne sont à reconsidérer

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



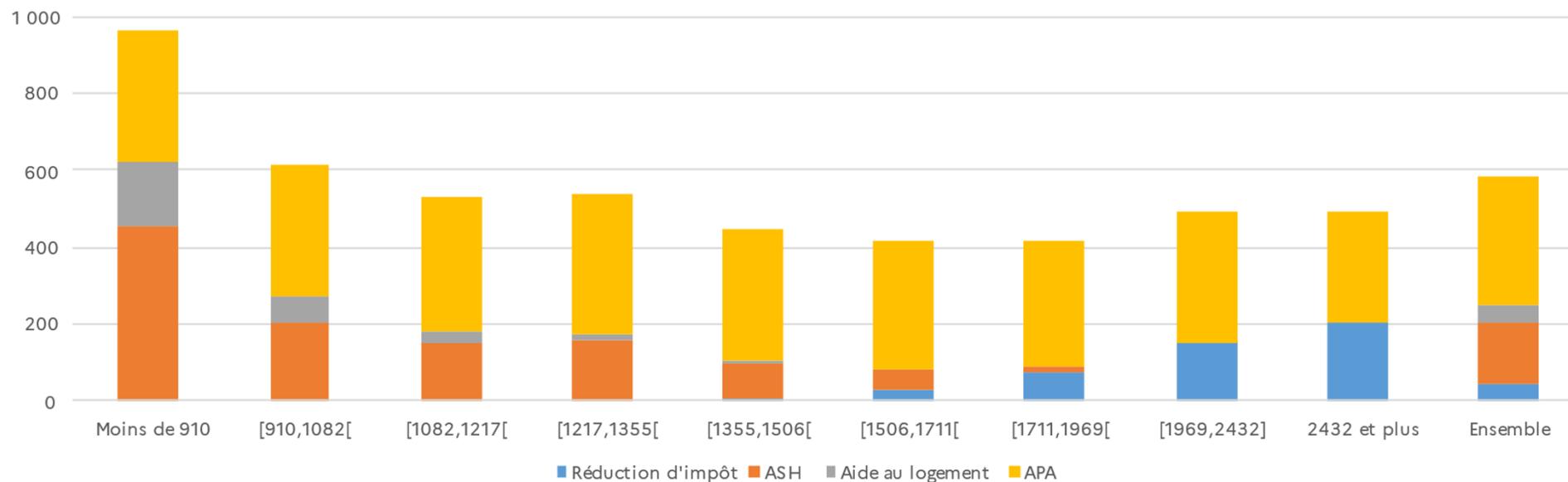
Source: DREES, Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quel apport du modèle Autonomix - Résultats 2019 juillet 2022



Des soutiens publics à interroger – une courbe en U

La courbe des soutiens apportés montre ainsi le rôle clef de l'APA établissement à tous les niveaux de revenus, l'importance de l'ASH sur les bas niveaux de revenus, le rôle plus faible des aides au logement et le rôle très important pour les plus hauts revenus de la réduction d'impôt

Soutiens publics par catégorie de revenus



Source: DREES, Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quel apport du modèle Autonomix - Résultats 2019 juillet 2022



Zoom sur l'aide sociale à l'hébergement- ASH

L'aide sociale à l'hébergement (ASH), assurée par le département, est **un dispositif de soutien différentiel** : la collectivité départementale couvre toutes les dépenses que le résident ne peut supporter tout en lui garantissant un reste à vivre minimal; **la prise en charge peut aller jusqu'à 100%, la mobilisation des revenus du bénéficiaire est toujours de 100% en laissant un reste à vivre**

L'ASH est une prestation d'aide sociale au sens plein et historique... elle est donc **recupérable (i) auprès des obligés alimentaires** selon leurs capacités financières alors que l'ASH est servie, **(ii) sur l'actif net successoral** au-delà d'un seuil minimal (46 000€, prise en compte des donations assurées au cours des 10 dernières années – pas de lien avec le seuil ASPA)

