



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**

Rapport à la Première Ministre

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

- Juin 2023 -

Rapport réalisé avec l'appui de

Lou DERVITE, inspectrice stagiaire à l'Inspection générale des finances

Benjamin FERRAS, inspecteur à l'Inspection générale des affaires sociales

Jean-Pierre MENANTEAU, inspecteur général à l'Inspection générale des finances

AVANT-PROPOS

Députée, membre de la commission des Finances de l'Assemblée nationale, j'ignorais presque tout du fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Pour autant, j'étais consciente de l'impact - à la fois émotionnel et financier - que représente pour un futur résident et ses proches l'entrée dans un établissement. J'étais, depuis longtemps, sensible à la question du coût financier extrêmement lourd pour les résidents et leur famille.

C'est la raison pour laquelle, dans un souci de meilleure redistribution et de plus grande équité, je porte depuis plusieurs années **la proposition de transformer la réduction d'impôt** sur les dépenses supportées par les résidents en établissement **en crédit d'impôt**.

Suite aux débats sur cette proposition lors des dernières lois de finances (PLF pour 2023 et PLFR pour 2022), il m'a été proposé de réfléchir à une évolution de la prise en charge financière des séjours des personnes âgées en établissement.

Par lettre de mission en date du 23 décembre 2022 (annexe 1), **la Première Ministre m'a ainsi confié une mission sur les montants restant à la charge des résidents des structures d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie**. Il s'agissait d'étudier les conditions dans lesquelles ceux-ci pourraient être diminués, maîtrisés et contenus, ainsi que les modalités de financement d'une prise en charge renforcée des personnes âgées dépendantes, accueillies principalement au sein des EHPAD.

La mission a réellement démarré au cours du mois de février 2023, suite à la désignation des membres des inspections générales des affaires sociales (IGAS) et des finances (IGF) chargés de m'appuyer. Tout au long des derniers mois, j'ai ainsi été épaulée par M. Benjamin Ferras, Inspecteur des affaires sociales, M. Jean-Pierre Menanteau, Inspecteur général des finances (IGF) ainsi que par Mme Lou Dervite, stagiaire à l'IGF¹. **Je tiens ici à les remercier très chaleureusement pour leur travail et à saluer la qualité de leur expertise et leur totale implication**. Je souhaite également remercier ma collaboratrice, Charlotte Watine, pour sa relecture vigilante du présent rapport, et Aude Bernard pour son aide précieuse dans l'analyse des résultats de l'enquête lancée auprès des EHPAD.

Dans le cadre de ses travaux, **la mission a auditionné et rencontré plus de 200 personnes²** : responsables et acteurs publics, experts, acteurs économiques, représentants de fédérations ou d'associations, etc. Il n'est malheureusement pas possible de retranscrire l'intégralité de ces auditions, mais **je remercie toutes ces**

¹ Les écrits et positions du rapport n'engagent cependant pas leurs inspections respectives mais la seule parlementaire en mission.

² L'annexe 2 présente la liste des personnes rencontrées.

personnes pour la qualité des échanges. La mission a par ailleurs entendu pallier son incapacité à se rendre dans des établissements - par nature divers, spécifiques et ancrés dans leurs territoires - en réalisant **une enquête auprès des EHPAD. Cette enquête a rencontré un très vif succès**, puisque plus de 1 500 établissements y ont répondu³ et **je remercie sincèrement les fédérations et les gestionnaires d'établissements de s'être pliés à cet exercice ayant permis de recueillir de très précieuses données.** La mission a en outre mobilisé les multiples données, travaux statistiques et de recherche ainsi que les nombreux rapports disponibles.

Des comptes rendus réguliers des travaux ont été assurés auprès du cabinet de la Première Ministre et des ministres responsables, afin de leur permettre d'en tirer les conclusions, notamment dans le cadre de la préparation des lois de finances et de l'examen en cours de la proposition de loi « bien vieillir »⁴. En effet, dès son lancement, la mission a entendu proposer des solutions concrètes et réalistes. C'est dans cet esprit que la mission a présenté des propositions et leurs modalités de mise en œuvre (annexe 9) à plusieurs reprises en amont de la remise du présent rapport⁵.

Outre le rapport qui vise à présenter, au risque de raccourcis, l'essentiel des travaux et analyses ainsi que les recommandations en découlant, **les travaux sont constitués d'annexes, disponibles en fin de rapport**⁶.

Encadrer le reste à charge des personnes qui résident en établissement pour personnes âgées dépendantes n'est pas considéré, par beaucoup, comme une priorité. J'ai eu l'occasion de le constater à plusieurs reprises dans le cadre de cette mission. Les acteurs du secteur estiment en effet que les actions prioritaires doivent porter sur l'amélioration des ratios d'encadrement, la hausse du nombre de soignants, l'amélioration de la qualité de l'accueil des résidents et des conditions de travail des **personnels, dont je tiens à saluer les compétences et le dévouement extraordinaire.** Ils ont évidemment raison. Pour autant, je considère qu'il est tout à fait légitime de vouloir, en parallèle, répondre à cette

³ En 2019, la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques des ministères sociaux) dénombre en France (hors Mayotte) 10 525 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, voir DREES, enquête EHPA, millésime 2019.

⁴ Voir Assemblée nationale : Proposition de loi visant à garantir le droit à vieillir dans la dignité et à préparer la société au vieillissement de sa population, n° 1061, déposée le 4 avril 2023. Cette proposition demeurerait examinée en première lecture à la date de finalisation de ce rapport.

⁵ La Première Ministre a mis fin à la mission par un courrier du 15 juin 2023. La remise formelle du rapport n'a pu intervenir que le 26 juillet.

⁶ L'annexe 1 présente les lettres de la Première Ministre ; l'annexe 2 propose la liste des personnes rencontrées ; l'annexe 3 assure une présentation générale des dispositifs de soutien ; l'annexe 4 fait état des données statistiques et financières utiles ; l'annexe 5 présente les options de financement ; l'annexe 6 rend compte des résultats de l'enquête assurée par la mission auprès des structures d'hébergement ; l'annexe 7 fait état des propositions formulées par de précédents rapports ; l'annexe 8 présente le parcours d'une personne âgée ; l'annexe 9 permet de prendre connaissance des supports de présentation utilisés pendant les réunions avec les commanditaires. Les annexes ont nourri le rapport. Le rapport comporte cependant des développements spécifiques qui ne sont pas tous repris dans les annexes. Dans tous les cas, les dispositions du rapport priment sur celles figurant en annexe.

problématique que beaucoup de familles considèrent - à juste titre - comme un sujet majeur. Il est impératif d'encadrer les restes à charge et d'**éviter que certains de nos concitoyens modestes se voient contraints à une assignation à résidence subie, et non choisie**, faute de moyens financiers pour intégrer un établissement d'hébergement. Que ce soit à domicile ou en établissement, le niveau de revenus d'une personne âgée ne doit jamais la condamner à l'indignité.

Christine Pirès Beaune



**MISSION CONFIEE A CHRISTINE PIRES BEAUNE PAR LE GOUVERNEMENT
RESTE A CHARGE ET REGULATION DES EHPAD – 1^{er} SEMESTRE 2023**

SYNTHESE

Au cours des dernières années, la proposition de transformation en crédit d'impôt de l'actuelle réduction d'impôt au titre des frais d'hébergement des personnes âgées dépendantes a régulièrement animé les débats lors de l'examen des lois financières. En effet, les parlementaires de sensibilités diverses qui soutiennent cette proposition jugent inique le dispositif actuel de soutien des personnes âgées dépendantes : aujourd'hui, les ménages modestes sont relativement moins soutenus que les plus aisés, en particulier compte tenu de l'impact de cette réduction d'impôt.

Ce rapport - accompagné de neuf annexes thématiques - vise à éclairer, mais également à dépasser ce débat. Le Gouvernement a en effet souhaité une analyse plus large du cadre dans lequel les personnes âgées dépendantes sont prises en charge.

Le reste à charge est la conséquence d'un écosystème qui doit être amélioré. **Faute d'une action globale, toute baisse du reste à charge serait en effet vouée à l'échec**, les moyens supplémentaires risquant d'être absorbés par certaines structures. Il n'y aurait aucune garantie que les coûts effectivement supportés par les résidents et leurs familles baissent ou que la qualité de leur prise en charge soit améliorée.

Ce rapport relève ce défi et **propose une démarche globale et ambitieuse de changement, matérialisée dans différents scénarios servant un objectif unique : replacer la personne âgée dépendante au centre de l'action publique, pour mieux la soutenir, en clarifiant et rendant plus cohérent le cadre d'action de tous les acteurs publics et privés qui se dévouent quotidiennement pour en prendre soin.** Les propositions formulées sont d'ambition variable ; leur mise en œuvre pourra être cumulative ou progressive. Avec ce rapport, les décideurs publics disposent d'un ensemble simple, complet et cohérent permettant d'améliorer l'action publique.

S'il est nécessaire, ce changement n'est pas certain. De nombreux rapports le démontrent : depuis près d'un quart de siècle, les propositions sont légion. Le virage domiciliaire et la demande constante - et justifiée - d'un renforcement de la qualité de la prise en charge de nos aînés les plus dépendants ont conduit à laisser de côté la question du reste à charge en établissement. Alors que l'accessibilité financière est un point central de nombreux champs d'action publique, elle est ici passée relativement sous silence, du fait d'un supposé conflit de priorités.

Les besoins en matière d'accompagnement du grand âge vont croissants. Il est logique et légitime de répondre aux attentes des Français, en renforçant la qualité de la prise en charge et en assurant le virage domiciliaire. Pour autant, il ne peut être question de négliger la prise en charge en établissement et l'accès de tous à des séjours qui, au demeurant, ne sont la plupart du temps pas choisis, mais subis. C'est une des promesses

de la création de la 5^{ème} branche : protéger nos concitoyens les plus dépendants, lorsqu'ils sont contraints de quitter leur domicile.

Nous devons regarder la réalité en face. Parmi les résidents en EHPAD, les personnes âgées les plus pauvres, les plus fragiles et les plus isolées sont nombreuses. Elles sont confrontées à des taux d'effort considérables : seule une petite partie (24 %) peut couvrir ses frais de séjour *via* ses revenus courants. Le séjour en établissement est coûteux pour tous, mais il est parfaitement insoutenable pour les plus modestes. Le système actuel est par ailleurs peu justifié : globalement, les plus modestes ne sont pas aidés à la hauteur de leurs besoins ; les ménages modestes sont moins aidés que les plus aisés. La courbe des soutiens présente ainsi une forme en « U » ou plutôt en « J », ce qui démontre la (contre) redistribution à l'œuvre actuellement. **L'argent public est donc mobilisé à mauvais escient et en opposition avec les principes affichés et partagés par tous.**

Dans la continuité des débats intervenus au Parlement, le changement n'est donc pas une option. Il est incontournable. Le débat ne devrait porter que sur ses modalités et son rythme.

Ce changement est nécessaire et multidimensionnel. L'action sur le reste à charge doit être accompagnée d'une meilleure compréhension, en particulier économique, d'un pilotage accru et d'une régulation plus forte du secteur. Ce diagnostic ne doit pas être un prétexte à l'inaction, mais permettre au contraire la mobilisation de tous. Les obstacles au changement ne sont pas que d'ordre financier, mais aussi liés aux positions d'acteurs et aux fonctionnements institutionnels historiques. Il est nécessaire de les questionner pour garantir l'avenir des établissements de manière durable.

Au cœur des difficultés actuelles, se trouve la délicate conciliation entre responsabilité individuelle, solidarité familiale, solidarité territoriale et solidarité nationale. Par souci de responsabilité et de clarté, il convient de revoir cette articulation et de définir un nouvel équilibre. Cela exige efforts, sacrifices et concessions. **Une approche transpartisane, conciliant les sensibilités et convictions de chacun est possible.**

Ce rapport entend y contribuer. Il **propose une analyse du contexte et de la situation actuelle.** La priorité financière accordée à la politique de l'autonomie et en particulier du grand âge est une constante des dernières années. Mais **les défis et besoins demeurent très importants.** Ils sont régulièrement rappelés par les acteurs du secteur dont le dévouement doit être salué. Les tensions nombreuses portent notamment sur les capacités de prise en charge, le taux d'encadrement, le recrutement, les prix et tarifs, etc.

La prise en charge en établissement (EHPAD à titre principal, et USLD et autres structures à titre plus accessoire) est à considérer dans une optique large, celle du vieillissement de la population et celle d'une **inadaptation avérée entre l'offre et les besoins des territoires.** Si le cadre est national, la variété est la règle : les différentes structures publiques (hospitalières ou territoriales) et les entités privées (lucratives ou non

lucratives) ne sont pas régies par les mêmes règles, principes et objectifs. Au-delà, les départements disposent de marges de manœuvre importantes pour changer la norme ou le cadre de gestion, donc la nature des soutiens. **La différence de prise en charge est manifeste.** Le défi est considérable. L'offre varie dans un rapport de 1 à 5 entre les départements. Les tarifs varient dans des proportions plus importantes encore.

La prise en charge en établissement est souvent perçue comme moins prioritaire par rapport au nécessaire virage domiciliaire. Pour autant, ce mode d'hébergement est indispensable, ces structures sont incontournables. Elles prennent en charge ceux qui ne peuvent être maintenus à domicile. Elles évoluent par ailleurs de plus en plus vers une prise en charge sanitaire. Cependant, la prise en charge en établissement est multiple, complexe et incomplète. L'accès des plus modestes à leurs droits et aux dispositifs de soutien les plus adaptés est des plus incertains.

Le taux d'effort des personnes hébergées les plus modestes est près de trois fois supérieur à celui des plus aisées. **A cette différence de taux d'effort s'ajoutent des soutiens publics insuffisamment redistributifs.** L'APA en établissement varie peu selon les revenus, donnant à penser que les départements ne retiennent - dans leur très grande majorité - au mieux que le degré de dépendance pour fixer les tarifs. Tous soutiens confondus, les résidents les plus aisés sont notoirement mieux aidés que ceux qui disposent de moins de ressources, du fait de la réduction d'impôt.

Cette iniquité manifeste est accentuée par le cadre actuel d'aides aux plus modestes. L'aide sociale à l'hébergement (ASH) leur apporte certes un soutien. Mais beaucoup n'y recourent pas, car elle est assortie de conditions de récupération auprès des proches et sur la succession. L'ASH conduit par ailleurs à traiter de la même manière les personnes ayant de faibles ressources (petite retraite issue d'une activité fragmentée par exemple) et celles n'en ayant aucune. Les deux auront le même reste à vivre. La personne ayant des ressources fera l'objet de récupérations liées à l'ASH, là où l'apport de la personne sans ressources sera faible. Si le soutien via l'ASH est nécessaire, il est insuffisant dans son ampleur et sa portée : deux cinquièmes des dépenses d'ASH sont financées par les bénéficiaires eux-mêmes, ce qui témoigne d'un degré d'organisation de la solidarité entre les plus modestes sans commune mesure.

Le bénéfice de l'ASH entraîne un contrôle social très fort de la part des acteurs publics : les revenus et actifs du bénéficiaire sont mobilisables ; les proches sont sollicités (via l'obligation alimentaire) ; la liquidation de la succession est très encadrée. **En parallèle, les personnes qui ne bénéficient pas de l'ASH ne peuvent pas, dans leur écrasante majorité, faire face à leurs dépenses de séjour avec leurs seuls revenus.** Dans ces situations, des arrangements informels entre le résident et ses proches s'exercent, sans que les acteurs publics aient souhaité jusqu'à ce jour les réglementer. Le système actuel - contrôle social intégral pour les plus modestes (ASH) et absence de règles organisant la solidarité familiale pour les autres résidents - a des effets puissants sur les relations au

sein des familles et ultérieurement lors des successions. Il convient de le mesurer pour en tirer les conséquences.

La montée en puissance progressive et récente de l'offre a rendu difficile toute régulation ou pilotage par les capacités ou par les tarifs. Au-delà du financement des structures, les soutiens publics accordés aux résidents sont datés, peu coordonnés et largement perfectibles. **Le système doit donc être repensé dans son ensemble.**

Une première action est incontournable. Les soutiens octroyés aux établissements dans le cadre de la crise sanitaire ont pris fin. Les tensions demeurent très fortes sur les prix, les recrutements et les capacités. Le risque est celui de la disparition de structures ou de la très forte augmentation des coûts, et donc du reste à charge. Prévenir ces difficultés nécessite un accompagnement de la part des acteurs publics. **Il est donc proposé de créer une instance chargée d'analyser les difficultés des structures et d'y apporter une solution.** Elle associerait, dans chaque territoire, les services du département, ceux de l'ARS, les autres acteurs intéressés, ainsi que les services de recouvrement des créances publiques, pour proposer une prise en charge unique, coordonnée et concertée.

La connaissance et le pilotage du secteur doivent par ailleurs être largement approfondis. Un observatoire économique serait créé pour analyser les modèles économiques, mesurer leurs logiques et effets. Tant au niveau départemental que national, une vision commune serait partagée *via* une méthode unique d'analyse de l'existant (capacités de prise en charge en établissement, à domicile ou dans le cadre intermédiaire) et de projections et visions prospectives standards. Le partage de ces éléments stratégiques de base entre tous les acteurs doit enfin devenir une réalité.

Il est impératif d'accompagner, donc de répondre à un besoin de simplification souhaité de longue date : la fusion des sections soins et dépendance. Cette opération a un effet sur la gouvernance, mais également sur les solutions et ajustements apportés au système d'aides des résidents et au financement des structures. La mission n'a cependant pas approfondi ce projet très documenté. Elle propose de le déployer sans reste à charge (la modulation selon les revenus étant assurée dans le système de soutien présenté ci-après), en retravaillant le contenu de chaque section et ses interdépendances, en prenant également en compte les imputations des fonctions support et des agents « faisant fonction ».

Cette fusion des sections conduit à revoir la gouvernance de la prise en charge. Conforté par les résultats du sondage réalisé par la mission, le rapport propose un nouvel équilibre, en confiant le champ du domicile et du service public territorial de l'autonomie (SPTA) aux départements, l'Etat disposant d'un seul pouvoir d'opposition, et en transférant par ailleurs la responsabilité de la gestion des établissements aux ARS, le département conservant une compétence d'investissement et un droit d'opposition. Il est proposé en outre de réguler enfin le secteur de la prise en charge intermédiaire, dans le cadre d'un partenariat à définir. Le dispositif serait arrêté et expérimenté dans quatre ou

cinq départements (dont un urbain, un rural, un ultramarin). Il serait par la suite généralisé au terme de ce premier déploiement, sans remise en cause du partage fixé initialement.

Ce pilotage et cette compréhension seraient sans effet s'ils n'étaient pas mis au service d'une régulation plus forte du secteur. Dans ce domaine, le rapport avance des propositions de degré variable. Dans son système cible, des coopérations au sein de la sphère publique et entre les secteurs public et privé seraient la règle. Les prestations rendues aux résidents seraient de mieux en mieux précisées et encadrées, les prestations socles standards étant prises en charge par la sphère publique. La prestation d'hébergement serait encore mieux encadrée ; pour distinguer la part socle de haut niveau, des autres interventions supplémentaires ou complémentaires. A cette clarification du champ, doit impérativement répondre celle des coûts et tarifs. Il est proposé, à l'instar de ce qui existe dans le champ privé, de **déterminer des taux maximaux d'évolution des tarifs**. De plus, un dispositif de convergence tarifaire serait mis en place. Il conduirait à édicter des tarifs socles nationaux, susceptibles d'évoluer dans les territoires selon les différences de coûts effectifs de production du service.

Le pilotage et la régulation renforcés permettraient de garantir le bon usage de chaque euro d'argent public dépensé. Ils permettraient ainsi d'agir de manière ciblée, équitable et efficace sur le reste à charge. Trois modalités sont envisagées par la mission.

La première conduit à **mettre en œuvre le crédit d'impôt en ajustant le dispositif actuel de réduction d'impôt afin de le rendre plus redistributif**. Dans le cas où le recours à l'outil fiscal ne serait pas retenu, la mission souligne la possibilité d'intervenir *via* les aides au logement. Le rapport indique aussi que la fusion des sections devrait s'accompagner, à système d'aides inchangé, d'une mise à contribution des résidents prenant en compte leurs revenus. Le rapport écarte l'intervention des complémentaires santé pour prendre en charge ces coûts en ce que cela serait source de renchérissement des couvertures et d'exclusion potentielle des plus modestes. **Sur un autre plan, le rapport écarte toute réforme qui se limiterait à n'agir que sur les paramètres de l'ASH, au profit d'une réforme d'ensemble.**

La deuxième prévoit de **faire évoluer plus profondément le système de soutien**. Les aides doivent, à titre principal, être octroyées en prenant en compte tous les revenus et, à terme, les patrimoines. Il s'agit de prendre en compte les capacités de financement de chacun, pour protéger chaque résident à la hauteur de ses besoins. Une première approche conduirait à fusionner l'APA et l'ASH, et à apporter un financement complémentaire équivalent au moins au coût récurrent de la transformation de la réduction d'impôt en crédit d'impôt.

Une troisième modalité, cible, conduirait à **réutiliser tous les financements publics actuels** (APA, ASH, avantages fiscaux, aides au logement) **pour déployer une prestation unique, universelle et prenant en compte les facultés contributives de chacun. La**

nouvelle allocation universelle et solidaire d'autonomie en établissement (AUSAE [Osaé]) préfigurerait une refonte plus large du système actuel, articulant cette aide aux soutiens dans les champs intermédiaire et domiciliaire, afin d'assurer la mise à contribution différenciée des personnes âgées dépendantes et de leur famille, qui serait plus prononcée en établissement qu'à domicile ou dans le cadre intermédiaire.

Adopter un dispositif universel de soutien répondant aux besoins de protection de chacun justifie d'adapter le financement du système. Les différentes pistes évoquées précédemment (dans le rapport Vachey notamment) pourraient pour partie être activées ; elles représentent un potentiel supérieur à 5 Mds€.

Le recours à l'assurance est écarté. La solution est immature et inadaptée. Elle ne répond pas aux enjeux. Elle est contradictoire avec la logique portée par la 5^{ème} branche. Ce constat n'empêche cependant pas de mener des travaux supplémentaires, pour étudier la place complémentaire que ces couvertures pourraient prendre en charge.

Le système de financement doit évoluer plus profondément. **Il est légitime que les familles concèdent un effort, en ce qu'elles sont les premières à bénéficier d'un soutien renouvelé.** Il est ainsi proposé de prévoir, pour ceux présentant des facultés contributives, un prélèvement forfaitaire et barémisé, donc prévisible, au titre de l'obligation alimentaire et un autre sur les successions. Ces prélèvements permettraient d'apporter des financements solidaires complémentaires. Ils seraient associés à un système de bouclier (temporel et en montant), afin d'éviter de trop mettre à contribution les familles confrontées à des séjours longs, voire très longs.

Le secteur privé doit également contribuer. Il est proposé de prélever une partie des montants reflétant des ventes ou des évolutions du capital des structures d'hébergement privées lucratives. Il est également souhaitable de demander à ces structures de conventionner. Elles devraient acquitter, dans des conditions à étudier, une redevance à la place : leur activité les conduit en effet à profiter d'une autorisation publique donnant lieu à financement public.

L'universalité du financement de l'autonomie devrait être encore mieux affirmée. Une nouvelle contribution, affectée à la CNSA, serait créée, sur le modèle de la CRDS. Elle se substituerait aux prélèvements actuels (CASA, CSA, fraction de CSG et autres recettes).

Satisfaire la promesse de protection justifie en outre deux autres actions. Passer du droit formel au droit réel est impératif. L'automatisme des droits et le « *dites-le nous une fois* » doivent enfin devenir la règle dans l'accompagnement des personnes âgées fragiles et de leurs familles, à un moment clé de l'existence où leur vulnérabilité est avérée. Par ailleurs, le coût de l'immobilier pèse sur les tarifs et le reste à charge. Une action adaptée doit être menée, facilitée par les marges de manœuvre nouvelles.

Le sentier du changement est donc connu et réaliste. Il nécessite une réelle volonté politique. Il ne peut lui être opposé une impasse financière : la réforme peut être mise en place à périmètre constant. Des étapes complémentaires de réforme seraient alors possibles, en mobilisant les solutions de financement identifiées.

Il est donc possible, en établissement comme à domicile, de demander à chacun de contribuer selon ses moyens et d'être soutenu selon ses besoins. Mieux prendre en charge nos aînés en établissement est un impératif, aujourd'hui et demain. **Sachons conduire ce changement pour garantir pleinement un droit élémentaire incontournable : le droit à la dignité et à la sérénité dans les derniers temps de l'existence.**

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS.....	5
SYNTHESE.....	9
SOMMAIRE.....	17
INTRODUCTION.....	21

1. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES EN ETABLISSEMENT : UNE DES REPONSES AU VIEILLISSEMENT, UN CHAMP REVELATEUR DE MANQUES ET D'INSUFFISANCES JUSTIFIANT UNE ACTION NECESSAIRE, PRAGMATIQUE ET RESOLUE25

1.1. Cette prise en charge doit être appréciée au regard du défi plus global du vieillissement..25	
1.1.1. La forte progression des plus de 75 ans : une pression forte sur les dépenses sociales25	
1.1.2. Un patrimoine croissant avec l'âge, mais détenu par une faible fraction des ménages26	
1.1.3. La montée en puissance des politiques de l'autonomie, reflet de la priorité politique et financière qui leur est donnée.....27	
1.1.4. La prise en charge des politiques d'autonomie est très largement assurée par la puissance publique.....28	
1.2. Les structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et leurs résidents : une prise en charge incontournable, un champ contrasté30	
1.2.1. La dynamique du vieillissement : un défi particulier pour la prise en charge en établissement.....30	
1.2.2. Une offre d'hébergement très variable sur le territoire et composée d'acteurs multiples31	
1.2.3. Des tarifs, des coûts de séjour et des restes à charge plus que variables32	
1.2.4. La population accueillie en structures d'hébergement est plus modeste, fragile et isolée que celle prise en charge à domicile36	
1.2.4.1. L'âge des résidents et la durée de séjour : des paramètres déterminants ..36	
1.2.4.2. Des résidents souvent plus isolés, modestes et faiblement diplômés37	
1.3. Un cadre de pilotage et de régulation largement insuffisant38	
1.3.1. Un pilotage pluriel38	
1.3.2. Des leviers de régulation relativement incertains.....39	
1.3.3. Des champs qui demeurent insuffisamment maîtrisés et connus.....41	
1.4. Un système de soutiens publics qui présente des limites fortes.....42	
1.4.1. Un système complexe, issu de décisions politiques successives42	
1.4.1.1. L'APA et l'ASH, des dispositifs propres à la prise en charge des personnes âgées dépendantes.....42	
1.4.1.2. Les autres prestations sociales offertes aux personnes âgées dépendantes45	
1.4.1.3. L'avantage fiscal lié aux dépenses d'hébergement : la réduction d'impôt .45	
1.4.1.4. Des soutiens relevant de logiques et de démarches différentes et pouvant avoir des effets divers46	
1.4.2. Un système qui apparaît insuffisamment redistributif47	
1.4.2.1. Un maintien à domicile moins coûteux pour les finances publiques, une couverture financière plus forte qu'en établissement47	
1.4.2.2. Un apport important des aides, peu modulées en apparence selon la dépendance, mais soutenant notamment les résidents à faibles revenus48	
1.4.2.3. Les soutiens publics permettent de contenir davantage le reste à charge pour les revenus les plus modestes.....48	
1.4.2.4. Mais la combinaison des soutiens a des effets paradoxaux, en ce que les aides sont importantes pour les bas et les hauts revenus, mais relativement moindres pour les revenus moyens.....48	

1.4.2.5.	<i>Après intervention de la sphère publique, les taux d'effort des personnes ayant les revenus les plus bas sont très supérieurs à ceux des résidents ayant des revenus plus importants</i>	49
1.4.3.	<i>Le soutien aux plus modestes via l'aide sociale à l'hébergement (ASH) est largement perfectible.....</i>	50
1.4.3.1.	<i>Trois quarts des résidents en EHPAD ne peuvent payer leur séjour avec leurs seuls revenus courants, mais le « taux de recours » à l'ASH est limité et pose question.....</i>	50
1.4.3.2.	<i>Le dispositif d'aide sociale à l'hébergement repose largement sur un financement assuré par une solidarité entre bénéficiaires de l'ASH.....</i>	51
1.4.3.3.	<i>L'ASH est une prestation départementale donnant lieu à des règles et des pratiques hétérogènes.....</i>	52
1.5.	<i>Au-delà des approches moyennes et statistiques, l'analyse de cas concrets éclaire sur le caractère perfectible du dispositif actuel.....</i>	54
1.5.1.	<i>L'analyse de cas concrets, source majeure d'enseignements et de confirmation des analyses développées par la mission</i>	54
1.5.2.	<i>L'invocation de la responsabilité individuelle ou familiale ne correspond pas au système actuel dans lequel le contrôle social très fort coexiste avec des arrangements informels.....</i>	55
1.6.	<i>Des tensions évidentes et manifestes, une action qui ne peut être que multidimensionnelle</i>	57
1.6.1.	<i>Les établissements sont soumis à des contraintes qui fragilisent leur activité.....</i>	57
1.6.2.	<i>Les acteurs font état de difficultés et d'un système qui, sous plusieurs aspects, semble à bout de souffle</i>	58
1.6.3.	<i>Une clarification et une simplification devenues impératives pour répondre aux espoirs soulevés par la création de la 5^{ème} branche.....</i>	58
1.6.3.1.	<i>Le contexte des finances publiques.....</i>	58
1.6.3.2.	<i>Un changement nécessaire, multidimensionnel et progressif.....</i>	59
2.	LA NECESSITE D'AGIR SUR LE RESTE A CHARGE JUSTIFIE DES ACTIONS PREALABLES ET, AU-DELA, UNE ACTION D'ENSEMBLE SUR LES ACTEURS ET UNE EVOLUTION FORTE DE L'ACTION PUBLIQUE	61
2.1.	<i>Prévenir la hausse du reste à charge : accompagner les structures en difficulté.....</i>	61
2.2.	<i>Garantir la transformation du champ et chercher la plus grande efficacité des financements publics</i>	64
2.2.1.	<i>Créer un observatoire économique pour élargir la compréhension de l'offre.....</i>	65
2.2.2.	<i>Piloter de manière plus active et dynamique l'offre nationale et territoriale de prise en charge des personnes âgées</i>	66
2.2.3.	<i>Une simplification attendue et désormais incontournable : fusionner les sections soins et dépendance et alléger le périmètre de la section hébergement</i>	67
2.2.4.	<i>Une nécessité : revoir la gouvernance territoriale</i>	70
2.3.	<i>Construire un modèle de régulation à court, moyen et long termes.....</i>	73
2.3.1.	<i>Proposition basique : une nouvelle régulation relativement souple.....</i>	74
2.3.2.	<i>Proposition intermédiaire : une régulation plus affirmée.....</i>	75
2.3.3.	<i>Proposition cible : une régulation effective, encadrant notamment les tarifs.....</i>	78
2.4.	<i>Agir sur le reste à charge : des ambitions plus alternatives et moins facilement conciliables dans le temps.....</i>	79
2.4.1.	<i>Proposition basique : viser l'égalité de traitement fiscal.....</i>	80
2.4.2.	<i>Proposition intermédiaire : engager une évolution de la prise en charge en établissement, en supprimant l'ASH et en créant une nouvelle APA en établissement</i>	84
2.4.3.	<i>Proposition cible : Une nouvelle allocation universelle et solidaire de vie autonome en établissement (AUS – VAE) s'insérant dans un nouvel ensemble de soutiens aux personnes âgées dépendantes</i>	86

2.4.4.	<i>Une gestion renouvelée d'une prestation individuelle via un réseau existant, agissant pour le compte de la CNSA.....</i>	89
2.5.	Garantir la soutenabilité du système, mobiliser les financements nécessaires et disponibles ..	90
2.5.1.	<i>Des financements déjà identifiés et disponibles</i>	92
2.5.1.1.	<i>Plusieurs pistes de financement déjà identifiées sont susceptibles d'être activées</i>	92
2.5.1.2.	<i>Le recours à l'assurance : une solution ni miracle ni mature</i>	95
2.5.2.	<i>Un nouveau modèle de financement - universel, diversifié et solidaire - pour couvrir les besoins des personnes âgées dépendantes et répondre aux attentes du secteur</i>	97
2.5.2.1.	<i>De nouvelles recettes pour mettre à contribution, selon leurs facultés, les familles des personnes protégées</i>	99
2.5.2.2.	<i>Une régulation plus forte du secteur passe aussi par des recettes dédiées</i>	101
2.5.2.3.	<i>Une contribution unique, affectée et universelle, en lieu et place des financements divers actuels</i>	103
2.6.	En s'appuyant sur le SPTA, déployer des parcours sans coutures et automatiques, reposant sur des démarches simplifiées et standardisées : passer enfin du droit formel au droit réel	104
2.6.1.	<i>Proposition basique : Un SPTA déployé en intégrant une démarche active de communication sur les réformes mises en œuvre</i>	107
2.6.2.	<i>Proposition intermédiaire : clarifier le cadre actuel, déployer les parcours et intégrer enfin les démarches et procédures.....</i>	107
2.6.3.	<i>Propositions cible : un parcours sans coutures et un accès aux droits renforcé via une automaticité de l'accès aux prestations</i>	108
2.7.	Des actions à mener sur l'immobilier	108
2.8.	Apprécier les différentes options possibles pour construire un sentier effectif de changement	110
	CONCLUSION.....	115
	SUPPORT – REUNION CONCLUSIVE AVEC LA PREMIERE MINISTRE	121
	LISTE DES ANNEXES PROPOSEES DANS LE TOME II.....	147

INTRODUCTION

Les travaux sur les impacts du vieillissement de la population et la nécessaire prise en charge renforcée des personnes âgées en perte d'autonomie sont très nombreux. Ils se sont succédé au cours des dernières années à un rythme soutenu. Les travaux du Conseil de l'âge jalonnent et épousent le champ du grand âge depuis fin 2016⁷. Au-delà, outre la publication en mars 2019 du rapport de Dominique Libault « *Grand âge, le temps d'agir* », issu de la concertation nationale « Grand Age et autonomie », la mise en place de la 5^{ème} branche du régime général a conduit à des travaux dédiés, et notamment au rapport de Laurent Vachey « *La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement* », en septembre 2020. De nouvelles productions ont par ailleurs été réalisées au cours des dernières années⁸, et plus récemment encore dans le cadre du Conseil national de la refondation « Bien vieillir »⁹.

Ces travaux ont mis l'accent sur de nombreux sujets, mais pas ou peu sur le reste à charge lors des séjours en établissement. En effet, le nécessaire « virage domiciliaire », souhaité par les personnes âgées et leurs familles, a conduit à prioriser la prise en charge à domicile et à développer les soutiens aux actions de prévention et de maintien dans le logement ordinaire. **Le séjour dans une structure d'hébergement est donc devenu un relatif impensé des politiques publiques de l'autonomie.** Ce champ est apparu moins prioritaire, mobilisant déjà des masses financières importantes et ne concernant qu'une part réduite des personnes âgées.

Les structures d'hébergement ont toutes, quels que soient leur statut, une mission « *d'intérêt général et d'utilité sociale* »¹⁰ qu'elles doivent remplir et respecter dans les meilleures conditions. Elles **sont cependant régulièrement placées sous le feu de l'actualité sous un angle défavorable, allant pour certains jusqu'à considérer** que ces « institutions totales » ou « quasi asilaires »¹¹ abriteraient des comportements déviants. Elles reflèteraient une supposée incapacité sociale à prendre en compte les situations de dépendance ou de grande dépendance liées à l'âge. Les livres et reportages sur des

⁷ Voir <https://www.hcfea.fr/> et, 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

⁸ Voir M. El Khomri, *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024*, rapport au ministre des Solidarités et de la Santé, octobre 2019 et L. Broussy, *Nous vieillirons ensemble... 80 propositions pour un nouveau Pacte entre générations*, rapport à la ministre déléguée à l'Autonomie, à la ministre à la cohésion des Territoires et à la ministre déléguée au Logement, mai 2021.

⁹ Au premier semestre 2023.

¹⁰ Voir article L. 311-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

¹¹ Sur la notion d'institution totale, voir E. Goffman, *Asiles*, les éditions de minuit, 1961 (1^{ère} éd) ; le qualificatif « quasi asilaire » reflétant les établissements comme des lieux dans lesquels la maltraitance est tolérée ou incontournable, a été mis en avant lors des auditions par des représentants des directeurs d'établissement.

phénomènes de maltraitements sont nombreux. Le scandale affectant le groupe Orpéa¹² a également marqué les esprits¹³ et conduit les pouvoirs publics à agir¹⁴.

Par ailleurs, **l'impact de la crise sanitaire liée à la Covid-19 et la baisse du chômage entraînent des tensions fortes sur le marché de l'emploi. Elles affectent tout particulièrement** le secteur médico-social et, en son sein, **le champ du grand âge**. Cette situation a également retenu l'attention des pouvoirs publics qui ont cherché à revaloriser ces métiers et fonctions¹⁵. Pour autant, ces tensions demeurent¹⁶ : elles ont des effets évidents sur la qualité de la prise en charge des personnes hébergées, les conditions de travail des agents (multiplication de l'intérim, des agents « faisant fonction » et du *turn-over*) et la capacité des structures à ouvrir l'ensemble de leurs places.

Aussi, **les rapports publics défendent-ils le plus souvent une hausse - justifiée au regard des enjeux - des moyens, mais pour « agir mieux » et non pour baisser le coût**. Plutôt que de baisser le reste à charge, il s'agit de renforcer la qualité de la prise en charge, d'augmenter le taux d'encadrement et donc d'améliorer le plus rapidement possible les conditions de vie quotidienne des résidents et l'environnement de travail des professionnels¹⁷.

Ainsi, **la question des structures d'hébergement et encore plus celle de leurs coûts et des montants supportés par les ménages, sont le plus souvent écartées au profit d'un développement des capacités à domicile** et d'une meilleure prise en charge à ce titre. Ces structures d'hébergement incarnent ainsi la très grande dépendance et la période précédant le trépas. Cette réalité est difficile à envisager : elle renvoie à la fragilité de chacun, à la possible dépendance, à notre condition de mortels.

¹² Ce scandale a été révélé par V. Castanet, *Les fossoyeurs - Révélations sur le système qui maltraite nos aînés*, Fayard, janvier 2022.

¹³ Voir T. Audigé, Pr B. Fenoll, V. Fournier, F. Laloue, H. Léost, J. Rousselon (IGAS) et G. Bianquis, A. Costa, T. Espeillac, L. Mariani, S. Monteil, A. Pilven, A. Rossion, J-P. de Saint-Martin, V. Verzat (IGF), *La gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) du groupe ORPÉA*, rapport IGAS et IGF, avril 2022.

¹⁴ Dès mars 2022, un plan de contrôle des EHPAD a été lancé et des actions ont été mises en œuvre par la suite, notamment dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022.

¹⁵ Voir notamment les revalorisations salariales prévues par les deux accords du « Ségur de la santé » du 21 juillet 2020, les accords dits Laforcade du 28 mai 2021 et la conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social du 18 février 2022.

¹⁶ Voir par exemple l'étude réalisée récemment dans une région clé : *Tensions en ressources humaines dans le secteur privé non lucratif des solidarités et de la santé en Île-de-France*, février 2023.

¹⁷ Voir M. Iborra et C. Fiat, *Mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*, Rapport d'information de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 mars 2018 ; B. Bonne et M. Meunier, *Le contrôle des EHPAD*, rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, n° 771 (2021-2022) déposé le 12 juillet 2022.

Eriger cet accompagnement en priorité politique relève donc de la gageure. Le reste à charge en EHPAD ne serait pas une priorité par rapport aux autres champs nécessaires d'action. Il serait en outre trop coûteux pour un effet éventuellement incertain.

De plus, **la baisse du reste à charge serait potentiellement impossible** : la supposée rigidité de la tarification des places habilitées à l'aide sociale et la liberté tarifaire laissée aux autres hébergements empêcheraient toute action. Les moyens susceptibles d'être mobilisés pour baisser les montants à la charge des résidents pourraient ne pas être répercutés totalement sur les factures des résidents tant dans le secteur public que dans le secteur privé.

Ce rapport entend écarter ce choix délibéré de ne pas traiter une problématique connue. Sortir de l'inaction ne doit pas conduire à choisir entre la baisse du reste à charge en établissement et le renforcement de la qualité de la prise en charge, les deux actions sont nécessaires. Cela ne doit pas non plus conduire à formuler des promesses vaines, car trop coûteuses et non financées.

Le « virage domiciliaire » est une nécessité. Il doit être poursuivi et approfondi. Mais il faut, en même temps, traiter avec une attention suffisante la question des séjours en établissement. Il y a urgence à agir dans le champ du grand âge. Cette action ne peut faire l'économie d'une attention - trop souvent différée - aux charges effectives auxquelles sont confrontés les ménages très fragiles, modestes, moyens ou plus aisés lors de leur séjour dans une structure d'hébergement.

Le vieillissement à domicile est à juste titre plébiscité. Résider en EHPAD n'est que très rarement un choix. Ce séjour se situe, le plus souvent, dans un continuum de choix contraints du fait des risques de l'existence. Alors que la 5^{ème} branche vient d'être créée, libérer les personnes âgées modestes - sans oublier les autres assurés - de l'aléa financier d'un hébergement au titre de la dépendance demeure un champ d'action nécessaire, utile et justifié. Cette action est menée à domicile. Elle doit aussi être conduite en établissement.

En effet, le financement du séjour en EHPAD ne peut être renvoyé à la seule question de la prévoyance personnelle, à la mobilisation de l'épargne ou à la bienveillance des proches. Tout simplement parce que nombre de personnes âgées ne disposent pas de ces ressources-là. Cette action est d'autant plus nécessaire que le système actuel apparaît insuffisamment redistributif, tant pour les plus modestes qui demeurent confrontés à des charges très fortes, que vis-à-vis des ménages de la classe moyenne qui sont moins soutenus que les plus aisés qui bénéficient - eux - de la réduction d'impôt. Elle doit forcément combiner différents niveaux : à la responsabilité individuelle doivent être combinées les solidarités familiale et nationale.

La seule intervention par la solvabilisation rendrait cependant l'action inutile et potentiellement vouée à l'échec. C'est bien **l'ensemble du système qui doit être ajusté**

pour mieux piloter, mieux réguler et ainsi garantir que chaque euro d'argent public est dépensé à bon escient.

Le contexte actuel d'inflation et de maîtrise des finances publiques reflète les contraintes très lourdes auxquelles les pouvoirs publics sont confrontés. Nombre de structures d'hébergement se trouvent dans des situations financières difficiles du fait de tensions structurelles (occupation, niveau de recettes et de financement, etc.) ou conjoncturelles (hausse des prix, sortie de crise sanitaire, etc.). Avant de créer les conditions d'une baisse du reste à charge, il s'agit de **préserver les établissements et d'éviter, autant que faire se peut, toute hausse des tarifs du fait des tensions actuelles. L'intervention est donc, pour partie, immédiate et pour partie, à un horizon plus lointain.**

Il est un élément supplémentaire, que les décideurs doivent nécessairement prendre en compte. **Alors que la France comptait 1,3 million de personnes en perte d'autonomie en 2017, elles seraient 2,2 millions en 2050. Le vieillissement va avoir un impact majeur qu'il nous revient d'anticiper.**

Fort de ces constats et de ces principes, **ce rapport vise à proposer, dans le cadre fixé par la lettre de mission, des solutions à court, moyen et long termes.** Ces solutions sont **assorties de leviers de financement** pouvant être mobilisés et permettant de dégager les marges de manœuvre nécessaires. **Des actions sont possibles et nécessaires dès les prochaines lois de finances et de financement de la sécurité sociale. D'autres devront être mises en œuvre sur plusieurs mois ou années.**

L'inertie n'est plus une solution. « *Gouverner, c'est choisir* », rappelait Pierre Mendès-France en 1953. **Plus que jamais, au-delà des approches partisans ou sectorielles, il est impératif d'agir,** pour assurer la confiance de chacun dans la prise en charge dont il pourra faire l'objet lors de ses vieux jours, pour garantir le consentement de tous les Français à une dépense publique plus que jamais nécessaire.