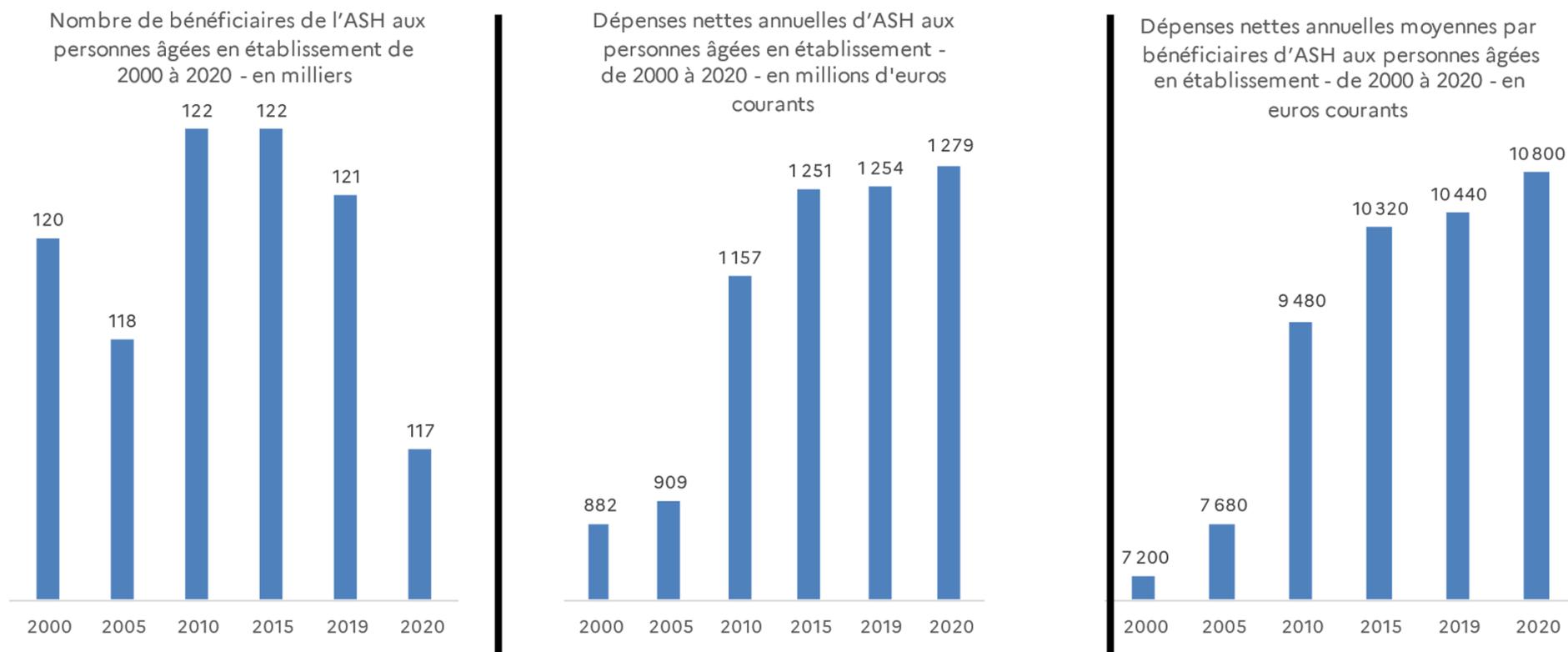
L'ASH peut être accordée, selon l'option retenue par le département, dans diverses solutions d'hébergement ; elle ne peut **être mise en œuvre que dans certaines places en EHPAD dites « habilitées à l'aide sociale »** ; l'habilitation à l'aide sociale d'une place a trois conséquences (i) le tarif est administré, le coût de l'hébergement est fixe et déterminé unilatéralement par le département, (ii) ce tarif n'évolue que sur la base de la décision du département, (iii) sauf dispositions spécifiques, les résidents occupant une place habilitée à l'aide sociale supportent un tarif équivalent au « tarif aide sociale »

Par conséquent, **le champ ASH est le seul qui est intégralement administré en termes de places et de tarifs** puisque les autres places sont certes régulées en nombres mais pas en termes de tarifs facturés aux résidents