Ce rapport présente, de manière simplifiée, le diagnostic porté (1), avant de dresser l'inventaire des solutions envisagées (2), pour, en conclusion, appeler l'attention sur les solutions prioritaires et privilégiées à mettre en œuvre.

1. La prise en charge des personnes âgées en établissement : une des réponses au vieillissement, un champ révélateur de manques et d’insuffisances justifiant une action nécessaire, pragmatique et résolue

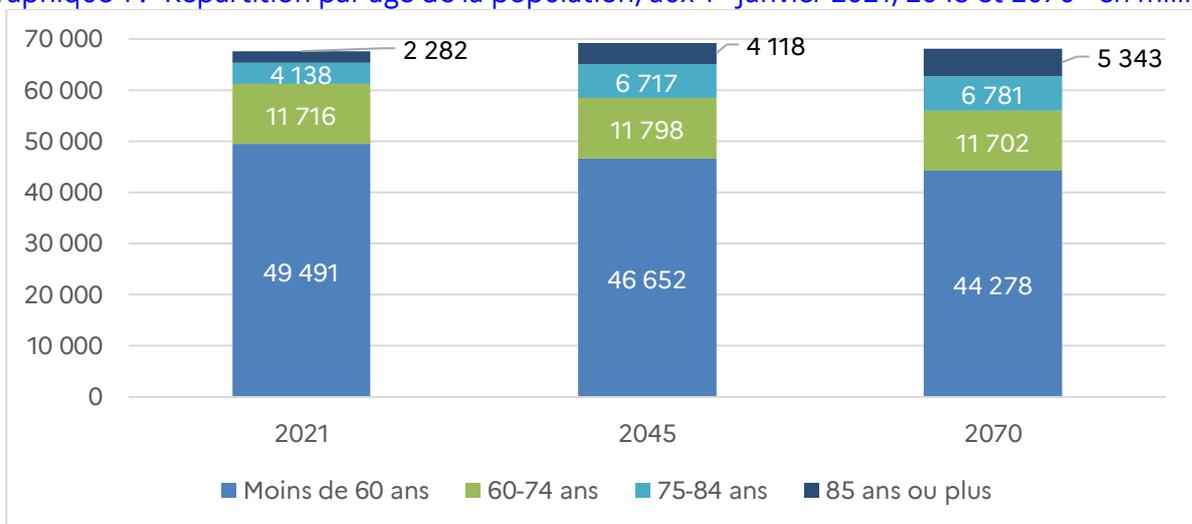
Tracer un diagnostic de la situation actuelle justifie d’adopter des angles de vue divers. Ces éléments d’analyse sont largement développés dans les annexes (voir en particulier annexe 4 - données statistiques et financières). Ils sont rappelés ici de manière synthétique pour présenter les idées clés.

1.1. Cette prise en charge doit être appréciée au regard du défi plus global du vieillissement

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

Le vieillissement est une tendance forte. **Entre aujourd’hui et 2070**, la population des personnes âgées et très âgées devrait croître très fortement : **le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus serait presque multiplié par deux** (+ 89 % - graphique 1).

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



Source : Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021) ; Insee, projections de population 2021-2070 (scénario central).

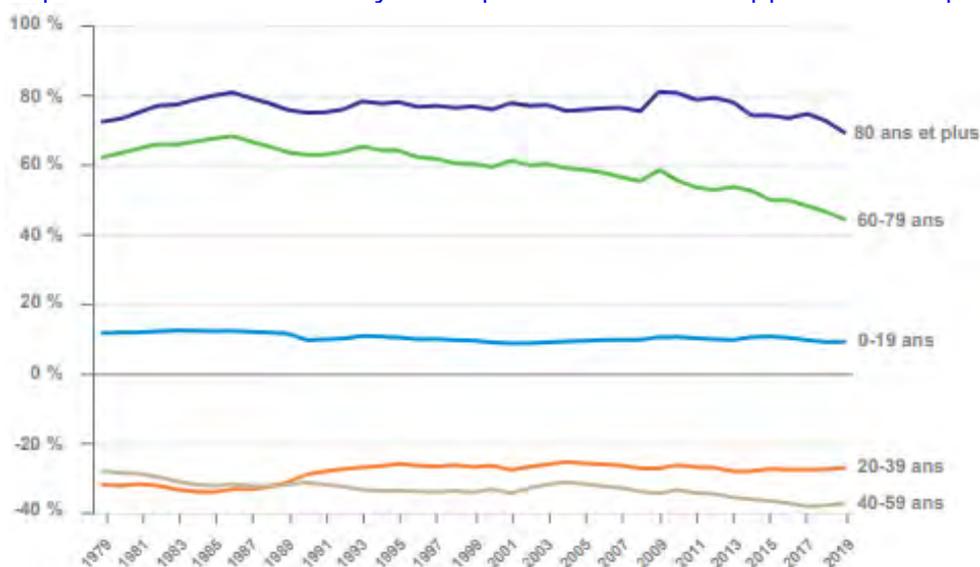
La tendance est très lourde. Les prévisions évaluent à **4,8 millions le nombre de personnes de 85 ans et plus en 2050**, soit une multiplication par 3,2 de cette population par rapport à 2017. De même, alors que l’on dénombrait **1,3 million de personnes en perte d’autonomie en 2017**, on en compterait **2,2 millions en 2050**. D’un risque résiduel, la dépendance deviendrait un

risque courant : en France, 40 % des personnes décédées en 2017 ont connu une perte d'autonomie¹⁸.

Les défis du vieillissement sont connus. Les équilibres démographiques de notre pays sont en mutation profonde. A cette évolution s'ajoute **une transition épidémiologique** du fait des pathologies nouvelles affectant en particulier les plus âgés.

Le vieillissement a **des impacts importants sur la protection sociale**, impacts qui doivent cependant être strictement appréciés¹⁹. **Les plus de 60 ans demeurent les premiers bénéficiaires de la protection sociale** (graphique 2), le système ayant été conçu pour protéger les plus fragiles et accroître la qualité de vie et sa durée. **Les évolutions des dernières années ont permis de limiter la hausse tendancielle des dépenses**, à système inchangé. **Le financement de la protection sociale a aussi évolué afin de mettre davantage à contribution les plus âgés**. Le vieillissement est donc un point d'attention majeur, mais il ne condamne pas la sphère sociale à une inéluctable insoutenabilité²⁰.

Graphique 2 : Transferts nets moyens de protection sociale rapportés au PIB par tête



Source : Comptes nationaux et comptes de la protection sociale in France stratégie, note d'analyse 103, décembre 2021.

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

La couverture des risques propres aux plus âgés, tout comme leur mise à contribution, doivent également être appréciées au regard du patrimoine dont ils disposent. En moyenne, **le patrimoine net des ménages de 70 ans et plus est près de huit fois supérieur à celui des moins de 70 ans**. L'approche moyenne doit cependant être tempérée : **la plus grande différence n'a**

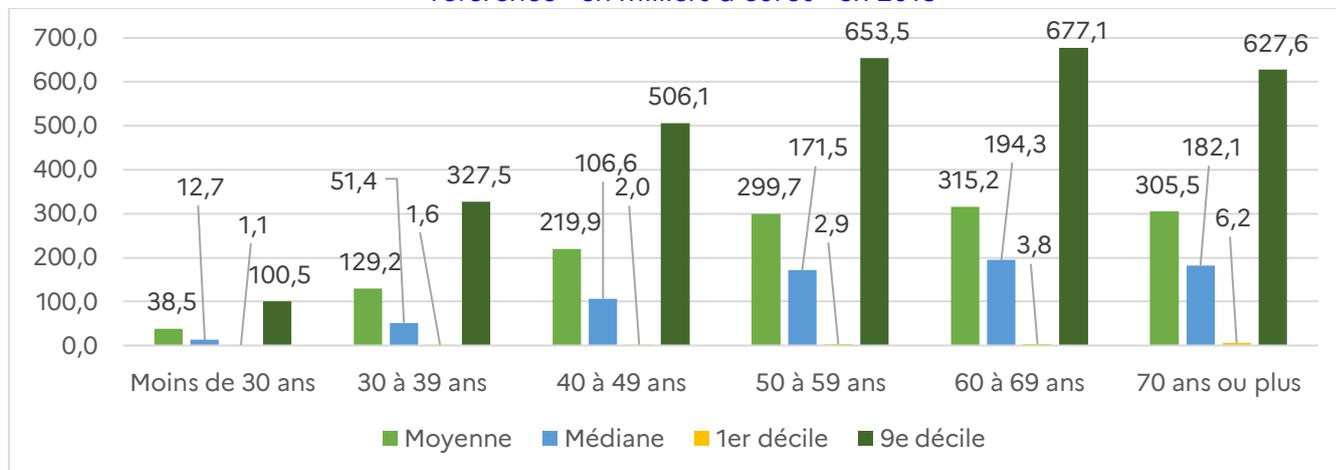
¹⁸ Les travaux sur les données et les projections ont pour partie été à nouveau effectués en 2019. Sur ce sujet et de manière générale, voir **D. Libault, Grand âge, le temps d'agir**, rapport issu de la concertation nationale Grand âge et autonomie, mars 2019.

¹⁹ Voir France stratégie (P-Y. Cusset, H. d'Albis, J. Navaux et J. Pelletan), *Protection sociale : qui paie le coût du vieillissement de la population ?*, La note d'analyse, décembre 2021, n° 103.

²⁰ Voir France stratégie (P-Y. Cusset), *Protection sociale : le choc du vieillissement est-il (in)soutenable ?*, La note d'analyse, juillet 2022, n° 111.

pas trait à l'âge mais à la très forte concentration du patrimoine, puisque 10 % des ménages en détiennent près de la moitié (graphique 3)²¹.

Graphique 3 : Montants de patrimoine net détenus par les ménages selon l'âge de la personne de référence - en milliers d'euros - en 2018



Source : Insee références, Patrimoine net des ménages, mai 2021 (Insee, enquête Histoire de vie et Patrimoine 2017-2018).

1.1.3. La montée en puissance des politiques de l'autonomie, reflet de la priorité politique et financière qui leur est donnée

Les dernières années ont vu les soutiens de la protection sociale aux plus âgés croître, tant du fait du poids des dépenses de retraite et d'Assurance maladie que de la montée en puissance du risque dépendance ou perte d'autonomie. **La « 5^{ème} branche » du régime général a été créée en 2021, pour acter le financement, par la sécurité sociale, des politiques d'autonomie des personnes âgées et handicapées.** Cette évolution, institutionnelle et financière, rappelle combien ce nouveau risque est une priorité constante de politiques et ressources publiques.

Entre 2014 et 2023, l'objectif global de dépenses (OGD) pour les personnes âgées issu de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) a cru de 63 % (de 9,4 à 15,3 Mds€). Sur la période récente, **la branche autonomie est donc privilégiée au sein de la sphère sociale : elle serait en excédent entre 2024 et 2026²².**

Le poids du risque autonomie au sein de la sécurité sociale croît progressivement. Les montants mobilisés au titre de la prise en charge des personnes âgées sont néanmoins près de **deux fois inférieurs à ceux consacrés aux personnes handicapées²³.** En 2019, **au sein des dépenses d'aide sociale des départements, bien que croissant, le poste de dépenses dédiées aux personnes âgées demeure le plus faible (21 %) derrière la prise en charge du handicap (23 %), de l'enfance**

²¹ Voir INSEE (M.-C. Cazenave-Lacrouts, D. Guillas, G. Lebrault et B. Mordier), *10 % des ménages détiennent près de la moitié du patrimoine total*, INSEE focus, n° 176, décembre 2019.

²² Voir annexe 4 - graphique 20, p. 26.

²³ Voir annexe 4 - graphique 13, p. 22.

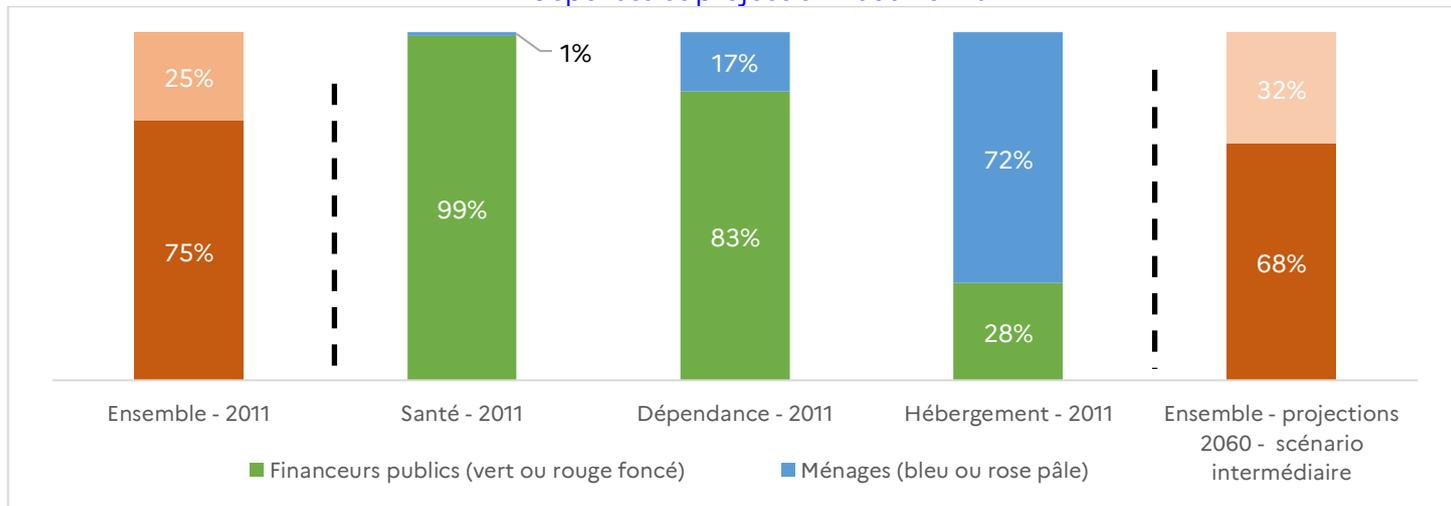
(23 %) et de l’insertion (32 %). **En 2020, l’effort assuré par chaque département pour chaque personne âgée varie dans un rapport de 1 à 4.**

Par ailleurs, les comparaisons internationales soulignent que, par rapport aux pays d’Europe du Nord souvent cités en exemple sur ce champ (Pays-Bas, Suède et Danemark), **la France consacre des financements importants aux pensions de retraite, mais relativement moindres aux politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes²⁴.**

1.1.4. La prise en charge des politiques d’autonomie est très largement assurée par la puissance publique

Le compte de la dépendance²⁵ (graphique 4) consolide l’ensemble des dépenses découlant de la perte d’autonomie des personnes âgées. Il est assuré au bénéfice de nombreuses reconstitutions et consolidations. Sa parution est irrégulière. Dans cette approche, **près des trois quarts de la dépense sont portés par les financeurs publics. Cette prise en charge est quasi intégrale s’agissant des dépenses de santé, très prononcée s’agissant des coûts liés directement à la dépendance, mais nettement plus faible concernant l’hébergement.** En 2014, les exercices de projection, toutes choses égales par ailleurs, anticipaient une baisse de la part prise en charge par les financeurs publics dans un contexte de hausse de la dépense (de 1,48 à 2,51 % de PIB soit + 1,03 point)²⁶.

Graphique 4 : Compte de la dépendance selon le type de financeurs - en 2011 au total et par type de dépenses et projection 2060 - en %



Source : DREES, *Le compte de la dépendance en 2011 et à l’horizon 2060, février 2014.*

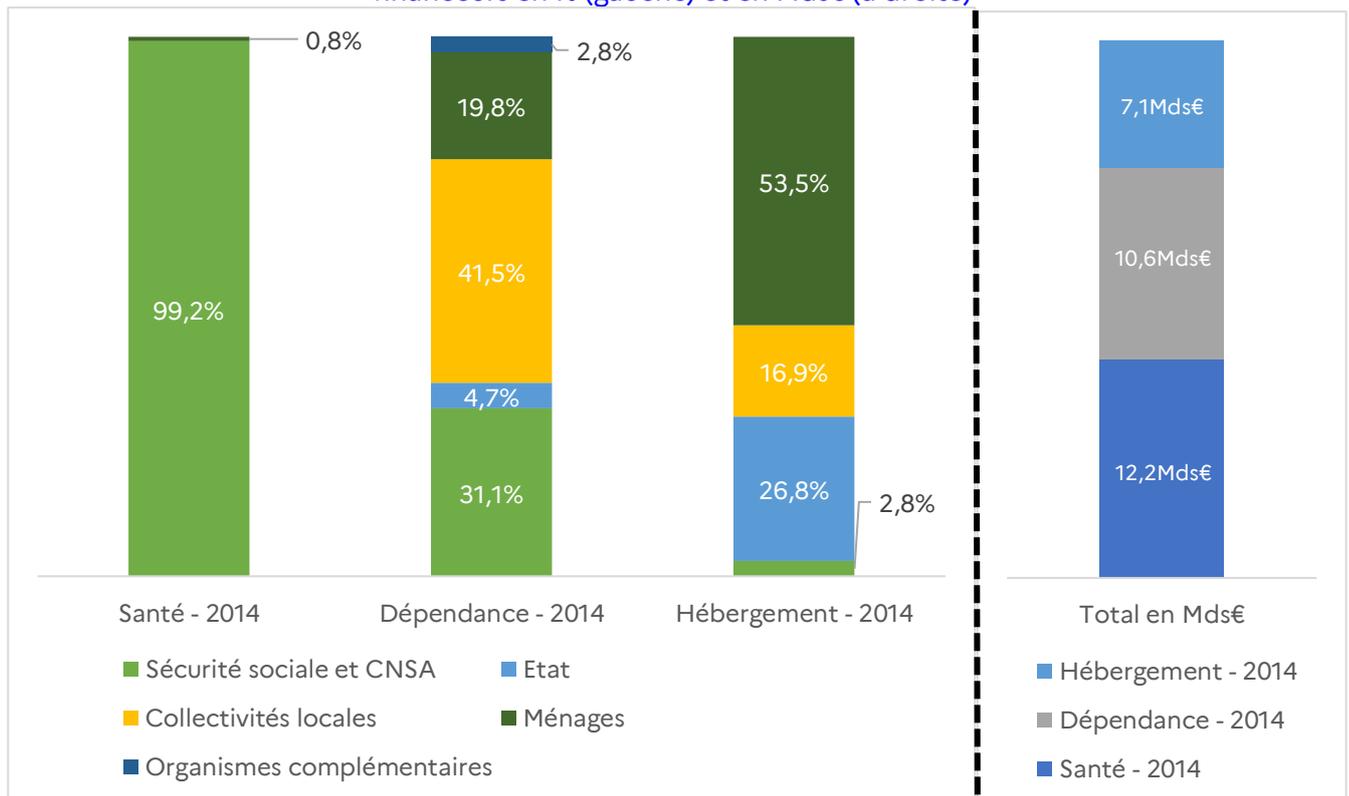
²⁴ Voir D. Libault, *Grand âge, le temps d’agir*, rapport issu de la concertation nationale Grand âge et autonomie, mars 2019 et Haut conseil de la famille, de l’enfance et de l’âge (HCFEA - Conseil de l’âge), *Politiques de soutien à l’autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales*, mars 2019.

²⁵ Voir DREES (A. Renoux, R. Roussel et C. Zaidman), *Le compte de la dépendance en 2011 et à l’horizon 2060*, Dossiers solidarité et santé (1998-2016), n° 50, février 2014.

²⁶ Les travaux de la concertation Grand âge et autonomie proposaient de porter les dépenses publiques en matière de prise en charge de la dépendance des personnes âgées autour de 1,6 % du PIB en 2030, soit près de 35 % de plus qu’en 2018. Voir D. Libault, *Grand âge, le temps d’agir*, rapport issu de la concertation nationale Grand âge et autonomie, mars 2019.

Une approche plus fine et actualisée (graphique 5) permet de mesurer l'importance des soutiens accordés à chaque répertoire d'intervention et les apports des financeurs publics et privés. **Les dépenses d'hébergement²⁷ bénéficiant aux seules personnes âgées prises en charge en établissement représentent près du quart de la dépense** ; les trois quarts restants servent à financer les besoins des personnes âgées dépendantes à domicile et en établissement. Mais les dépenses assurées par les financeurs publics en matière d'hébergement sont limitées (3,8 Mds€).

Graphique 5 : Dépenses en matière de dépendance en 2014 - par secteurs d'intervention et par financeurs en % (gauche) et en Mds€ (à droite)



Source : DREES, *Compte de la dépendance 2014 revu* in D. Libault, *Grand âge, le temps d'agir*, rapport issu de la concertation nationale Grand âge et autonomie, mars 2019.

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

²⁷ Elles embrassent ici un champ très large comprenant les dépenses d'aide sociale à l'hébergement (ASH), les aides au logement (AL), la réduction d'impôt pour frais d'hébergement, les plans d'investissement, la TVA construction, le coût net de l'hébergement hors gîte et couvert, etc. Dans les faits, la quasi-intégralité de ces dépenses bénéficient aux structures d'hébergement des personnes âgées dépendantes ; seule une part minime de ces dépenses correspond à des prises en charge aux domiciles de particuliers (dispositif dit d'accueil familial de personnes âgées dépendantes). Voir D. Libault, *Grand âge, le temps d'agir*, rapport issu de la concertation nationale Grand âge et autonomie, mars 2019.

Sur un autre plan, **la part des assurances et mutuelles** (organismes complémentaires, voir graphique 5 *supra*) dans la prise en charge de la dépendance **est tout à fait résiduelle**. Les dépenses identifiées en 2014 sont limitées au seul champ dépendance. Elles correspondent à **300 M€ (1 % de la dépense totale)**.

Les autres approches disponibles confirment ce rôle réduit des assureurs.²⁸ **En 2016, le risque dépendance représente moins de 0,5 % des recettes de l'ensemble des organismes d'assurance** et 1,5 % des recettes sur le seul champ des risques de protection sociale. **Seuls 12 % des organismes proposent des couvertures** sur ce risque (tableau 1).