Zoom sur l'aide sociale à l'hébergement- ASH

Le nombre de bénéficiaires et les dépenses associées paraissent désormais relativement stables





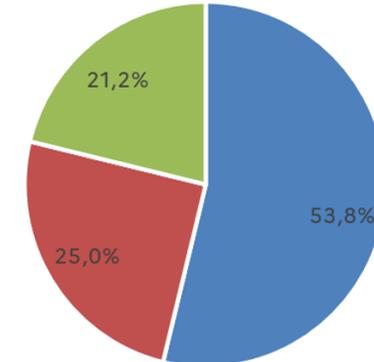
Zoom sur l'aide sociale à l'hébergement- ASH

Mais le recours à l'ASH est particulièrement réduit : **21% des résidents en EHPAD bénéficient de l'ASH** alors que 76% des résidents en EHPAD ne disposent pas de revenus leur permettant de couvrir les dépenses d'hébergement. **Le taux de recours à l'ASH est donc apprécié à 28%, ce qui est faible..**

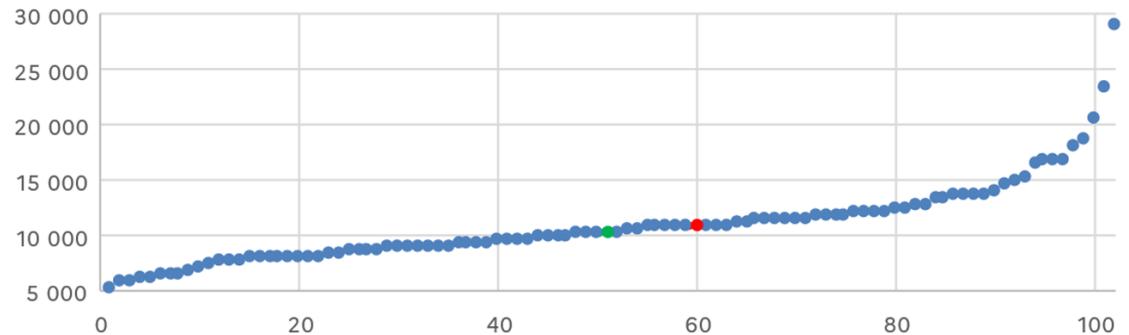
De plus, **les niveaux de dépenses ASH sont très différents selon les départements** considérés puisqu'ils varient dans **un rapport de 1 à 6...**

Approche schématique de la situation des résidents au regard de leurs revenus, du coût du séjour et du bénéfice de l'ASH données estimées en 2019

- Résidents dont les revenus ne permettent pas de couvrir le coût de l'hébergement et ne bénéficiant pas de l'ASH
- Résidents dont les revenus couvrent les coûts d'hébergement
- Résidents bénéficiant de l'ASH



Dépense moyenne annuelle de chaque département par bénéficiaire d'ASH en établissement - en 2020 - en euros (médiane en vert, moyenne en rouge)



Zoom sur l'aide sociale à l'hébergement- ASH

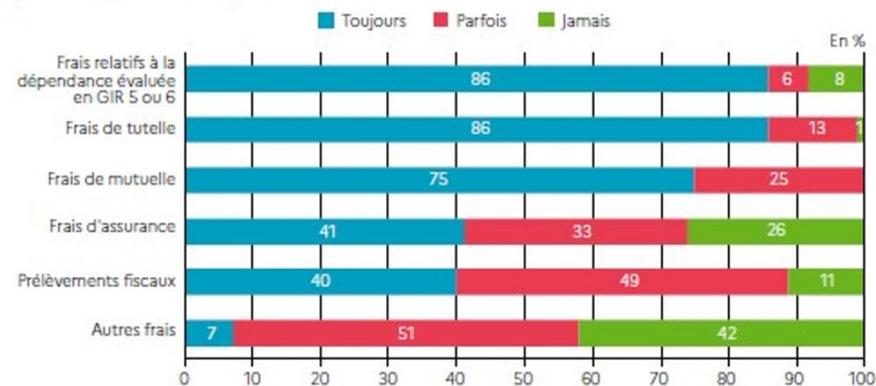
Les départements peuvent, au-delà des dispositions prévues par les textes, agir à deux niveaux :

De manière positive, en adoptant des normes dérogeant à la norme nationale (pratiques plus favorables, par exemple, les deux tiers des départements ne feraient pas valoir l'obligationalimentaire auprès des petits enfants)

De manière plus indirecte, l'organisation mise en œuvre peut conduire à une moindre effectivité de la norme (modalités de mise en œuvre du recours sur succession ou de l'obligationalimentaire par exemple).