Tableau 1 : Poids du risque dépendance dans les cotisations, prestations et le nombre d'organismes exerçant sur le marché de l'assurance en 2016

	Cotisations collectées		Prestations versées		Proportion d'organismes exerçant sur le marché de l'assurance assurant cette activité (%)
	Mds€	%	Mds€	%	
Risque dépendance	1,1	0,5 %	0,4	0,2 %	12 %
Ensemble des risques sociaux	70,3	29,4 %	51,2	27,3 %	79 %
Ensemble hors risques sociaux	169,1	70,6 %	135,9	72,5 %	56 %

Source : ACPR (états FR13 et FR1402), calculs DREES in DREES (A. Montaut et R. Adjerad), Première estimation du nombre de personnes couvertes par les organismes privés d'assurances, par risque social, Etudes et résultats, n° 1101, janvier 2019.

Interrogés régulièrement par le ministère des solidarités²⁹, **les Français se prononcent massivement pour une intervention publique renforcée afin de faire face au risque de dépendance³⁰, loin devant la solidarité familiale et la responsabilité individuelle.**

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

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

Le vieillissement de la population constitue un défi pour la prise en charge de la dépendance. **Quel que soit le sexe, le niveau de couverture augmente avec l'âge, tout comme celui de prise en charge à domicile et, surtout, en établissement³¹. Chez 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 (APA). Entre les deux tiers et les trois quarts sont hébergés en établissement.**

²⁸ Voir DREES (A. Montaut et R. Adjerad), Première estimation du nombre de personnes couvertes par les organismes privés d'assurances, par risque social, Etudes et résultats, n° 1101, janvier 2019 et DREES, Rapport 2022 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, décembre 2022.

²⁹ Soit dans le cadre du baromètre administré par la DREES.

³⁰ Voir annexe 4 - graphique 6, p. 18.

³¹ Voir annexe 4 - graphique 5, p. 17.

A comportements inchangés, **les projections de besoins de solutions d'hébergement s'élèvent, à l'horizon 2050, à + 230 000 places**. Ce calcul est théorique en ce qu'il reproduit les comportements actuels. Or, l'offre d'hébergement est très disparate sur l'ensemble du territoire. Ces projections soulignent par ailleurs **une exposition variable des territoires**. Si, au niveau national, la hausse des besoins d'hébergement est de +38 %, elle varie très fortement selon les départements (+9 % dans l'Indre et +77 % en Haute-Savoie).

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

L'offre d'hébergement est variable sur le territoire. Cette politique sociale confiée aux départements a été largement portée par des orientations locales (priorité ou non pour le grand âge, priorité au domicile ou aux établissements, etc.). Ainsi, 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, Corse) à près de 5 (Lozère)**.

Sans préjudice de ces très fortes différences départementales, le secteur est très dynamique : **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 été portée par la création de places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui proposent près de **80 % des capacités**³².

Si l'EHPAD est la première solution d'hébergement, les prises en charge sont diverses (encadré 1).

Encadré n°1 : Les solutions de prise en charge des personnes âgées en dehors du domicile

Une personne âgée dépendante peut être **prise en charge en hébergement de manière temporaire ou permanente**. Les règles de prise en charge **varient selon le type de séjour**. Par nature, une personne âgée peut être prise en charge, en raison de son état de santé, **dans une structure assurant une mission exclusivement sanitaire** (hôpital, clinique, structures de soins de suite, etc.). Ces solutions ne sont pas analysées dans ce rapport, tout comme les modes de prise en charge qui y prévalent.

Au-delà, l'offre du secteur médico-social est structurée en quatre catégories :

(i) Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : lieux d'hébergement médicalisés et collectifs qui assurent la prise en charge globale de la personne âgée. Ce sont des établissements médicalisés spécialisés dans l'accueil en chambre, signataires 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) Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) : établissements collectifs non médicalisés destinés à héberger des personnes âgées disposant encore d'une bonne autonomie physique ; ils ne perçoivent pas de crédits d'assurance maladie ; ce sont donc des structures non médicalisées spécialisées dans l'accueil en chambre ;

(iii) Établissements ou unités de soins de longue durée (USLD) : établissements rattachés à des hôpitaux qui assurent un hébergement de longue durée aux personnes âgées dépendantes, dont l'état de santé nécessite des soins médicaux lourds et une surveillance médicale constante ; ces établissements d'hébergement pour personnes âgées perçoivent des crédits de l'Assurance maladie ; ce sont des 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.

(iv) Résidences autonomie (« logements-foyers » jusqu'en 2015) : établissements proposant un accueil en logement regroupé aux personnes âgées (logement de type F1/F2 ...), assorti d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif.

³² Voir annexe 4 - graphique 32, p. 32.

À ces quatre catégories d'établissements d'hébergement, s'ajoutent les centres d'accueil de jour pour personnes âgées, ainsi que les quelques établissements expérimentaux pour personnes âgées (48 en 2019).

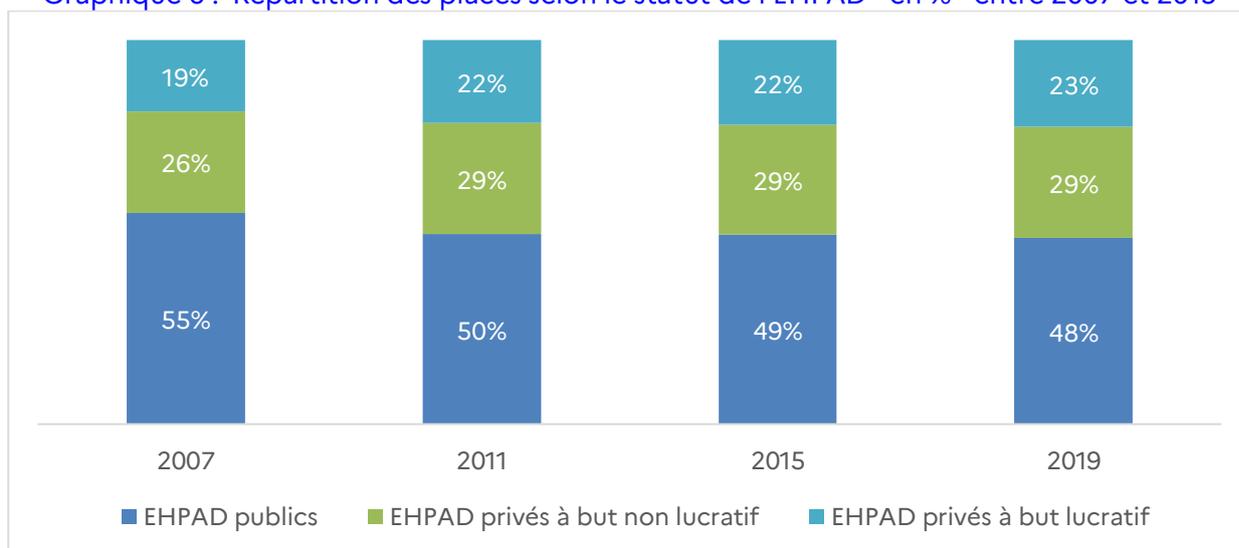
Ce rapport est centré sur les enjeux principaux qui concernent les EHPAD. Il n'analyse pas de manière détaillée la situation des résidences autonomie mais les évoque indirectement. Les préconisations formulées par le rapport ont vocation à être déclinées dans les EHPA et les USLD. Ces évolutions devraient en outre être intégrées dans les modes de prise en charge ponctuels ou temporaires. La mission n'a pas analysé les évolutions en cours concernant les USLD. Elle appelle cependant l'attention sur la nécessité de considérer les impacts - nationaux ou territoriaux - qu'auraient d'éventuelles diminutions des capacités d'accueil de personnes âgées dépendantes dans ces unités. La mission n'a en outre pas abordé les solutions d'hébergement très spécifiques, telles que l'accueil familial ou des dispositifs s'en rapprochant. Elle souligne la nécessité de prendre en compte ces situations, pour adapter le cadre général aux spécificités de ces modes de prise en charge, réduits mais répondant à des besoins.

Les données produites sont centrées sur les structures d'hébergement : EHPAD, EHPA et USLD. Quand ce n'est pas le cas, ce point est précisé dans le rapport et les annexes.

Source : DREES et travaux mission.

Le déploiement de solutions d'hébergement a très largement été porté par les acteurs publics (graphique 6). Mais cette dynamique s'est peu à peu infléchie : **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 6 : Répartition des places selon le statut de l'EHPAD - en % - entre 2007 et 2019

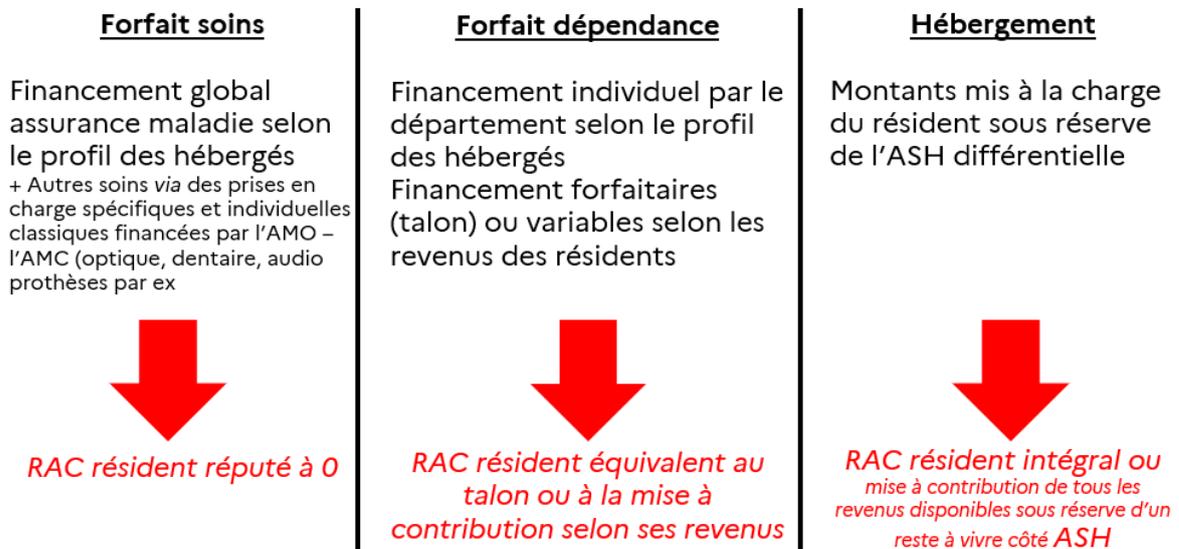


Source : DREES, Enquêtes EHPA, millésimes 2007, 2011, 2015 et 2019.

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

Les séjours sont financés par trois acteurs, selon trois modes d'action estimés distincts, pour lesquels les modes de prise en charge publics varient et donc le reste à charge des résidents. On distingue : la prise en charge des soins, financée par l'Assurance maladie ; la réponse aux besoins liés à la dépendance des personnes accueillies, volet pris en charge par le département et le résident ; les dépenses d'hébergement prises en charge par les résidents, sauf pour ceux dépourvus de ressources (schéma 1).

Schéma 1 : Le financement ternaire des structures d’hébergement et les restes à charge pouvant en résulter



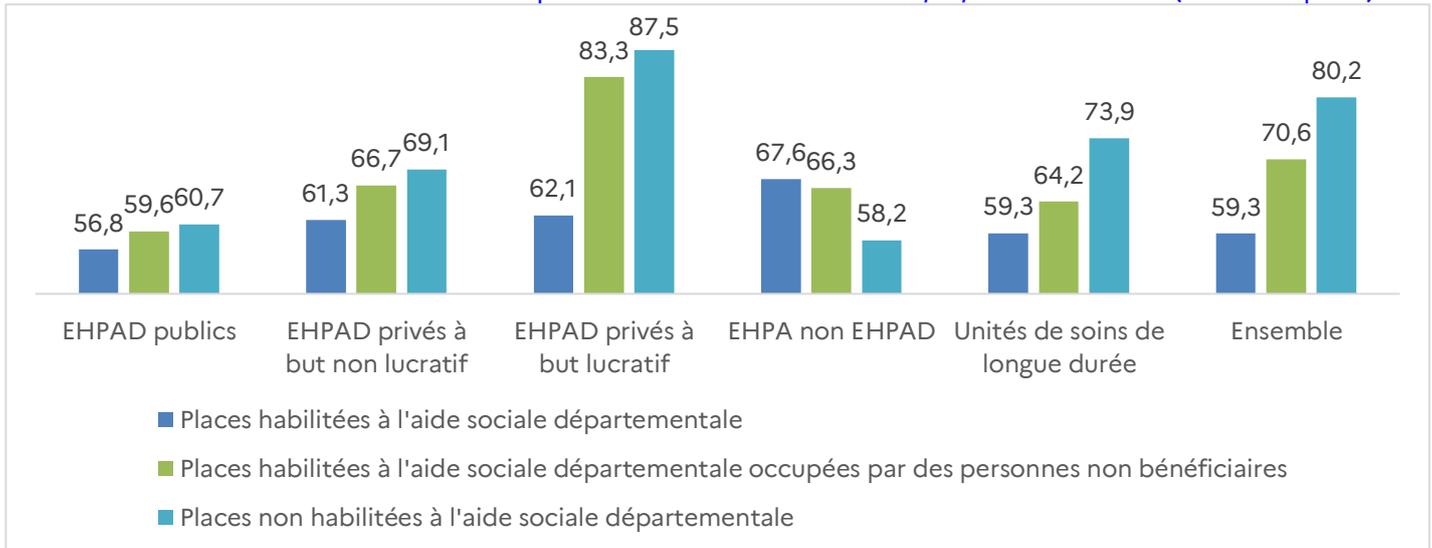
Source : Travaux mission.

Le poids des dépenses d’hébergement est crucial dans les montants financés par les acteurs publics ou demeurant à la charge des résidents. Pour les résidents disposant des ressources les plus faibles, la prise en charge est assurée par le dispositif départemental d’aide sociale à l’hébergement (ASH). Il a une double dimension : il garantit un tarif hébergement fixe et bas aux résidents les plus modestes ; il conduit les départements à déterminer ce tarif qui s’impose aux structures d’hébergement. Cette prise en charge sociale est avant tout portée par les entités publiques et celles du privé non lucratif. **En 2019, près de 7 places sur 10 sont habilitées à l’aide sociale. Plus d’une place sur deux habilitée à l’aide sociale relève du secteur public.** Le secteur privé lucratif ne contribue que de manière résiduelle à cette prise en charge³³.

Les tarifs hébergement varient très fortement selon le type de structures : les structures privées à but lucratif sont plus onéreuses que les structures privées à but non lucratif et les structures publiques. Au sein de chaque secteur, les variations sont très fortes. **Le tarif moyen journalier le plus élevé des EHPAD privés lucratifs est supérieur de 55 % au tarif journalier le plus faible des EHPAD publics.** Selon le lieu de prise en charge, les tarifs sont différents, sachant que l’approche présentée ici est une approche moyenne. Elle dissimule de très fortes disparités (graphique 7).

³³ Voir annexe 4 - graphique 35, p. 34.

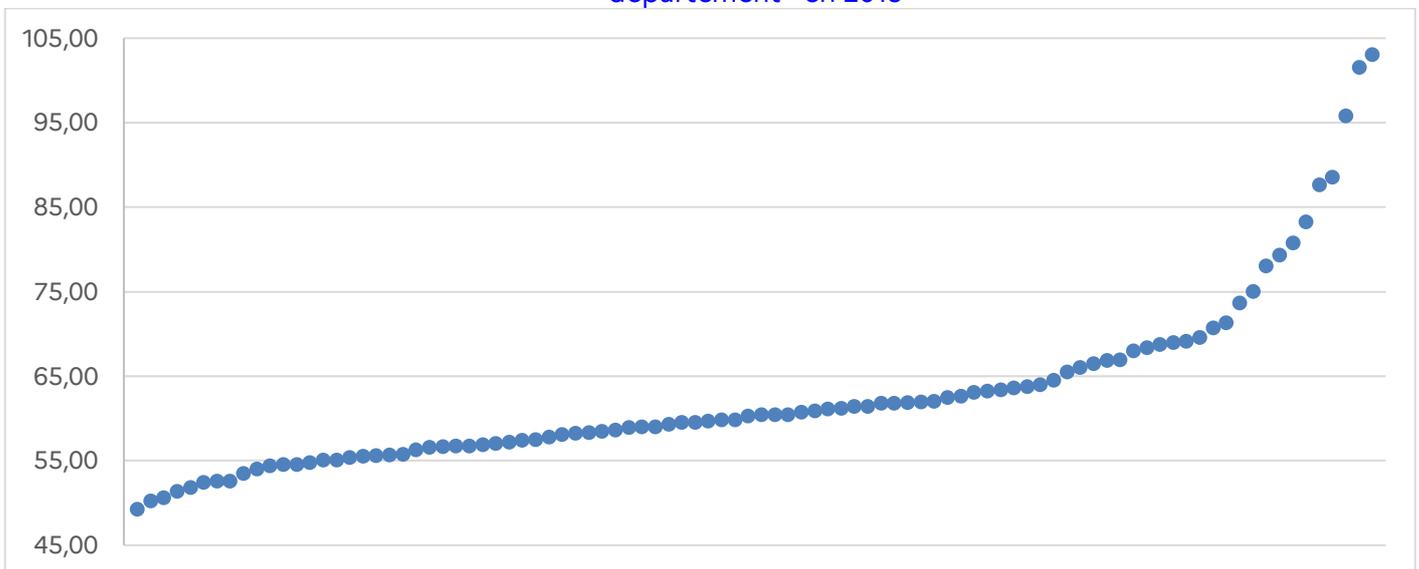
Graphique 7 : Tarifs hébergement journaliers moyens par catégorie d'établissements et selon l'habilitation à l'aide sociale départementale - situation au 31/12/2019 - en euros (TVA comprise)



Source : Enquête EHPA 2019, DREES. Travaux mission.

Les variations de tarifs selon les territoires sont importantes : **les tarifs médians sont plus de deux fois supérieurs dans les départements où les solutions d'hébergement sont les plus coûteuses (Hauts-de-Seine, Paris et Yvelines) par rapport aux départements où elles sont les moins onéreuses (Haute-Saône, Meuse et Cantal - graphique 8).**

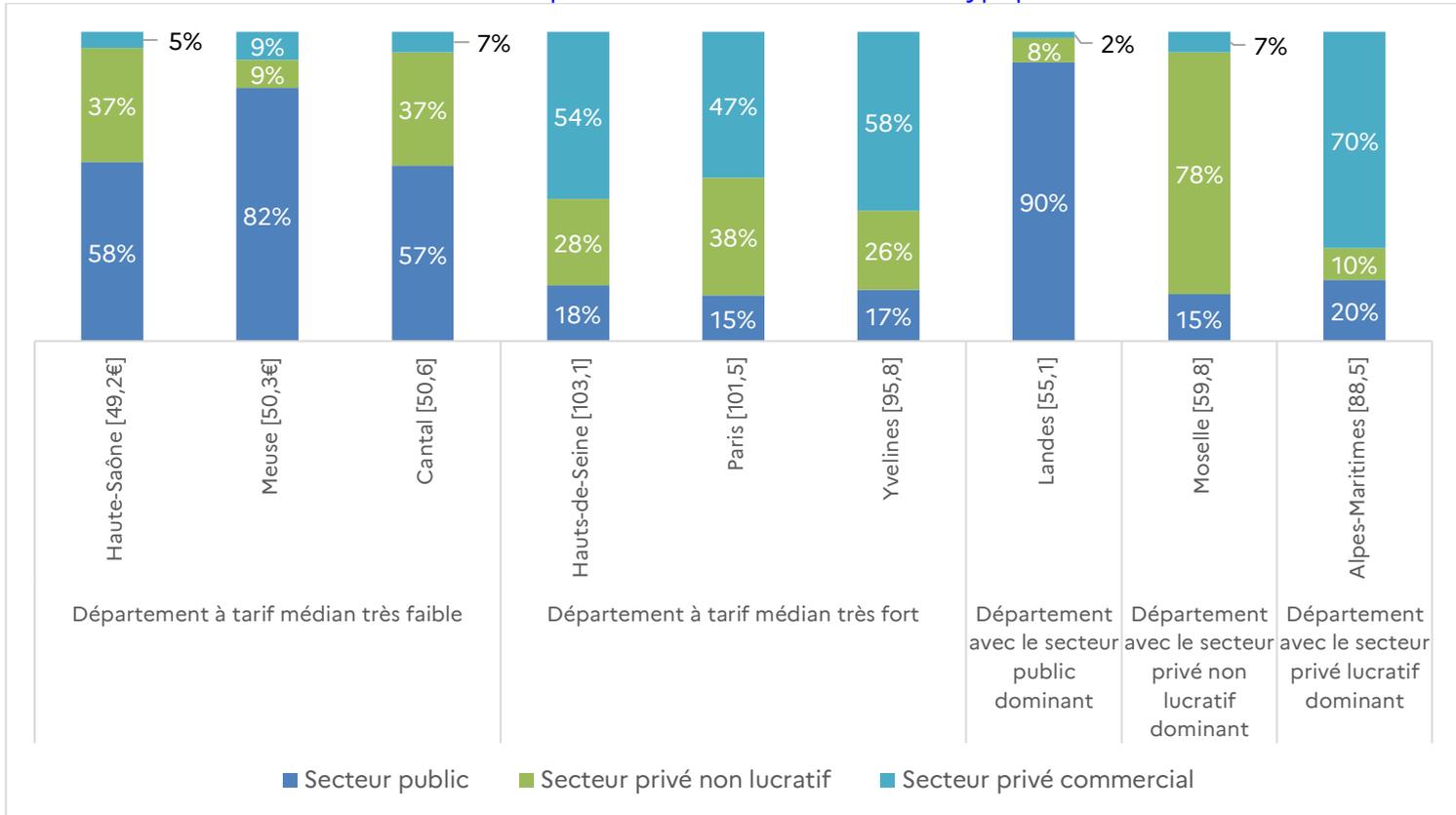
Graphique 8 : Médiane de prix par jour (en €) en hébergement permanent - Chambre seule - par département - en 2019



Source : CNSA, analyse des prix et tarifs des EHPAD par département, 2019. Travaux mission.

Le tarif demandé aux résidents varie selon le territoire, le nombre de places disponibles et leurs modalités de tarification et donc également selon la composition de l'offre. Les départements avec la part la plus forte d'entités issues du secteur public et du secteur privé non lucratif sont ceux qui ont les tarifs médians les plus bas. A l'inverse, un département ayant fait le choix de confier l'hébergement à des structures privées à but lucratif présente des tarifs médians élevés, voire très élevés (graphique 9).

Graphique 9 : Composition de l'offre d'hébergement pour personnes âgées dépendantes selon les secteurs (histogrammes) et tarif médian hébergement (valeur entre crochets) - en % et en euros - en 2019 - 9 départements aux situations idéal-typiques



Source : CNSA, analyse des prix et tarifs des EHPAD par département, 2019. Travaux mission.

La singularité territoriale est très forte. Elle joue à plusieurs niveaux :

- ◆ **Le degré de soutien global aux personnes âgées** et la nature de la politique de soutiens individuels mise en œuvre (voir *infra*) ;
- ◆ Le **choix** éventuel de privilégier une des deux **prises en charge** (à domicile ou en établissement) ;
- ◆ **La décision de s'appuyer sur le secteur public ou de privilégier des initiatives privées**, qu'elles soient le fait d'acteurs lucratifs ou non ;
- ◆ **Le degré d'encadrement des tarifs** par le département, notamment selon le niveau de places habilitées à l'aide sociale.

Les portraits des différents territoires montrent qu'il existe un caractère assez invariant de ces positions dans le temps. Elles ont donc un impact sur l'accessibilité réelle et financière à des séjours en établissement, pour tout ou partie des personnes âgées dépendantes, dans chaque territoire. Mais ces choix locaux ont aussi des impacts très forts sur la nature de la prise en charge sanitaire, sa pertinence et les dépenses publiques en découlant³⁴.

³⁴ 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. Outre les éléments proposés en annexe 4 ; voir sur ce sujet, IRDES (A. Penneau et Z. Or), *Les inégalités territoriales de*

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

Une récente étude a, à juste titre, porté l'attention sur deux publics accueillis dans les structures d'hébergement : d'une part, **des hommes jeunes, voire très jeunes avec de faibles ressources** et un profil sanitaire et social très défavorable et d'autre part, **des femmes de plus de 70 ans**³⁵. De plus, comme indiqué *supra*, il existe un biais de sélection territorial : schématiquement, l'offre crée la demande. Ces approches peuvent tempérer les observations formulées ci-après, mais en aucun cas les remettre en cause : **la population accueillie en EHPAD est notoirement plus fragile et modeste que le reste de la population des personnes âgées**. Les soutiens publics apportés à ces établissements constituent donc, de ce point de vue, un choix fort de redistribution vers les plus pauvres et les plus fragiles.

1.2.4.1. L'âge des résidents et la durée de séjour : des paramètres déterminants

L'âge est un des premiers déterminants du séjour en établissement. **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. 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.

La population prise en charge dans les établissements est largement féminine et âgée, le profil type du résident est une femme de plus de 80 ans³⁶.

Les structures les plus féminisées sont les EHPAD privés à but non lucratif ou à but lucratif. Par rapport aux résidences autonomie ou aux unités de soins de longue durée, **les EHPAD sont les structures d'hébergement qui accueillent les populations les plus âgées**. **La population accueillie est globalement plus âgée dans les structures privées** : en effet, les personnes rejoignant ces structures ont fréquemment eu davantage de possibilités de rester plus longtemps à leur domicile, chez des proches ou dans un logement intermédiaire³⁷.

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 assez peu**³⁸.

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.

³⁵ Voir A. Carrière, D. Roy et L. Toulemon, *Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives*, rapport IPP n° 41, 16 mars 2023.

³⁶ Voir annexe 4 - graphique 38, p. 36.

³⁷ Voir annexe 4 - graphique 41, p. 38.

³⁸ Voir annexe 4 - graphique 42, p. 38.

Les séjours sont d'une durée bien plus longue dans les EHPA non-EHPAD et les résidences-foyers. **Les durées de séjour sont par ailleurs tendanciuellement plus longues dans les EHPAD publics**, devant les privés à but non lucratif et les privés à but lucratif³⁹.

L'analyse par structure souligne ainsi la vulnérabilité des structures publiques par rapport aux autres. Elles hébergent les résidents qui ont les durées de séjour les plus longues. Or, du fait de leur taux d'habilitation à l'aide sociale, elles disposent de moins de marges de manœuvre pour adapter et moduler les tarifs et, *in fine*, dégager des moyens de financement en vue par exemple de rénover leurs bâtiments.

1.2.4.2. Des résidents souvent plus isolés, modestes et faiblement diplômés

Reflet de l'importance de pouvoir s'appuyer sur des proches pour demeurer à domicile, les personnes âgées sans enfant ou avec un faible nombre d'enfants sont plus souvent présentes en établissement. **Les hommes âgés dépendants sans enfant ont une probabilité trois fois plus élevée d'être en établissement qu'à domicile.** Le lien est donc évident entre le fait de n'avoir aucun enfant en vie et celui d'être placé en structure d'accueil : les moins de 70 ans en établissement sont en majorité des personnes âgées ne pouvant s'appuyer sur un enfant vivant.

Le portrait type du résident en EHPAD est une femme veuve. Les profils célibataires, divorcés et mariés sont notablement plus présents chez les hommes résidents⁴⁰.

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 à une prise en charge en structure d'accueil** pour personnes âgées dépendantes⁴¹.

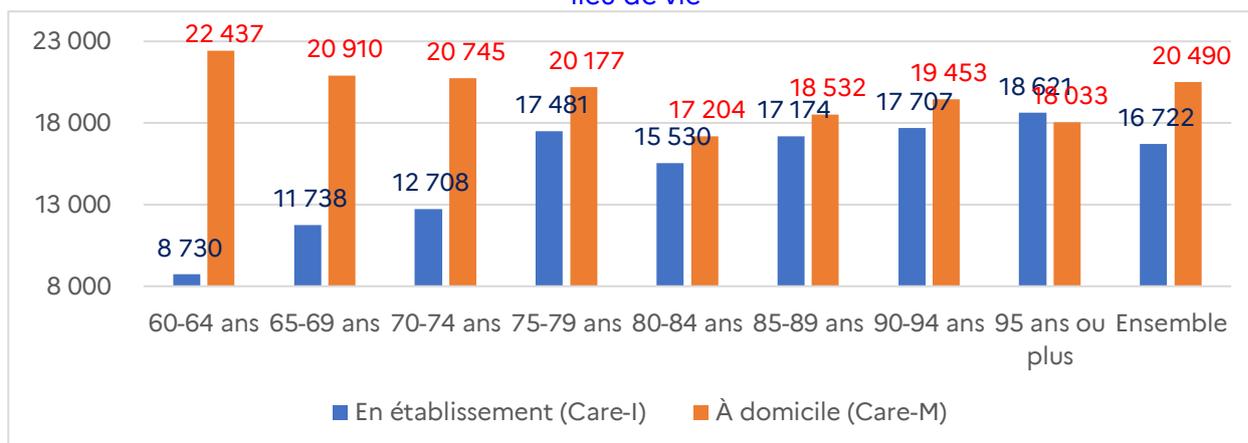
Un autre déterminant du séjour en établissement est le niveau de revenu : seule la population des 95 ans et plus à domicile présente des revenus moyens comparables à la même classe d'âge résidant en établissement. Pour toutes les autres classes d'âge, **les revenus des personnes âgées dépendantes en établissement sont inférieurs et souvent très inférieurs à ceux des personnes à domicile.** Ainsi, les personnes de 60 à 64 ans résidant en établissement sont celles ayant les revenus les plus faibles de toute la population des plus de 60 ans (graphique 10).

³⁹ Voir annexe 4 - graphique 44, p. 40.

⁴⁰ Voir annexe 4 - graphique 45, p. 41.

⁴¹ Ou le placement en structure d'accueil est l'occasion de mettre en place la mesure de protection juridique.

Graphique 10 : 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.

Le plus grand nombre de personnes résidant en établissement pour personnes âgées en perte d'autonomie se trouve dans les plus bas revenus : plus le revenu du ménage augmente, plus la probabilité de rester à domicile est forte⁴².

Il y a enfin **en établissement une sur-représentation des anciens employés, ouvriers et sans activité professionnelle**. Les personnes sans diplôme ou avec un niveau modeste d'études sont également sur-représentées en établissement. A contrario, le domicile est le lieu privilégié des personnes âgées précédemment cadres ou professions intermédiaires⁴³.

1.3. Un cadre de pilotage et de régulation largement insuffisant

1.3.1. Un pilotage pluriel

Le pilotage de l'offre et des tarifs en établissement par les acteurs publics passe par des canaux partiels, différents et parfois non coordonnés.

⁴² Voir annexe 4 - graphique 50, p. 46.

⁴³ Voir annexe 4 - graphique 51, p. 47.

Au premier chef, **les conséquences du choix d'une politique pour partie départementale n'ont pas nécessairement toujours été appréciées** alors que les politiques menées dans chaque territoire ont un impact majeur (cf. *supra*). **La part des bénéficiaires de l'APA séjournant en établissement varie, selon les départements, dans des proportions de 8 à 65 %**. Les départements connaissant une faible prise en charge en établissement sont logiquement les moins bien équipés en structures d'hébergement⁴⁴. De même, **les dépenses d'ASH par bénéficiaire varient dans un rapport de 1 à 6 selon les départements**. Tant de manière globale que vis-à-vis des plus fragiles, les différences territoriales sont des plus marquées.

A la question du poids des choix territoriaux s'ajoute **un encadrement très variable selon la nature de la structure d'hébergement**. Ainsi, le secteur public est composé de structures issues du monde hospitalier ou créées à l'initiative des collectivités : tant l'Etat que les collectivités disposent de moyens directs d'intervention. Tel n'est pas le cas pour les entités du secteur privé ayant un but non lucratif et, *a fortiori*, les structures lucratives.

Même au niveau national, **la régulation est variable car elle relève de sphères différentes** : le soutien aux revenus des personnes âgées, la prise en charge par l'Assurance maladie, l'accompagnement plus spécifique de la perte d'autonomie et sa prévention. La création de la 5^{ème} branche devrait lever ces limites d'un pilotage en silo de ces interventions. **La vision globale et intégrée des personnes âgées dépendantes reste encore aujourd'hui largement en construction dans la sphère publique**.

Cette grande complexité a été rappelée par les établissements dans le cadre de l'enquête (annexe 6) : **plus de 80 % des répondants souhaitent ainsi passer à un financeur – régulateur unique**.

1.3.2. Des leviers de régulation relativement incertains

Les finances publiques assument environ 75 % des dépenses liées à la dépendance. La création de la 5^{ème} branche en 2021 a fait évoluer les modes de prise en charge : **77 % de l'effort public pour le grand âge est désormais pris en charge par la sécurité sociale**⁴⁵.

A cette rationalisation des financeurs publics devrait répondre une régulation plus forte et effective. Cette démarche semble à l'œuvre pour les services à domicile, au regard des actions fortes pour les transformer, encadrer les tarifs, garantir encore plus la qualité de la prise en charge, etc. Le « virage domiciliaire » et ses ressources supplémentaires sont accompagnés d'une volonté renforcée de régulation, notamment depuis la loi de 2015⁴⁶.

Le champ des établissements donne lieu à une régulation moindre et peu structurée. Par rapport au champ sanitaire, le pilotage des capacités (places offertes, personnels formés) est faible, tout comme la détermination du contenu des actes et des prestations, la certification de la qualité des interventions, la fixation des tarifs, etc.

⁴⁴ Le raisonnement inverse n'est pas toujours valable pour les autres départements, voir annexe 4.

⁴⁵ Voir rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale - autonomie, édition 2023, <https://evaluation.securite-sociale.fr/>.

⁴⁶ Voir Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

L'existence de plusieurs financeurs et régulateurs ne facilite pas la régulation. **Les éléments de pilotage intégrés et partagés entre les financeurs - régulateurs sont encore imparfaits : la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), destinés à se substituer aux conventions tripartites ou aux conventions d'habilitation à l'aide sociale n'est pas assurée.** Dans nombre de départements, elle demeure un objectif. Cet échec relatif s'inscrit dans une longue histoire de tentatives de contractualisation multipartite entre l'Etat, l'Assurance maladie, les départements et les établissements⁴⁷.

Le contenu des prestations, services et prises en charge est insuffisamment encadré. Par exemple, la loi de 2015 a introduit, pour la première fois, un encadrement général et minimal de la prestation sociale d'hébergement. Dans le même temps, l'encadrement de la prise en charge - par la mesure de la qualité au moyen de procédures de certification - peine encore à se déployer⁴⁸.

Le pilotage des capacités est peu affirmé et structuré. Au-delà des décisions de création de places ou de rénovations immobilières, il n'existe pas d'analyse globale des modes de prise en charge disponibles (en établissement, dans le logement intermédiaire et à domicile) et de leur caractère suffisant ou insuffisant au regard des besoins de la population, que ce soit au niveau national ou départemental. Alors que les inégalités d'accès sont très prononcées, le pilotage des capacités reste incertain, peu coordonné et insuffisamment affirmé.

La régulation ne passe pas davantage par l'encadrement tarifaire. La tarification est assurée au niveau départemental, dans le respect d'un cadre assez peu prescriptif et avant tout procédural défini au niveau national. Les tarifs ont été en fait déterminés pour l'essentiel sur une base historique. Ainsi, à partir de bases historiques disparates, les tarifs d'hébergement applicables aux places habilitées à l'aide sociale sont fixés par le département, au risque d'une sous tarification ou de faibles revalorisations. *A contrario*, les tarifs des places non habilitées sont déterminés librement par les acteurs qui sont cependant soumis au respect d'un coefficient maximal annuel de revalorisation qui donne lieu à un arrêté annuel du ministre en charge de l'économie et des finances⁴⁹.

⁴⁷ Voir « *Le CPOM : un instrument qui n'a pas fait la preuve de son efficacité* », in Bonne et M. Meunier, *Le contrôle des EHPAD*, rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, n° 771 (2021-2022) déposé le 12 juillet 2022.

⁴⁸ Prévues initialement en 2002 (loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale), la certification de la qualité de l'activité des établissements médico-sociaux a été revue en 2019 (loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé) pour être confiée à la Haute autorité de santé ; celle-ci a élaboré le référentiel national d'évaluation de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux en mars 2022, la généralisation du cadre demeure donc en cours.

⁴⁹ Cet encadrement a été affirmé par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Le dialogue de gestion avec les acteurs est insuffisamment structuré au niveau national. Les contraintes imposées aux acteurs privés et publics restent minimales. Le secteur de l'hébergement s'est largement structuré au cours des dernières années. Des acteurs importants, dans le champ des secteurs privés non lucratif et lucratif, se sont progressivement affirmés. Leur montée en puissance a été notable, la France comptant des leaders mondiaux ou européens (Orpéa, Clariane (ex Korian) notamment). Pour autant, **il n'existe pas de dialogue structuré et organisé avec ces grands acteurs privés**, contrairement à ce qui peut exister dans le champ sanitaire (échanges avec les groupes d'établissements de santé ou avec l'industrie pharmaceutique en particulier). De manière symétrique, **le degré de contrainte imposé aux acteurs publics s'agissant de leur organisation** et d'éventuels mouvements de spécialisation ou de mutualisation **demeure modeste sinon inexistant**. Cet encadrement insuffisant a été récemment souligné par les inspections générales⁵⁰. De nouvelles actions sont à mener. Les recompositions sectorielles en cours doivent aussi retenir l'attention, notamment celle d'Orpéa dans le cadre du projet de reprise par un *consortium* mené par la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC).

1.3.3. Des champs qui demeurent insuffisamment maîtrisés et connus

La connaissance du champ de l'autonomie des personnes âgées est notoirement moindre que celle des autres risques sociaux. Le choix de confier la gestion du risque et la charge des prestations et prises en charge aux départements y contribue assurément : il n'existe pas de système unique et intégré de gestion des assurés, de leurs parcours et des soutiens dont ils bénéficient. Les services statistiques sont donc amenés à recourir à des enquêtes auprès des acteurs, enquêtes logiquement empreintes de certaines fragilités et insuffisances.

Outre le recours à ces enquêtes, les données sont le plus souvent reconstruites, simulées et appréciées de manière moyenne. Ces écueils et limites sont présentés dans l'annexe 4. Ils sont particulièrement **prégnants dans le champ des établissements** d'hébergement des personnes âgées dépendantes pour lesquels on dispose de bien moins d'informations qu'en ce qui concerne les prises en charge à domicile, mieux connues et pilotées par les départements.

Le champ du grand âge présente un goût avéré pour les sigles, les innovations et les évolutions constantes. Il crée à certains égards sa propre complexité : les personnes âgées ou leurs familles sont ainsi censées pouvoir faire le tri entre les EHPAD, les EHPA, les USLD... et comprendre leurs modalités de prise en charge et de tarification. Cette complexité foisonnante est une source d'incompréhension pour les usagers, tant en établissement qu'à domicile⁵¹.

⁵⁰ Voir T. Audigé, Pr B. Fenoll, V. Fournier, F. Laloue, H. Léost, J. Rousselon (IGAS) et G. Bianquis, A. Costa, T. Espeillac, L. Mariani, S. Monteil, A. Pilven, A. Rossion, J-P. de Saint-Martin, V. Verzat (IGF), *La gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) du groupe ORPÉA*, rapport IGAS et IGF, avril 2022.

⁵¹ Tout comme la famille souhaitant disposer d'un hébergement doit maîtriser les sigles EHPAD, EHPA, USLD, ceux souhaitant recourir aux services à domicile sont confrontés aux SAAD (services d'aide et d'accompagnement à domicile), SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) et SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile).

La politique de prise en charge de la dépendance et de prévention de la perte d'autonomie conduit à estimer les besoins des demandeurs. L'appréciation des limitations fonctionnelles et cognitives effectives des personnes âgées revêt une importance cruciale. Elle est souvent contestée.

Au-delà, il serait nécessaire de pouvoir mieux calibrer le système de soutien, en prenant en compte toutes les capacités contributives des bénéficiaires. Pour les personnes âgées, sans préjudice de la forte concentration du patrimoine qui a été rappelée *supra*, cela justifie de connaître l'ensemble des actifs dont elles disposent afin d'apprécier dans quelle mesure les dernières années de vie permettraient la mobilisation de leur épargne ou la liquéfaction de leurs actifs.

Sur tous ces champs, les progrès sont constants et nécessaires. Le propre des rapports d'évaluation est souvent de constater que le rythme de maîtrise et d'enrichissement des connaissances est insuffisant. Or, une étape décisive devrait être franchie dans les prochains mois : la DREES pourra ainsi prendre en compte, à partir des enquêtes disponibles, les données concernant le patrimoine effectivement détenu par les personnes âgées, et donc simuler un système rénové de soutien prenant en compte cette dimension. Cet aspect est fondamental. La mission entend le saluer. Cette évolution doit être prise en compte dans le système cible proposé *infra*. Il prendra notamment en compte cette capacité renforcée à apprécier le patrimoine détenu par les bénéficiaires, qui est aujourd'hui un angle mort dans l'appréhension des facultés des personnes hébergées.

1.4. Un système de soutiens publics qui présente des limites fortes

1.4.1. Un système complexe, issu de décisions politiques successives

L'annexe 3 présente les dispositifs de soutiens publics actuels. La typologie des aides conduit à distinguer les prestations développées pour faire face au risque dépendance en tant que tel, les soutiens aux ménages modestes pour disposer d'un logement et enfin les avantages fiscaux tendant à reconnaître les charges découlant de certaines dépenses.

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

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA, créée en 2002) a succédé à la prestation spécifique dépendance (PSD, créée en 1997). Contrairement à cette dernière, elle n'est pas récupérable : les soutiens accordés via l'APA ne donnent pas lieu à mise en œuvre de l'obligation alimentaire⁵² et ne sont pas susceptibles d'être⁵³ récupérés lors de la succession⁵³.

⁵² Les parents et proches solvables sont sollicités pour assumer les dépenses prises en charge par la sphère publique.

⁵³ Les soutiens publics sont prélevés sur l'actif net successoral devant revenir aux héritiers à due proportion des montants ainsi « avancés ».

Le changement de nature de la prestation a conduit à une très forte hausse du recours : on dénombrait 140 000 bénéficiaires de la PSD et, en 2022, près de 600 000 bénéficiaires de l'APA.

L'APA correspond à deux types de soutiens distincts, selon que la personne est maintenue à domicile ou bénéficie d'une solution d'hébergement. Ces deux soutiens relèvent d'un ensemble commun, en ce qu'ils sont soumis aux mêmes conditions : avoir plus de 60 ans, résider en France et être reconnu dépendant. Le fait générateur spécifique d'ouverture des droits à APA réside dans l'évaluation de cette dépendance (encadré 2).

Encadré n°2 : L'évaluation de la dépendance dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

A la demande de la personne âgée ou de ses proches, **une équipe pluridisciplinaire du département** est amenée à évaluer son degré de dépendance. Schématiquement, les personnes très dépendantes et isolées ont vocation à être prises en charge en établissement, les personnes moins dépendantes et pouvant être accompagnées par leurs proches ont plus vocation à rester à domicile. Selon leur lieu de vie, les soutiens dont elles disposeront seront différents. L'APA n'est ouverte que pour les personnes relevant des GIR 1 à 4. Les personnes en GIR 5 ou 6 peuvent bénéficier d'autres soutiens (fonds d'action sociale des caisses de retraite en particulier).

L'équipe départementale a pour fonction de positionner la personne examinée dans la grille AGGIR composée de 6 niveaux différents. Les 6 groupes iso ressources (GIR) correspondent aux degrés identifiés de dépendance d'une personne âgée. Le GIR 1 est celui d'une personne très dépendante, le GIR 6 celui d'une personne autonome dans les actes de la vie courante.

Cette grille AGGIR est structurée dans le cadre présenté ci-dessous.

GIR 1 : Demandeur confiné au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants.

GIR 2 : Demandeur confiné au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ou demandeur dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente.

GIR 3 : Demandeur ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.