Si les éléments d'évaluation demeurent parcellaires, il est évident que les pratiques départementales sont des plus variées, l'égalité de traitement n'est ainsi pas assurée

Graphique 1 Charges et frais pris en compte dans le calcul de l'ASH par les départements, en 2018



Notes > Les autres frais les plus souvent cités sont les frais de logement liés à la résidence principale (impayés de loyers, résiliation de bail, assurance, crédit, taxes foncières et d'habitation...), les frais médicaux non pris en charge par la Sécurité sociale ou par une protection complémentaire et, enfin, les frais liés aux obsèques (contrats obsèques).

Lecture > En 2018, 86 % des départements prennent toujours en charge les frais relatifs à la dépendance évaluée en GIR 5 ou 6, dans le cadre de l'ASH.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

Graphique 2 ASH : que recouvre le versement du département aux établissements, en 2018 ?



Lecture > En 2018, 30 % des départements versent systématiquement à l'établissement le montant de FASH, l'avance de la participation du bénéficiaire et de celle de ses obligés alimentaires.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

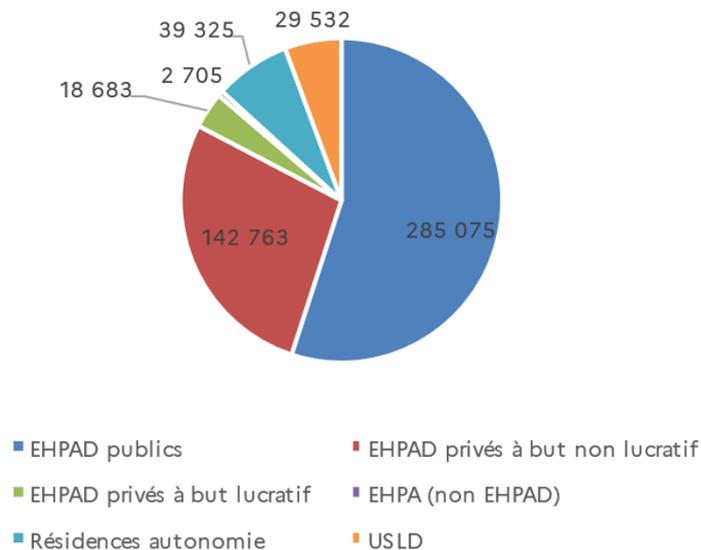


Zoom sur l'aide sociale à l'hébergement- ASH

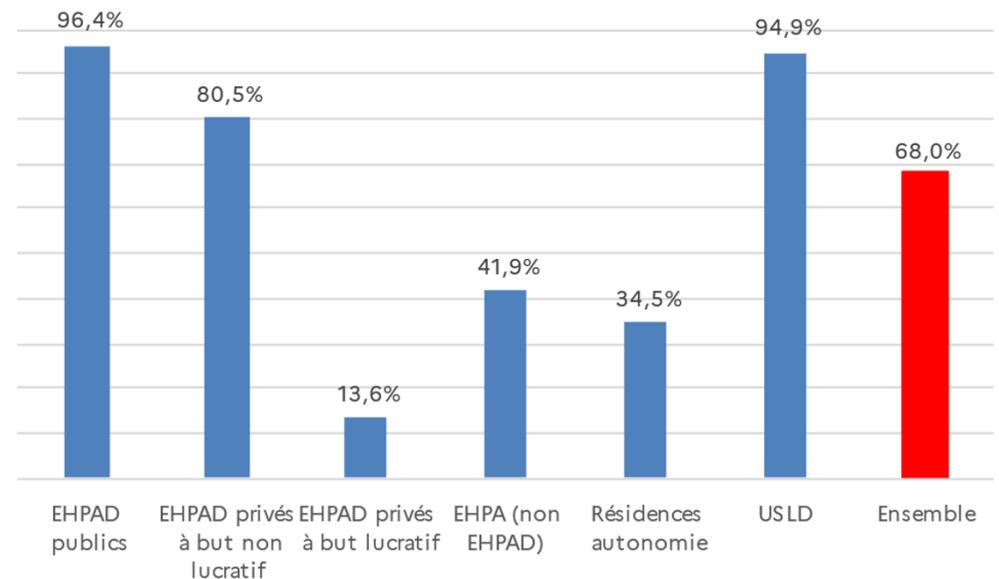
Le dispositif ASH demeure totalement structurant pour le cadre économique et de financement des établissements en 2019 près de 7 places sur 10 sont habilitées à l'aide sociale donc donnent lieu à des tarifs administrés...

Le poids des places habilitées est déterminant pour les entités publiques (plus de 9 places sur 10 des EHPAD publics et USLD) et pour les structures privées à but non lucratif (8 places sur 10). Il est bien moindre dans toutes les autres structures.

Nombre de places habilitées à l'aide sociale - par type de structures - en 2019



Part des places habilitées à l'aide sociale dans l'ensemble des places d'hébergement - par type de structures - en % - en 2019

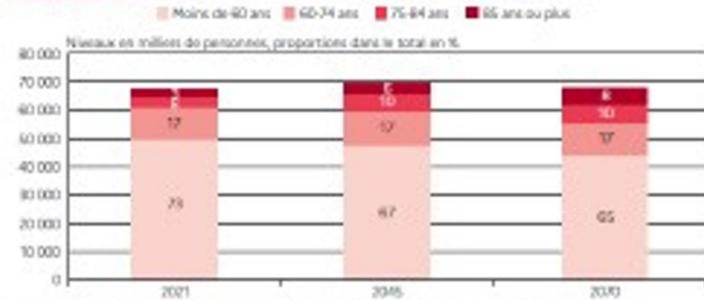




Défis et tensions- vieillissement

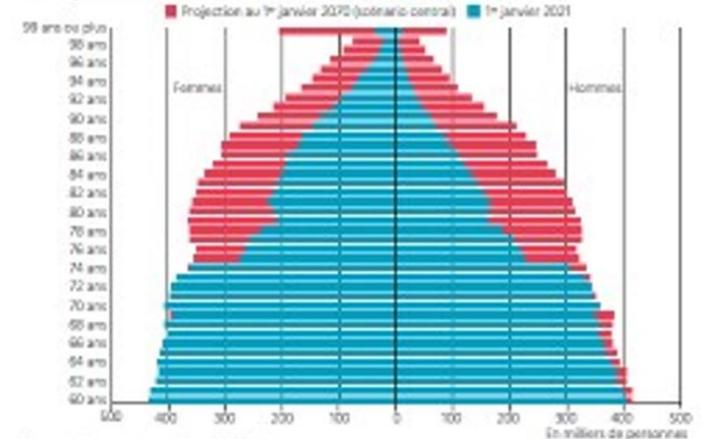
Le défi du vieillissement est connu, la structure par âge de la population va évoluer fortement... le nombre projeté de personnes âgées dépendantes / en perte d'autonomie, également..

Graphique 1 Répartition par âge de la population, aux 1^{er} janvier 2021, 2045 et 2070



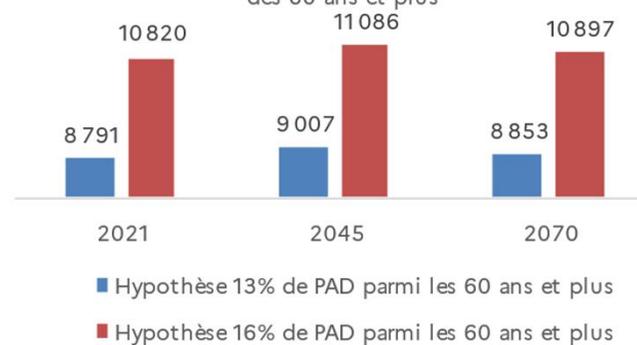
Lecture - Au 1^{er} janvier 2021, 49,5 millions de personnes ont moins de 60 ans, soit 73 % de la population.
Champ - France métropolitaine et DROM.
Sources - Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021) ; Insee, projections de population 2021-2070 (scénario central).