GIR 4 : Demandeur n'assumant pas seul ses transferts mais qui, une fois levé, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage ou demandeur n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidé pour les soins corporels et les repas.

GIR 5 : Demandeur ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

GIR 6 : Demandeur encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante.

Source : www.service-public.fr, www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr, travaux mission.

En établissement (voir *supra*, les trois modes de financement), le résident reçoit un accompagnement médical, pris en charge par l'Assurance maladie⁵⁴. Les dépenses correspondant à la prise en charge de la dépendance sont pour partie assumées par le département : celui-ci détermine le niveau minimal laissé à la charge du résident (dénommé le « talon ») et les conditions dans lesquelles les montants facturés aux résidents et éventuellement pris en charge par le département sont modulés (ou non) selon le niveau de dépendance et les revenus du résident. L'APA en établissement correspond donc à la prise en charge du tarif journalier dépendance.

⁵⁴ Ces dotations tiennent compte des profils des résidents et, en particulier, leur niveau de dépendance.

A domicile, la personne âgée dispose d'une prise en charge de ses dépenses de soins dans les conditions prévues par le droit commun. S'agissant de sa dépendance, elle dispose d'un « plan d'aide », arrêté par le département. Ce plan est constitué d'un nombre d'heures d'aides et d'accompagnement, dont le niveau et les montants pris en charge par le département sont modulés selon les revenus du bénéficiaire et selon son niveau de dépendance.

Dans les deux cas, les dépenses d'hébergement sont laissées à la charge de la personne âgée. Logiquement, à domicile, une personne âgée est réputée subvenir à ses besoins par ses propres moyens. En établissement, la personne hébergée doit ainsi acquitter un tarif hébergement comprenant les dépenses de gîte, de couvert et d'entretien. Ces montants varient selon la structure d'hébergement.

Toutefois, les personnes les plus modestes peuvent demander à bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement (ASH). En établissement, ce bénéficiaire occupera une place habilitée à l'ASH et pour laquelle le département a fixé un tarif quotidien de prise en charge, montant qu'il finance. Le bénéficiaire de l'ASH se voit prélever l'ensemble de ses revenus, sous réserve d'un reste à vivre standard (le même montant s'applique à tous les bénéficiaires de l'ASH), défini par chaque département. De plus, le bénéfice de l'ASH conduit, comme la PSD précédemment, à mettre en jeu l'obligation alimentaire auprès des proches solvables de la personne âgée. Enfin, à la suite du décès, la collectivité a la possibilité de recouvrer les montants versés sur l'actif net successoral, au-delà d'un seuil de 46 000 €. L'ASH est ainsi régulièrement présentée comme un « prêt à taux zéro » ou une « avance remboursable et sans intérêts ». Les plus modestes sont hébergés et pris en charge sans devoir liquider leurs éventuels actifs ; les montants versés sont récupérés à la suite du décès.

La prise en charge de la dépendance demeure hybride. La PSD était initialement récupérable et connaissait un faible taux de recours. La création de l'APA a conduit à cesser d'appliquer à la prestation les caractéristiques type des prestations d'aide sociale⁵⁵. **Aujourd'hui, l'APA s'apparente à une prestation de sécurité sociale.** Elle est **non contributive**, en ce que son bénéfice n'est pas soumis à une condition de cotisation préalable. Elle est **solidaire**, en ce que les soutiens accordés sont réputés modulés selon les ressources et le besoin lié à la dépendance de chaque bénéficiaire. L'APA - à domicile ou en établissement - s'inscrit dans l'adage qualifiant la dynamique solidaire portée par la sécurité sociale : « *Chacun contribue selon ses moyens, chacun reçoit selon ses besoins* »⁵⁶.

⁵⁵ Les prestations d'aide sociale sont des avances, en ce que (i) les obligés alimentaires sont rappelés à leurs devoirs vis-à-vis de leurs proches et doivent subvenir à leurs besoins ; (ii) si la personne connaît un retour à meilleure fortune (héritage par exemple ou gain divers), elle sera amenée à rembourser les soutiens perçus ; (iii) le bénéficiaire n'est pas contraint de liquéfier son patrimoine, la récupération intervient lors de la succession.

⁵⁶ Cet adage a été popularisé sous de nombreuses formes par le mouvement socialiste (A. Blanqui, E. Cabet et L. Blanc).

L'APA s'éloigne cependant d'une prestation de sécurité sociale, en ce qui concerne son financement et ses modalités de gestion ou de versement. Elle est financée, pour une partie, par la solidarité nationale (via les concours apportés aux départements par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - CNSA) et, pour une autre partie, par les finances locales (via les départements). Autre spécificité : l'APA est versée non par des organismes de sécurité sociale, mais par des collectivités territoriales, les départements qui s'appuient, le cas échéant, sur les acteurs et opérateurs.

Cette logique solidaire de sécurité sociale ne s'applique pas en ce qui concerne les soutiens subsidiaires offerts aux plus modestes, via l'ASH. Celle-ci demeure une prestation d'aide sociale qui, à l'image de la PSD, entraîne des contraintes particulières. Elle constitue avant tout une avance récupérable. Cette capacité à récupérer les montants avancés ne s'applique aujourd'hui dans sa plénitude que pour de rares soutiens et, au premier chef, à l'ASH : les soutiens d'aide sociale que sont l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou le revenu de solidarité active (RSA) ne donnent pas lieu à des modalités aussi strictes de récupération⁵⁷.

1.4.1.2. Les autres prestations sociales offertes aux personnes âgées dépendantes

Les personnes âgées bénéficient de pensions de retraite (ou de soutiens d'aide sociale via l'allocation de solidarité aux personnes âgées - ASPA ou minimum vieillesse) **et de la prise en charge de leurs dépenses de santé**, dans le même cadre que les autres assurés (intervention du régime de base et, le cas échéant, de l'organisme complémentaire).

Elles peuvent en outre bénéficier, dans les conditions de droit commun, des aides au logement (allocation de logement social - ALS ou aide personnalisée au logement - APL). Dans ce cadre, leur logement en établissement est un domicile. Les montants acquittés au titre de l'hébergement sont assimilés à des loyers. Pour en disposer, **les personnes doivent la solliciter auprès de leur organisme débiteur d'allocations familiales** (caisses d'allocations familiales ou de la mutualité sociale agricole). Ces aides au logement ont fait l'objet de réformes au cours des dernières années afin de les rendre plus réactives aux évolutions de revenus. Elles donnent donc lieu à des vérifications et régularisations plus fréquentes. **Ces soutiens sont intégralement pris en charge par l'Etat. Ils n'ont pas le caractère de prestations de sécurité sociale** : ces aides sont servies, pour le compte de l'Etat, par les organismes sociaux.

1.4.1.3. L'avantage fiscal lié aux dépenses d'hébergement : la réduction d'impôt

En cas de séjour dans un établissement pour personnes âgées dépendantes (maison de retraite, logement-foyer ou maison d'accueil), que ce soit pour le contribuable ou pour une personne de son foyer, **les dépenses effectivement réalisées sont éligibles à une réduction d'impôt** à hauteur de 25 %, dans la limite de 10 000€ par personne hébergée.

⁵⁷ Sur ces questions, voir, M. Borgetto et R. Lafore, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, LGDJ, septembre 2021 (11^{ème} édition).

Les frais engagés à domicile bénéficient d'un avantage fiscal plus important, sous la forme d'un crédit d'impôt (les montants ne pouvant être imputés sur l'impôt dû sont restitués au contribuable). Le crédit d'impôt est égal à 50 % des dépenses annuelles d'aide à domicile⁵⁸.

1.4.1.4. *Des soutiens relevant de logiques et de démarches différentes et pouvant avoir des effets divers*

La combinaison de ces soutiens gérés indépendamment les uns des autres est susceptible de poser problème, en ce qu'ils peuvent avoir des impacts inéquitables.

Ainsi, l'action par la fiscalité se caractérise par son approche assez large et générique, tant s'agissant de la déclaration des montants éligibles à avantage dans le cadre de la déclaration fiscale annuelle qu'en ce qui concerne les masses financières éligibles et le relativement faible contrôle natif dont elles font l'objet.

A contrario, l'intervention par des prestations sociales est a priori plus ciblée, en raison des conditions exigées pour ouvrir les droits, de leur caractère fortement quérable et de la capacité de ciblage supérieur des publics bénéficiaires et des dépenses prises en charge qu'elles permettent. **Elles sont donc plus pilotables, en termes financiers et d'efficacité de gestion, que les avantages fiscaux.**

Surtout, chaque dispositif s'inscrit dans un cadre particulier de détermination des ressources prises en compte (bases ressources côté social, montants imposables ou déductibles côté fiscal). Les conditions d'octroi des avantages peuvent donc différer de ce fait et leurs impacts peuvent être différents.

Au-delà de ces approches théoriques, concrètement, les soutiens envisagés ici sont soumis à des déclarations et procédures plus ou moins aisées, ce qui a un impact direct sur le taux de recours. Les demandes d'APA, d'ASH et d'aides au logement sont spécifiques et réputées lourdes. La demande d'avantage fiscal se fait dans le cadre de la démarche plus générale de déclaration des revenus, démarche qui est pour partie accompagnée (pré-remplissage de certaines mentions notamment). Ces différences de nature sont rappelées dans le tableau 2.

⁵⁸ Les plafonds annuels de dépenses sont (i) de 12 000€, majorés de 1 500€ par membre du foyer âgé de plus de 65 ans (le plafond total ne peut pas dépasser 15 000€) ; ou (ii) de 20 000€ si l'un des membres du foyer est titulaire de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion invalidité ou perçoit une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie. En cas d'emploi direct d'une aide à domicile, pour tenir compte de la charge liée à cette fonction d'employeur, le plafond annuel de dépense est fixé à 15 000€, au lieu de 12 000€ la première année.

Tableau 2 : Soutiens accordés aux personnes accueillies en établissements d’hébergement

	Nature	Financier(s)	Modalités
APA en établissement	Prestation assimilée à une prestation de sécurité sociale	CNSA et départements	Demande spécifique et complexe
ASH	Prestation récupérable d'aide sociale	Départements	Demande spécifique et complexe
Dépenses de santé	Prestation de sécurité sociale	Assurance maladie	Couverture générique
Pensions de retraite	Prestation de sécurité sociale	Assurance vieillesse	Couverture générique
ASPA ou minimum vieillesse	Prestation récupérable d'aide sociale	Assurance vieillesse et fonds de solidarité vieillesse - FSV	Demande spécifique et complexe
Aides au logement	Prestation sociale financée par l'Etat et servie par la sécurité sociale	Etat	Demande spécifique et complexe
Réduction d'impôt	Avantage fiscal	Etat	Demande dans le cadre de la déclaration annuelle

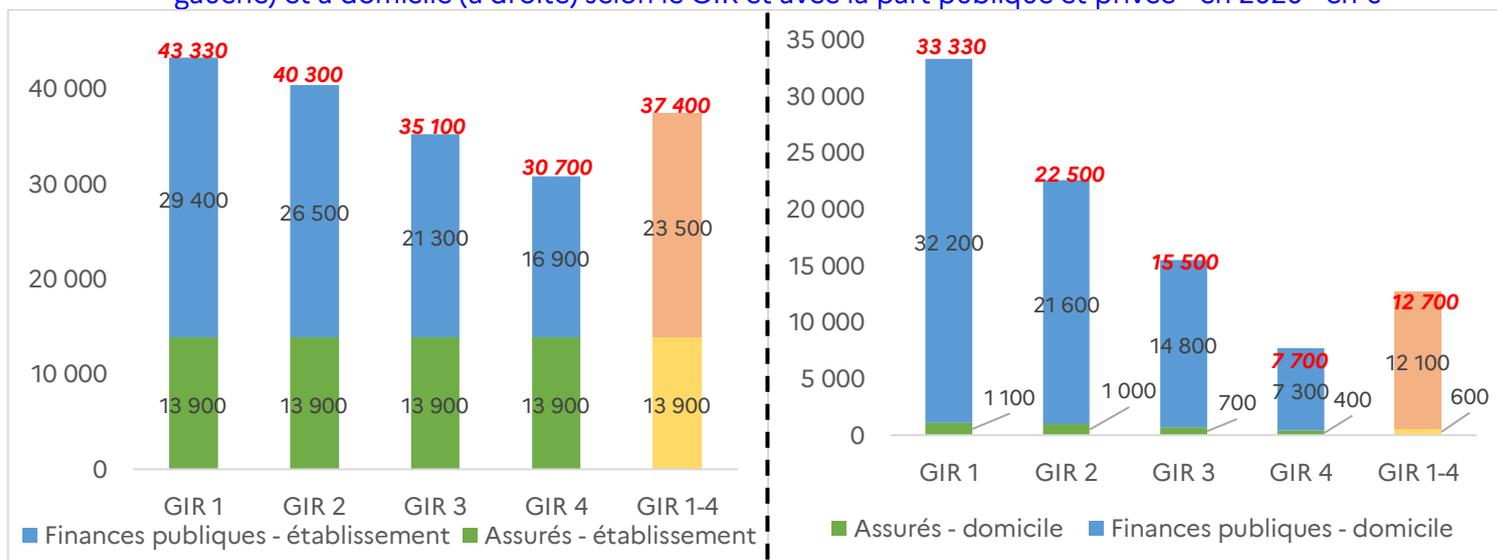
Source : Travaux mission.

1.4.2. Un système qui apparaît insuffisamment redistributif

1.4.2.1. Un maintien à domicile moins coûteux pour les finances publiques, une couverture financière plus forte qu’en établissement

Dans une approche conventionnelle et simplifiée, **le coût global de prise en charge est trois fois plus élevé en établissement qu’à domicile**. Le périmètre n’est néanmoins pas le même : les montants par GIR témoignent des différences de coût lié en établissement, à l’hébergement en particulier. La part des dépenses prises en charge par la sphère publique est de 95 % à domicile et de 63 % en établissement. Le reste à charge moyen à domicile est sans comparaison avec celui constaté en établissement (graphique 11).

Graphique 11 : Coût moyen 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 €

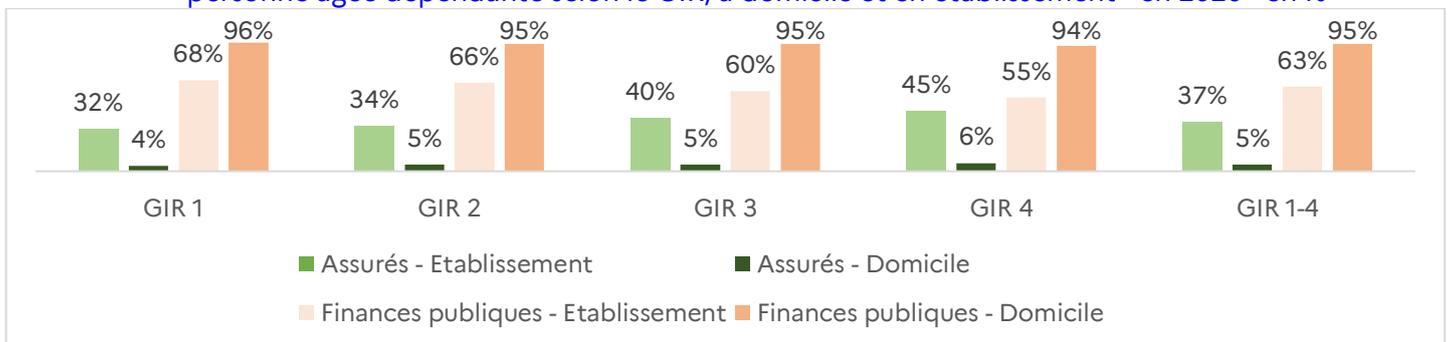


Source : Rapport d’évaluation des politiques de sécurité sociale « autonomie », édition 2023. Travaux mission.

1.4.2.2. *Un apport important des aides, peu modulées en apparence selon la dépendance, mais soutenant notamment les résidents à faibles revenus*

La part de dépense prise en charge par la puissance publique n'est pas réellement modulée selon le niveau de dépendance. Ainsi, à niveaux de dépendance différents, les dépenses ne sont pas les mêmes, mais la part prise en charge par les finances publiques est globalement équivalente, sous réserve de la différence déjà évoquée entre établissement et domicile (graphique 12). Pour autant, en 2019, 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 (voir annexe 4). La différence porte donc sur les autres objets de coûts et, au premier chef, le coût de l'hébergement.

Graphique 12 : 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.

1.4.2.3. *Les soutiens publics permettent de contenir davantage le reste à charge pour les revenus les plus modestes*

Le système soutient relativement les plus modestes : il permet de garantir un reste à charge croissant avec le revenu, en jouant sur les différentes aides ouvertes aux bénéficiaires. Ces données demeurent néanmoins des approches moyennes et simulées : elles dissimulent des situations contrastées⁵⁹.

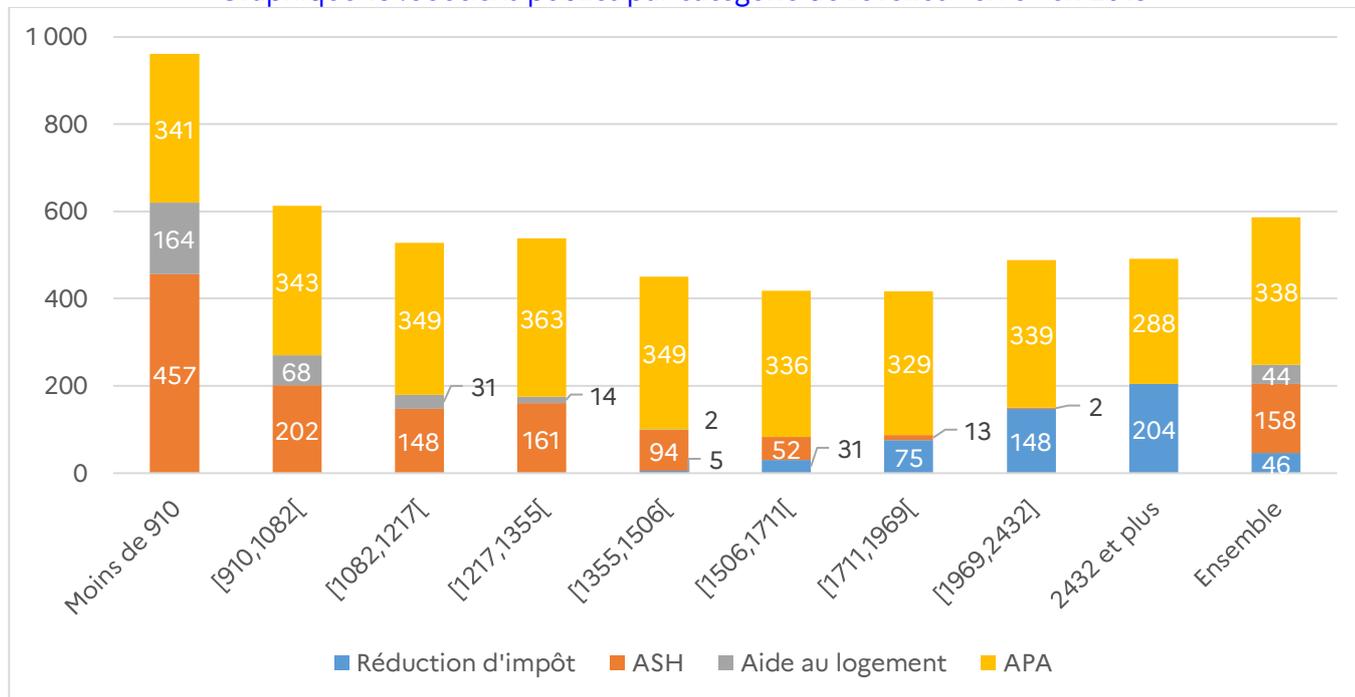
1.4.2.4. *Mais la combinaison des soutiens a des effets paradoxaux, en ce que les aides sont importantes pour les bas et les hauts revenus, mais relativement moindres pour les revenus moyens*

La courbe des soutiens 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

⁵⁹ Voir annexe 4 - graphique 62, p. 57.

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 13) ⁶⁰.

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



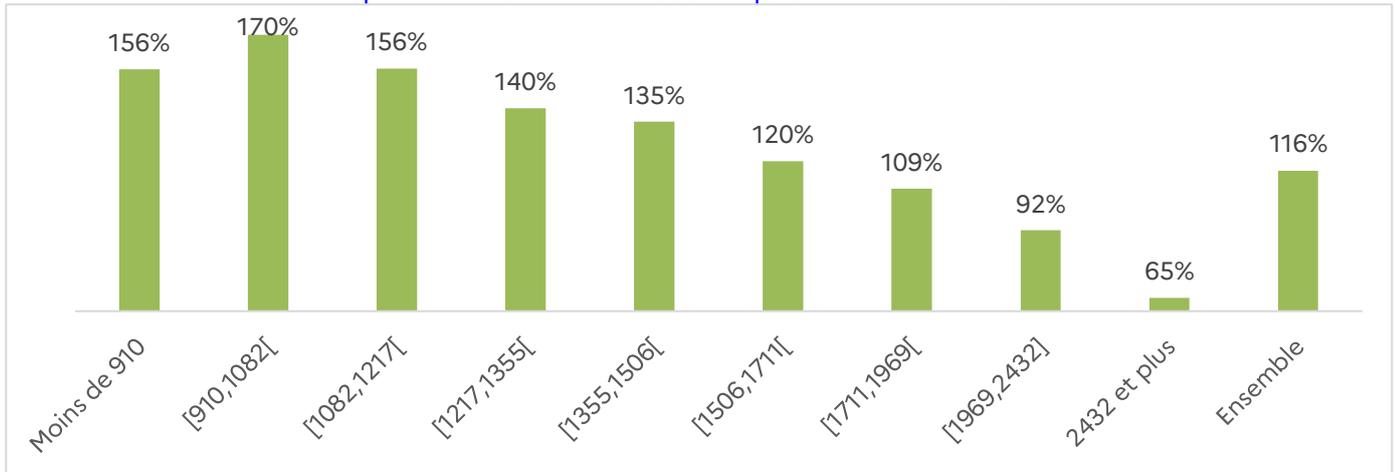
Source : DREES, Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ?, juillet 2022 (Enquête CARE-Institutions 2016 appariée aux données socio-fiscales, enquête Aide sociale 2019, prix ESMS 2019 de la CNSA, modèle Autonomix, DREES) Travaux mission. Champ : Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant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

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

Ainsi, si l'apport de la puissance publique 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 14).