Graphique 2 Pyramide des âges des personnes de 60 ans ou plus, aux 1^{er} janvier 2019 et 2070

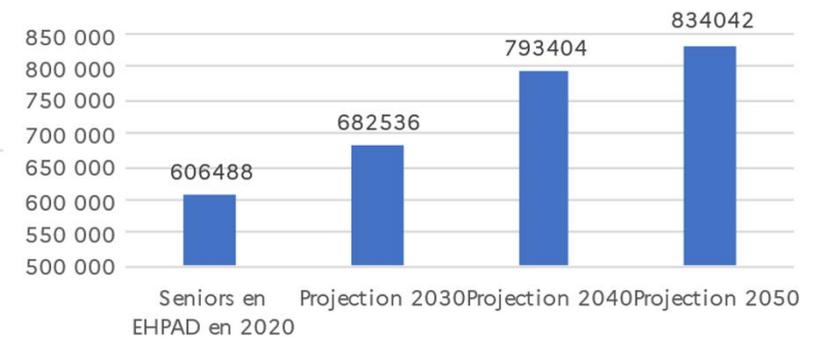


Champ - France métropolitaine et DROM.
Sources - Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021) ; Insee, projections de population 2021-2070.

Projection de personnes âgées dépendantes en milliers des 60 ans et plus



Projection du nombre de seniors en EHPAD entre 2030 et 2050 - modèle Livia, données DREES, pôle data IGAS

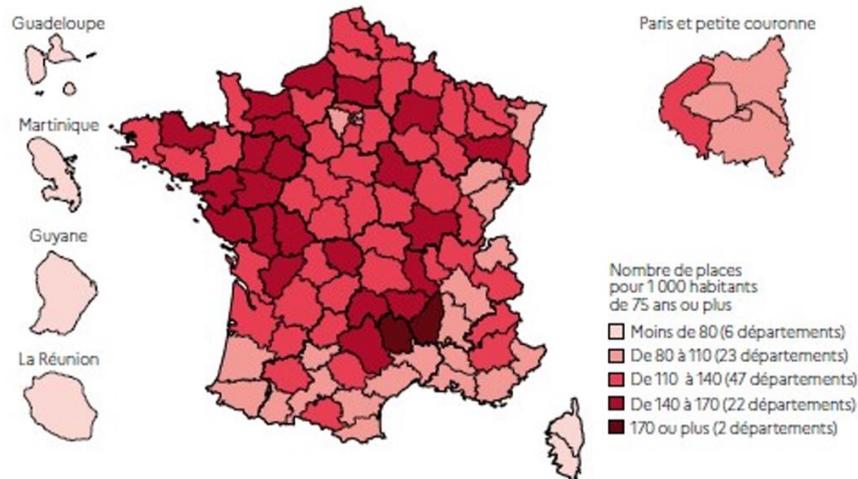




Défis et tensions – vers une évolution de l’offre?

Le caractère adapté de la prise en charge prête à interrogation : **le nombre de places d’hébergement pour 1000 personnes de 75 ans et plus varie entre les départements dans un rapport de 1 à 5; les dépenses brutes des départements pour les aides aux personnes âgées varient dans un rapport de 1 à 3**

Carte 1 Taux d’équipement en places d’hébergement pour personnes âgées, au 31 décembre 2019



Note > Au niveau national, le nombre de places en Ehpad, EHPA, résidences autonomie et USLD est de 120 pour 1000 habitants âgés de 75 ans ou plus.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > DREES, enquête EHPA 2019 ; Insee, estimations provisoires de la population au 1^{er} janvier 2020 (chiffres arrêtés fin 2021).

Dépenses brutes moyennes par bénéficiaire d’une aide sociale aux personnes âgées, en 2020 - en euros par bénéficiaire - par département (médiane en vert, moyenne en rouge)