⁶⁰ De plus, 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.

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



Source : Ibid graphique 13

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

1.4.3.1. Trois quarts des résidents en EHPAD ne peuvent payer leur séjour avec leurs seuls revenus courants, mais le « taux de recours » à l'ASH est limité et pose question

Le recours à l'ASH est particulièrement réduit : 21 % des résidents en EHPAD bénéficient de l'ASH alors que 76 % des résidents ne disposent pas de revenus courants leur permettant de couvrir les dépenses d'hébergement⁶¹. **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 largement des *terra incognita*.** L'ASH entraîne un contrôle social important qui concerne 108 000 personnes en 2019 sur les 610 700 personnes âgées accueillies dans des structures d'hébergement.

Le recours effectif à l'ASH pose question. La part des bénéficiaires de l'ASH décroît avec les revenus. Mais on dénombre encore 5 % de bénéficiaires de l'ASH dans les ménages ayant entre 1 711 et 1 969€ de revenus mensuels. **Les déterminants du recours à l'ASH sont donc peu connus et analysés.** Le recours à l'ASH est peu apprécié en ce qu'il correspondrait à **un choix individuel**. En l'état actuel du dispositif d'accompagnement et d'information des bénéficiaires (en construction, sinon incertain), cette perception ne manque pas d'étonner. **Le cadre actuel exige des personnes âgées en perte forte d'autonomie et de leurs proches, avec des revenus souvent (très) modestes et des niveaux de diplôme moindres, de prendre une décision sur un soutien complexe et peu clair, dont les impacts peuvent être déterminants,** tant pour la personne hébergée que pour ses proches.

⁶¹ Voir annexe 4 - graphique 73, p. 67.

1.4.3.2. *Le dispositif d'aide sociale à l'hébergement repose largement sur un financement assuré par une solidarité entre bénéficiaires de l'ASH*

L'analyse conduit à tempérer l'image d'une ASH revêtant une dimension de « prêt à taux zéro » ou d'« avance ». Par définition, toutes les prestations servies au titre de l'ASH ne sont pas récupérées, soit que les obligés alimentaires soient insolvables, soit que l'actif net successoral ne permette pas cette récupération. Une part incompressible des dépenses d'ASH est donc financée par les départements, à partir de leurs ressources propres.

Une des principales sources de financement de l'ASH est constituée des récupérations auprès des bénéficiaires « solvables » du fait de leurs revenus, de la solvabilité de leurs obligés alimentaires ou encore de l'importance - relative cependant - de l'actif net successoral laissé à la suite de leur trépas. Ces bénéficiaires apportent deux cinquièmes des masses financières mobilisées au titre de l'ASH (graphique 15).

Graphique 15 : Financement des dépenses d'ASH - par type de contributeur - en % - en 2018

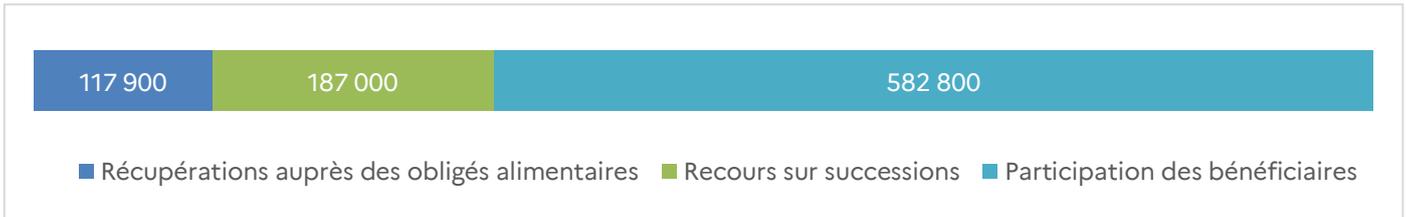


Source : DREES, enquête Aide sociale. Travaux mission.

Ces bénéficiaires se voient appliquer dans toute sa rigueur la récupération. Tous leurs revenus sont prélevés. Le reste à vivre qui leur est laissé est équivalent à celui des personnes n'ayant aucune ressource : qu'un individu bénéficie de l'ASPA ou d'une petite retraite, il aura le même reste à vivre. Le travail est donc rémunérateur, sauf pour une personne modeste ayant une petite ou une toute petite retraite et devenant dépendante. Avec l'ASH, elle a malheureusement l'assurance, dans la plupart des cas, d'avoir un reste à vivre faible, de voir ses obligés alimentaires sollicités et sa succession diminuée, du seul fait de sa situation de dépendance et des sommes engagées pour y faire face.

Les fonds récupérés le sont avant tout sur les revenus des résidents, première source de financement par les bénéficiaires, avant l'obligation alimentaire et les récupérations sur successions (graphique 16). Les modes de gestion de ces récupérations par les départements constituent un point d'attention supplémentaire.

Graphique 16 : Dépenses d'ASH financées par les ménages - par mode de financement - en milliers € - en 2018



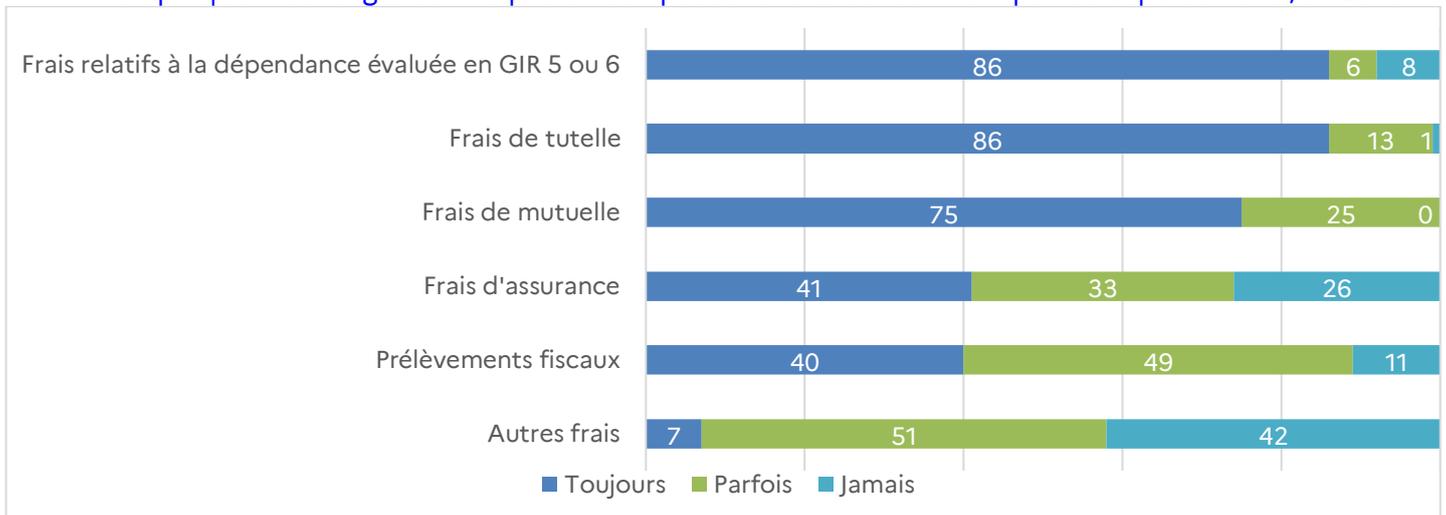
Source : DREES, enquête Aide sociale. Travaux mission.

1.4.3.3. L'ASH est une prestation départementale donnant lieu à des règles et des pratiques hétérogènes

En 2020, les dépenses d'ASH par bénéficiaire varient, selon les départements, dans un rapport de 1 à 6 (de 5 400€ à 29 000€ annuels). Une première analyse des territoires généreux ou plus économes, effectuée par la mission, ne fait pas apparaître de lien évident entre le niveau de dépenses et de bénéficiaires et l'intensité de la pauvreté dans le territoire considéré. Cette analyse - inédite sauf erreur - mériterait sans doute d'être approfondie.

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 (graphique 17).

Graphique 17 : Charges et frais pris en compte dans le calcul de l'ASH par les départements, en 2018



Source : DREES, enquête Aide sociale. Travaux mission.

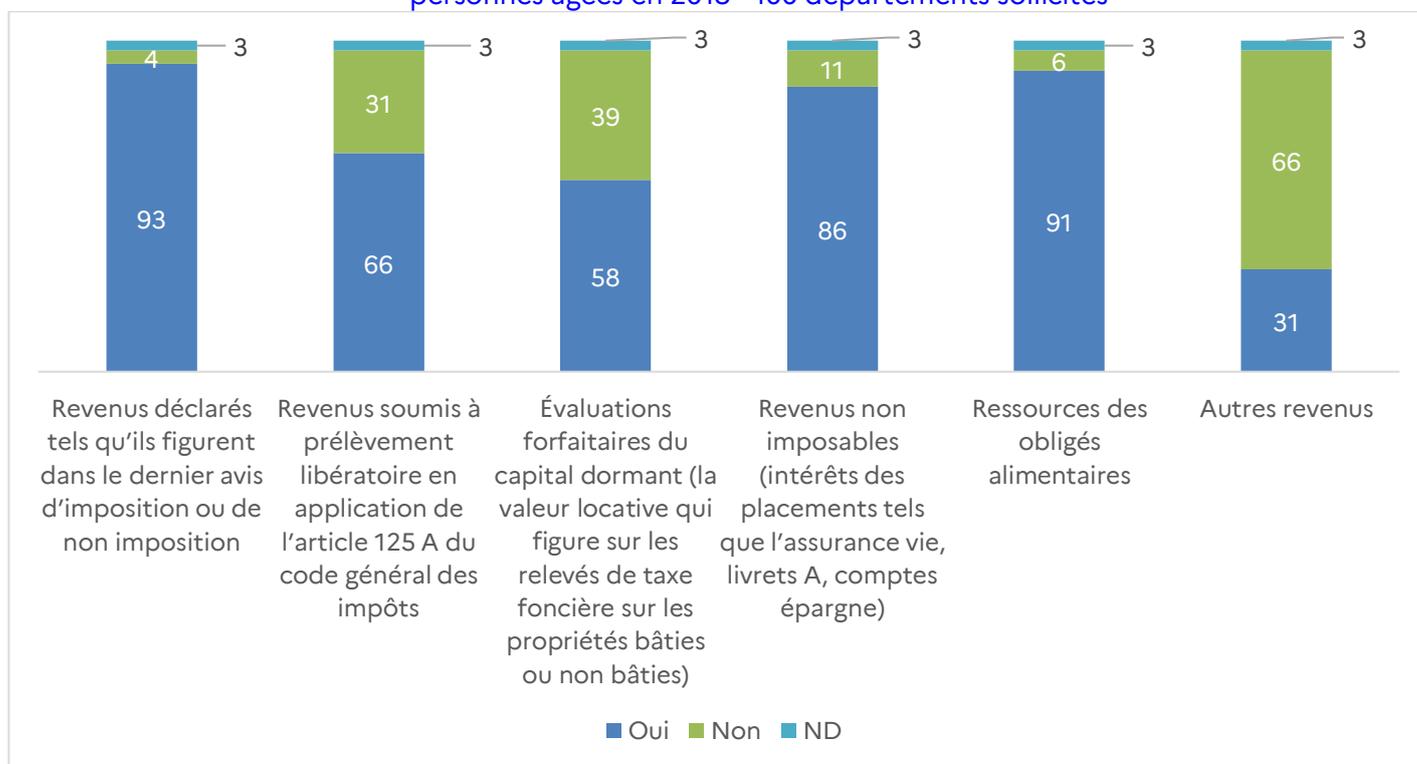
Une autre enquête confirme la prise en charge incertaine des frais relatifs à la dépendance des GIR 5 et 6 dans le reste à vivre de l'ASH. Par ailleurs, certains départements indiquent ne pas pratiquer le recours sur succession⁶².

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

⁶² Voir annexe 4 - graphique 82, p. 72.

commune à l'ensemble des cas d'ouverture de droits à *minima* sociaux. Si des différences sont souvent constatées entre bases ressources⁶³, force est de constater que **les départements, en l'absence de cadre national partagé, font preuve d'une grande créativité dans les ressources prises en compte : chaque territoire définit ainsi sa propre vision de la solidarité.** 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 18). L'octroi de ce *minimum* social départemental constitue un autre angle mort dans le pilotage des politiques publiques de soutien, ce qui ne facilite pas une réponse globale adaptée aux besoins et tenant compte de l'ensemble des ressources⁶⁴.

Graphique 18 : 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.

⁶³ 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.

⁶⁴ 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.

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

1.5.1. L’analyse de cas concrets, source majeure d’enseignements et de confirmation des analyses développées par la mission

Les données analysées sont souvent des valeurs moyennes qui dissimulent des différences territoriales et les modalités dans lesquelles les soutiens et coûts s’appliquent concrètement.

Forte de ces constats, la mission a demandé à des EHPAD de lui faire part de cas de prise en charge concrets (tableau 3). Ces cas sont représentatifs des limites du système actuel.

Dans l’EHPAD de X, **Madame A est contrainte de désépargner. Dans le même temps, Madame G avec des revenus modestes dispose d’un reste à vivre supérieur à ses revenus mensuels et Monsieur S, qui a des revenus importants, est relativement peu mis à contribution.** Cela est le reflet de tarifs de même niveau pratiqués en termes d’hébergement et de coût de dépendance.

Dans l’EHPAD de Y, la combinaison de différents niveaux de GIR et de ressources fait ressortir les contrastes importants existant dans les coûts et les ressources restant à des résidents ayant des profils de dépendance et de ressources différents, différences qui semblent insuffisamment prises en compte dans le système actuel.

Tableau 3 : Six exemples de résidents dans deux EHPAD différents du même département

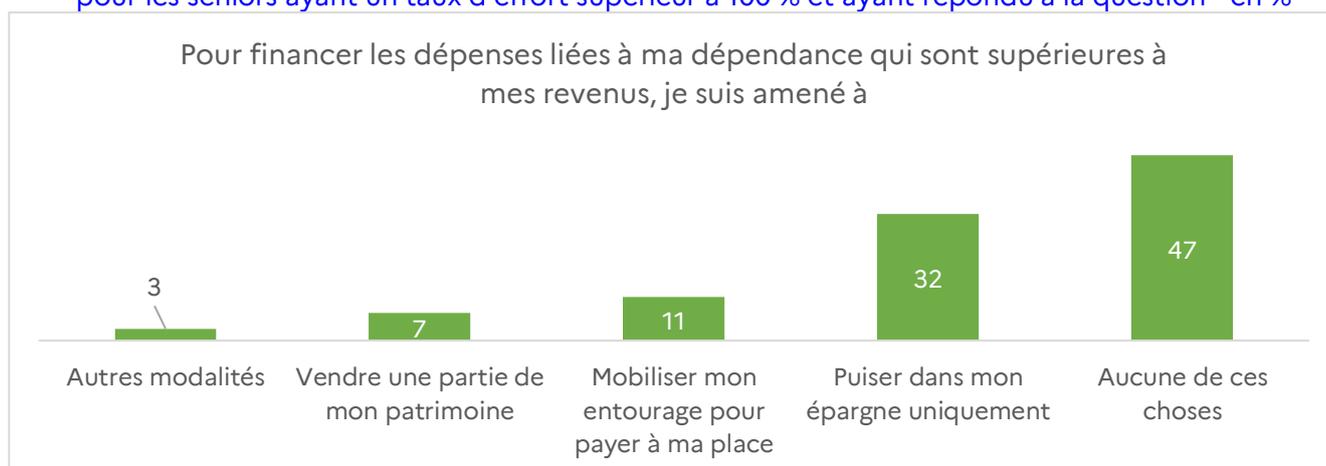
	Ehpad territorial de X			Ehpad territorial de Y		
	Mme G	Mme A	M. S	Mme T	Mme M	Mme L
GIR	1	1	1	2	3	4
Revenus Mensuels	93,0	1 332,0	3 596,0	962,0	1 378,0	3 080,0
Talon APA (ticket modérateur) / jour	5,5	5,5	5,5	5,6	5,6	5,6
Tarif dépendance/jour	15,1	15,1	15,1	15,3	7,7	7,7
Total Tarif dépendance/jour	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 : Données transmises par des EHPAD. Travaux mission.

1.5.2. L’invocation de la responsabilité individuelle ou familiale ne correspond pas au système actuel dans lequel le contrôle social très fort coexiste avec des arrangements informels

Le reste à charge conduit actuellement tous les résidents à des arrangements informels qu’il conviendrait d’encadrer et de réguler. Les conditions dans lesquelles les résidents font face à leur reste à charge sont peu connues. Les travaux de la DREES proposent de premières indications. Le financement de ce surcoût est assuré *a priori* au premier chef par l’épargne, mais la principale réponse est pragmatique et reflète des pratiques actuelles (graphique 19).

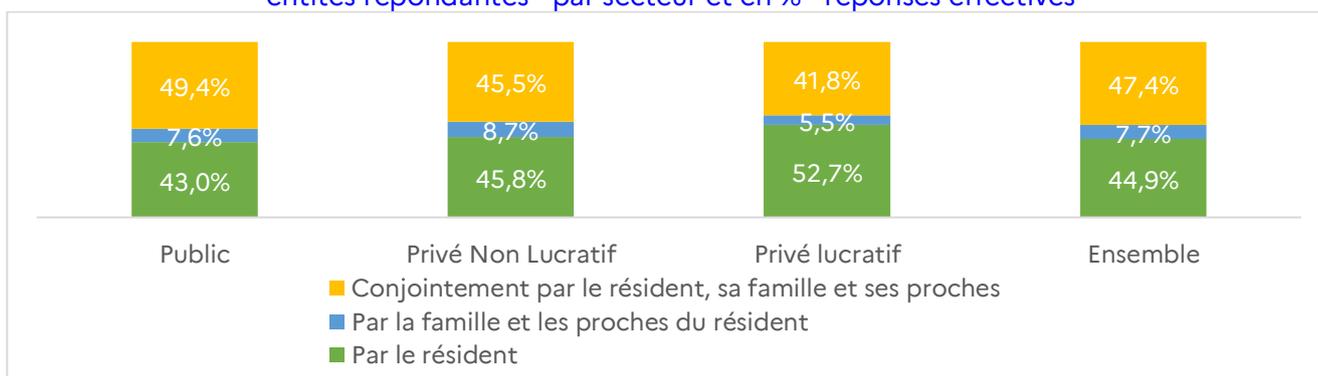
Graphique 19 : Répartition des moyens utilisés pour financer les dépenses liées à la perte d'autonomie pour les seniors ayant un taux d'effort supérieur à 100 % et ayant répondu à la question - en %



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.

L’enquête menée par la mission révèle un financement très mixte des séjours (graphique 20).

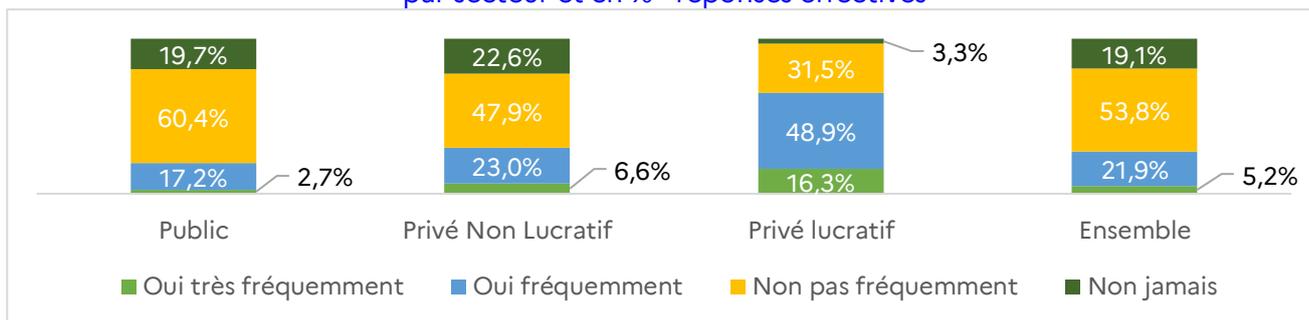
Graphique 20 : Appréciation du mode de financement du coût du séjour du résident par les entités répondantes - par secteur et en % - réponses effectives



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 908 renseignés.

L’enquête permet également d’apprécier **les cas de refus de séjour du fait de son coût. Ils concernent au moins un résident potentiel sur cinq** (graphique 21).

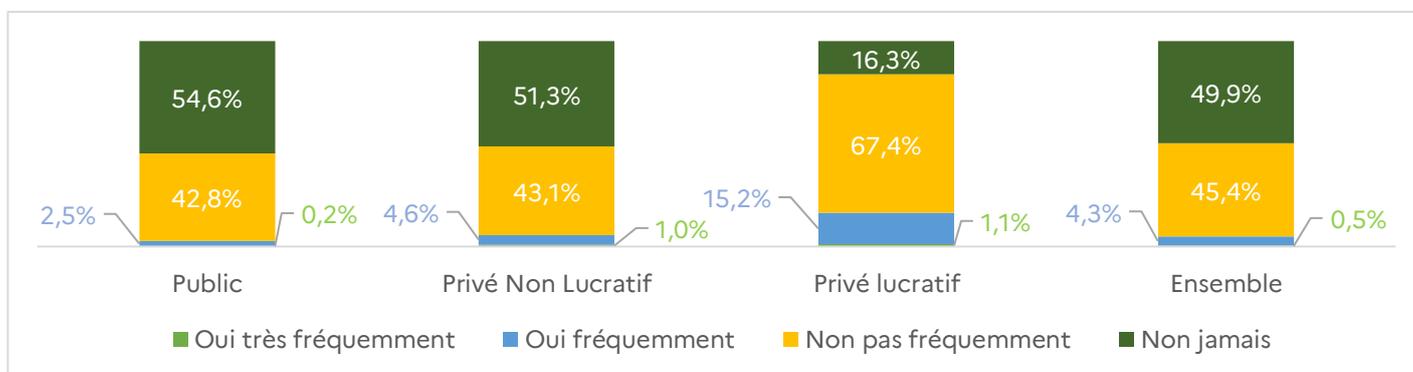
Graphique 21 :Appréciation du refus de séjour dans la structure répondante du fait du reste à charge - par secteur et en % - réponses effectives



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 997 renseignés.

Les cas de départs de la structure d'hébergement du fait d'une incapacité à financer le séjour sont rares, mais non nuls, notamment dans le secteur privé lucratif (graphique 22).

Graphique 22 : Appréciation des départs de la structure répondante du fait du reste à charge - par secteur et en % - réponses effectives



Source : Enquête, traitement et travaux mission. 1 530 répondants dont 1 007 renseignés.

Les travaux mettent en avant le caractère central de l'accessibilité financière à l'établissement. Le cadre actuel apparaît très paradoxal :

- ◆ si l'individu recourt - de manière plus ou moins éclairée et en ayant plus ou moins conscience de ses effets - à l'ASH, il est l'objet d'un contrôle social très fort, en ce que ses ressources sont préemptées, son reste à vivre est encadré, sa famille est sollicitée et mise à contribution et sa succession permettra, le cas échéant, de solder la dette contractée ;
- ◆ si l'individu ne recourt pas à l'ASH, la liberté laissée est totale⁶⁵ : les pouvoirs publics le laissent libre de trouver, seul ou avec ses proches, les modalités de nature à lui permettre de financer son séjour.

Le faux « voile d'ignorance » mis en place dans ce second cas est, dans une large part, contestable et fictif. En effet, tous les établissements accueillant un résident lui demandent de produire des garanties. Dans le cas où il ne présente pas une solvabilité suffisante, il est demandé à ses proches de se porter garants.

⁶⁵ Cette liberté s'exerce cependant dans les limites actuelles posées par le droit civil (dispositions régissant les couples et les familles) et sous le contrôle du juge, le cas échéant.

L'enquête conduite par la mission met en avant les difficultés de paiement rencontrés par les établissements, qui sont fréquentes (pour plus du tiers des établissements et qui concernent le plus souvent au moins 50% de leurs résidents – voir annexe 6) et le plus souvent réglées par les proches.

L'intervention de proches et la mise en place d'arrangements familiaux occupent une place sans doute importante. Or, ce choix n'est pas sans effet sur la situation éventuelle lors de la succession. Comme le ferait le département recouvrant l'ASH, le proche ayant financé le séjour en EHPAD est en droit de récupérer sur l'actif net successoral les montants payés ou avancés, ce qui peut créer des conflits lors de la succession, si l'arrangement informel n'a pas associé *ex ante* l'ensemble des héritiers.

Ainsi, dans un dispositif où 63 % des coûts sont pris en charge par des collectivités publiques, il existe un contraste significatif entre :

- ♦ une procédure d'ASH qui, si elle est totalement appliquée, met en place un contrôle social complet sur l'ensemble des ressources des personnes et de leurs héritiers, du seul fait qu'elles ont des faibles ressources et qu'elles sont bénéficiaires d'une aide sociale ;
- ♦ un fonctionnement informel sans règle *ex ante* de la prise en charge *intra*-familiale des personnes âgées dépendantes qui ne sollicitent pas l'ASH, mais bénéficient par ailleurs d'autres dispositifs fiscaux et sociaux, qui ne prennent pas - ou quasiment pas - en compte la dimension patrimoniale.

Dans les deux cas, d'ailleurs, la visibilité de ces soutiens à l'entrée en EHPAD est très faible.

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

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

Tout au long de ses travaux, la mission a pris conscience des difficultés rencontrées par les structures d'hébergement. Une part de ces difficultés est d'ordre structurel. Elle a trait notamment aux **niveaux actuels des tarifs**, notamment pour les établissements ayant des **places habilitées à l'aide sociale** et n'ayant pas la capacité de moduler les tarifs.

Au-delà, **des établissements rencontrent des difficultés d'ordre *a priori* plus conjoncturel.** L'année 2023 a été marquée par **la fin de la garantie de financement** apportée dans le cadre de la crise sanitaire. De plus, ils ont pu obtenir **des échéanciers de paiement** de leurs obligations fiscales et sociales pendant la crise **qu'ils doivent désormais honorer.** De même, certaines structures peuvent avoir bénéficié de **prêts garantis par l'Etat.** Ces tensions sur les charges sont accentuées du fait de **l'inflation** qui renchérit le coût des consommations intermédiaires.

De plus, les établissements sont confrontés à **des tensions de recrutement**. Celles-ci ont des effets en ce que le coût de l'intérim est supérieur à celui de l'emploi permanent. Le *turn-over* des salariés est également source de surcoûts. De plus, ces fragilités de ressources humaines peuvent avoir des effets non seulement sur la qualité de la prise en charge mais aussi sur les capacités. **Plusieurs exemples d'établissements ne pouvant ouvrir à pleine capacité du fait de ces tensions ont été avancés à la mission. A contrario, dans certains territoires, à la suite de la mortalité élevée du fait de la COVID 19, les établissements présentent des places vacantes, du fait de l'insuffisante demande.**

Ces tensions doivent impérativement être analysées, anticipées et accompagnées par les pouvoirs publics. Elles peuvent conduire à une hausse du reste à charge. Elles peuvent en outre entraîner la **disparition d'acteurs ou encore des rachats de structures en difficulté** par des acteurs susceptibles d'avoir une influence déterminante à terme sur les conditions de prise en charge ou de tarif dans certains territoires.

1.6.2. Les acteurs font état de difficultés et d'un système qui, sous plusieurs aspects, semble à bout de souffle

Les résultats de l'enquête menée par la mission, à laquelle ont répondu plus de 1 500 structures, soulignent combien le système actuel est, à de nombreux égards, à bout de souffle.

Les répondants demandent de manière unanime une simplification. **Plus de 75 % des répondants effectifs se prononcent ainsi en faveur d'une fusion des sections « soins » et « dépendance ».**

Plus de 80 % des répondants effectifs considèrent qu'avoir un financeur unique est une priorité.

Pour 63 % des répondants, ce financeur unique serait l'Agence Régionale de Santé, devant le département (20 %) et la CNSA (13 %).

L'annexe 6 détaille les résultats de cette enquête. Elle révèle une **volonté forte des établissements d'accompagner leurs résidents, mais une difficulté à le faire de manière efficace,** faute de lisibilité et de capacité à maîtriser un système complexe. Les acteurs font aussi état **des difficultés fortes que rencontrent les résidents dans l'accès aux droits de manière effective** (procédures et délais) **et de manière plus indirecte,** du fait de la représentation qu'ils en ont et qu'ils transmettent à leurs résidents et à leurs proches.

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

1.6.3.1. Le contexte des finances publiques

Une réforme, surtout dans le champ du grand âge, est susceptible de mobiliser des masses financières importantes. La politique actuelle du Gouvernement vise à maîtriser les finances publiques, en écartant de nouveaux prélèvements obligatoires et en cherchant des pistes

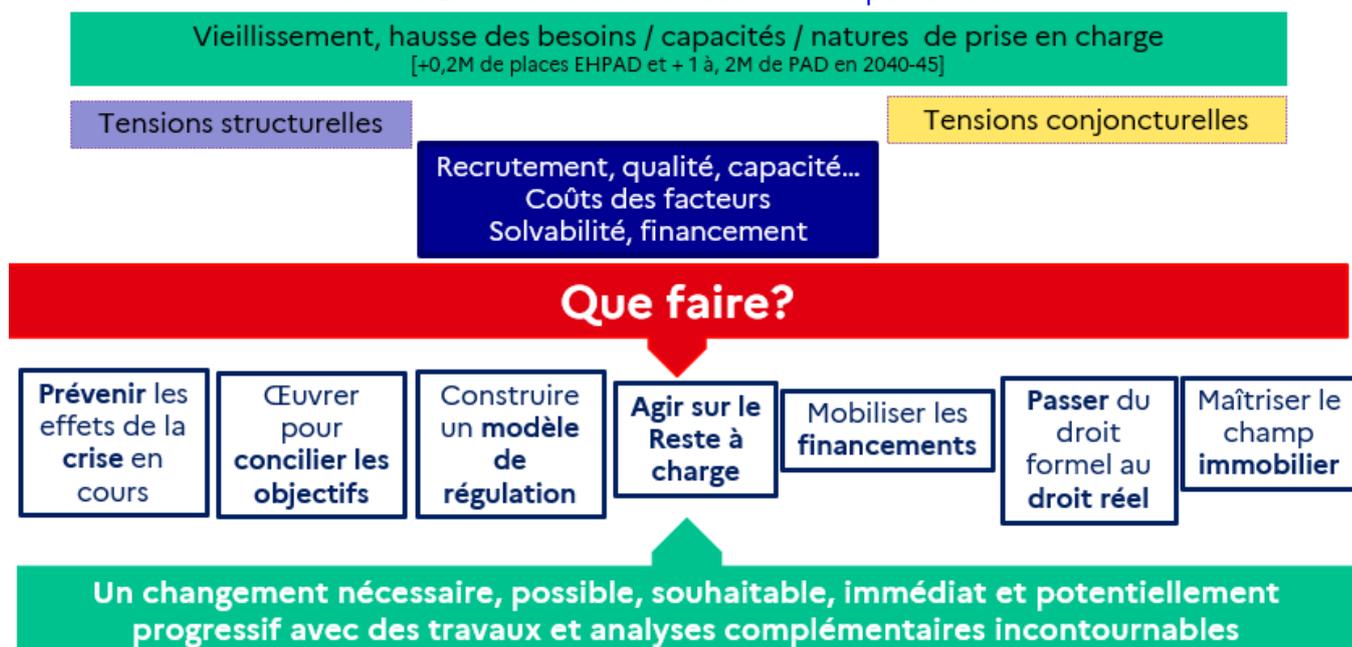
d'économies. **Le rapport tient compte de ce contexte.** Il souligne que les évolutions proposées seraient susceptibles d'être conduites progressivement, à condition de viser une cible adaptée aux enjeux, après près d'une vingtaine d'années de tergiversations. Il part du cadre assigné à la mission, soit le vote d'une mesure de transformation d'une réduction d'impôt en un crédit d'impôt dont l'impact serait compris entre 650 M€ (hypothèse basse) à 1,3 Md€ (hypothèse haute de recours intégral), hors année de mise en œuvre. La mission considère que les montants mobilisables sont *a minima* de l'ordre de 882 M€ (données à mettre à jour – voir encadré 6). Elle souligne au-delà qu'il existe des pistes de nature à permettre de financer les évolutions qu'elle porte sur une ou plusieurs années. **Les propositions formulées sont, à cet égard, crédibles et documentées, sous réserve de travaux complémentaires de simulations et de chiffrages.** Elles sont cohérentes avec la commande formulée dans la lettre de mission.

1.6.3.2. Un changement nécessaire, multidimensionnel et progressif

La mission défend des options dont l'ambition est à la hauteur des enjeux. Comme le souligne la lettre de mission, **viser la seule baisse du reste à charge peut s'avérer contreproductif** : à pilotage et régulation inchangés, le financement supplémentaire risquerait d'être absorbé rapidement par des acteurs publics ou privés cherchant activement des marges de manœuvre.

L'approche doit donc nécessairement être multidimensionnelle et plurielle. Elle doit en outre proposer **un changement rapide, mais accessible.** Dans cet esprit, la mission propose le plus souvent des mesures présentant des niveaux d'ambition variables, dont certaines peuvent se construire par étapes. Le rapport recommande toutefois une approche cible. Ce cadre de changement est retracé ci-après (schéma 2).

Schéma 2 : Cadre de réflexion retenu par la mission



Source : Mission

2. La nécessité d’agir sur le reste à charge justifie des actions préalables et, au-delà, une action d’ensemble sur les acteurs et une évolution forte de l’action publique

La seule action sur le reste à charge serait vaine à deux égards :

- ◆ La mobilisation de nouveaux financements pourrait, à système constant, être absorbée par les acteurs ;
- ◆ Elle ne permettrait pas de contribuer à l’objectif même qu’elle poursuit : garantir une prise en charge solidaire, adaptée et de qualité aux seniors qui quittent leur domicile pour vivre dans une structure d’hébergement.

La mission n’avait pas vocation à réaliser un exercice de prospective sur le devenir des EHPAD ou le futur de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Pour autant, elle observe que ces établissements deviennent des structures médico-sociales avec une dominante sanitaire affirmée accueillant les personnes présentant les degrés les plus prononcés de dépendance. La transition épidémiologique à l’œuvre et la hausse des situations de dépendance laissent présager une poursuite de ce phénomène.

Il est important qu’elles soient aussi pleinement conçues et gérées comme **des lieux de vie**. Le séjour en établissement est rarement un choix, il intervient le plus souvent dans un parcours jalonné de ruptures ou de difficultés, comme un diagnostic médical ou le décès d’un proche. La vie en établissement ne doit pas apparaître comme la dernière étape avant le décès, mais bien comme une nouvelle étape de la vie, faite aussi de plaisirs et en communauté. C’est aussi à cette aune que le financement des établissements doit être apprécié.

Si les différents profils des résidents justifient la spécificité des structures, ils n’empêchent ni la régulation, ni le contrôle. Ces établissements sont, par nature, des entités médico-sociales et sanitaires qui doivent être accessibles à tous.

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

Les établissements sont soumis à des contraintes qui fragilisent leur activité (voir *supra*, 1.6.1). Cette situation est porteuse de **deux risques distincts** :

- ◆ **La disparition des structures en difficulté, qui réduirait à due proportion l’offre de prise en charge dans le territoire considéré ;**
- ◆ **La substitution d’une offre privée à une offre publique : les établissements publics présentant des atouts (par exemple au regard de leur localisation, leur coût, etc.) pourraient être rachetés par des structures privées, qui bénéficient notamment de davantage de moyens et de conditions d’emprunt favorables.**

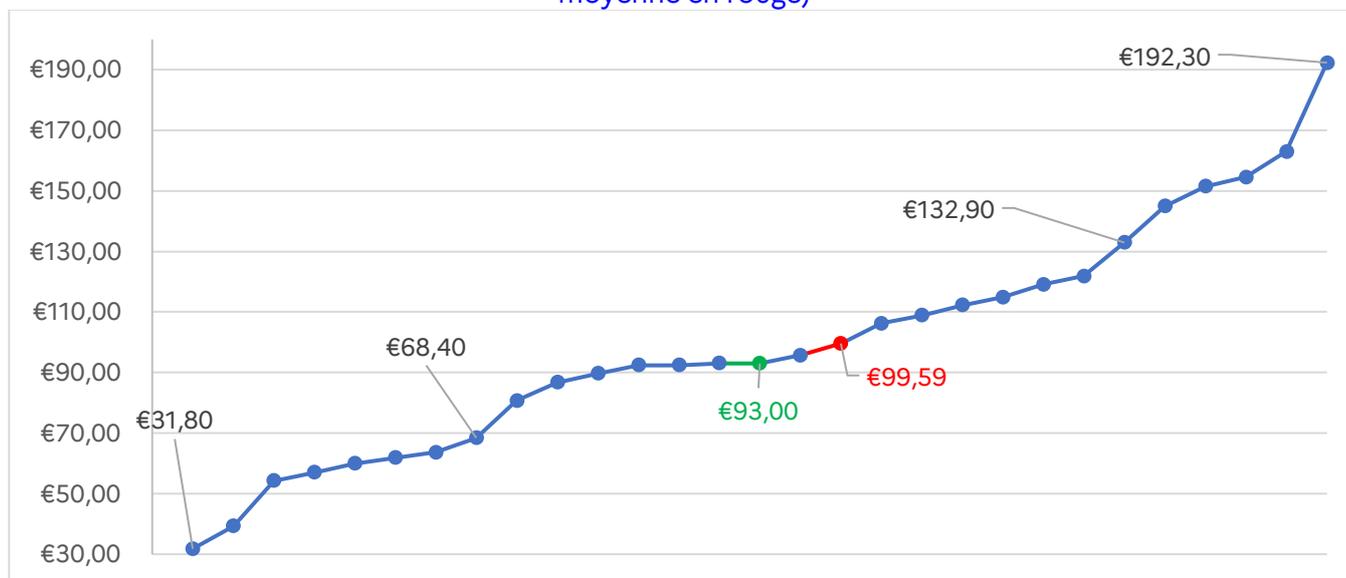
Les différents interlocuteurs de la mission ont souligné ces difficultés et leurs impacts éventuels sur les tarifs. L’exposition des résidents aux hausses de tarif est variable en ce qu’une part est

maîtrisée par le département (dépendance) et une autre peut être déterminée par les établissements (hébergement – dans la limite des tarifs autorisés pour les places habilitées à l’ASH).

Le contexte actuel de tensions sur les prix et le coût des facteurs conduit à de très fortes hausses qui vont se traduire par des hausses potentiellement très prononcées du reste à charge.

La mission a pu disposer de la situation dans un département. Les hausses constatées dans les 29 établissements (un quart sont des établissements privés et trois quarts des entités publiques) sont certes variables mais globalement très prononcées. La hausse médiane est de 93,00€ mais la hausse moyenne est de 99,59€. Entre la plus basse et la plus haute augmentation mensuelle, le rapport est de 1 à 6. Dans tous les cas, la hausse mensuelle pour un résident en GIR1 est très prononcée (graphique 23).

Graphique 23 : Evolution des tarifs mensuels (hébergement et dépendance) pour un résident en GIR 1 dans un département de France métropolitaine (29 établissements – valeur médiane en vert et moyenne en rouge)



Source : données départementales, travaux mission

Les établissements ont été soutenus par l’Etat, pendant et à l’issue de la crise sanitaire. Outre les dispositifs de droit commun (report d’échéances sociales et fiscales, prêts garantis, chômage partiel en particulier), les structures d’hébergement ont bénéficié de deux types de soutien : la garantie de financement et l’accompagnement financier des mesures de revalorisation des rémunérations⁶⁶.

Le cadre de pilotage actuel du secteur médico-social conduit à identifier par ailleurs un risque de fonctionnement en silo et de dispersion des soutiens publics, sans identification commune et partagée des structures devant être aidées. En effet, les collectivités territoriales (régions,

⁶⁶ Voir notamment les revalorisations salariales prévues par les deux accords du « Ségur de la santé » du 21 juillet 2020, les accords dits Laforcade du 28 mai 2021 et la conférence des métiers de l’accompagnement social et médico-social du 18 février 2022.

départements, communes et EPCI) peuvent être amenées à accompagner financièrement les établissements confrontés à des tensions. Ceux-ci peuvent également solliciter les agences régionales de santé (octroi de crédits non reconductibles - CNR, mobilisation du fonds d'intervention régionale - FIR). De plus, comme tout cotisant et redevable en difficulté, les structures peuvent solliciter des délais et échéanciers de paiement auprès de l'administration fiscale et des organismes de recouvrement social.

Dans ce contexte, la mission suggère **d'élaborer une méthode commune de prévention, d'analyse et de résolution des difficultés des structures**, passant par l'analyse des états comptables, du niveau de fréquentation des structures, et à partir de ratios et indicateurs de risque à calculer pour chaque dossier apprécié. Cette méthode serait élaborée par la CNSA, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), en lien avec les autres administrations compétentes⁶⁷ et des représentants des services départementaux.

Au-delà, un cadre commun d'analyse concertée et coordonnée des difficultés devrait être mise en œuvre. Il doit logiquement partir de l'existant et s'appuyer sur la Commission des chefs de services financiers (CCSF) qui réunit les représentants des créanciers publics⁶⁸. Il est proposé **de créer une commission d'examen des difficultés des établissements médico sociaux (CoDiffEMS)**⁶⁹. Cette instance serait codirigée par un représentant de l'Agence régional de santé (ARS) dans le département et un représentant du conseil départemental. Elle associerait, en tant que de besoin, un représentant de la CCSF et les autres acteurs (communes, région, représentants sectoriels).

La CoDiffEMS constituerait l'unique voie de saisine des acteurs publics par les établissements. Sa création serait portée à la connaissance des structures par leurs représentants. Un modèle type de saisine serait élaboré afin de faciliter les échanges (demande des comptes dans un cadre standard et formulaire type d'information). Chaque CoDiffEMS serait susceptible d'être saisie *via* une adresse électronique dédiée.

La CoDiffEMS serait chargée de l'analyse de la situation de l'établissement. Cette analyse serait assortie de recommandations pour l'établissement et les décideurs publics. Elle interviendrait par ailleurs, en lien avec la CCSF, pour accorder des reports d'échéance et l'étalement des obligations sociales et fiscales. Elle devrait en outre entretenir des liens avec les établissements financiers susceptibles de soutenir les entités au regard de leur stratégie territoriale d'intervention (Banque des territoires par exemple ou autres réseaux bancaires). La CoDiffEMS

⁶⁷ La Direction générale des finances publiques (DGFiP), la Direction de la sécurité sociale (DSS) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) pourraient ainsi être sollicitées.

⁶⁸ Soit les directeurs des services fiscaux, de l'Urssaf et des représentants des différents régimes de Sécurité sociale obligatoires de base. Elle est présidée par le directeur départemental des finances publiques.

⁶⁹ La mission n'a analysé que les difficultés rencontrées par les structures d'hébergement du champ du grand âge. Les difficultés pourraient être partagées par les autres structures d'hébergement (personnes handicapées, enfance, autres publics en grande fragilité sociale), voire par les services intervenant auprès de ces publics. Dans ce cadre, le champ de la commission pourrait être élargi à l'ensemble du champ médicosocial et aux services. La commission d'examen des difficultés des établissements médico sociaux (CoDiffEMS) deviendrait la commission d'examen des difficultés des établissements et services médico sociaux (CoDiffESMS).

pourrait prendre connaissance des plans de soutien à l'investissement arrêtés au niveau national et des interventions spécifiques mises en œuvre par certains acteurs (Caisse des dépôts et consignations)⁷⁰.

Cette instance serait créée par voie d'instruction administrative et de recommandation du ministère en charge des affaires sociales et des représentants des départements⁷¹. Elle pourrait ensuite trouver une traduction législative lors du prochain projet de la loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), notamment si l'ampleur des difficultés justifiait par exemple, la création d'un fonds de soutien au sein de la CNSA.

Chaque instance départementale devrait rendre compte de son activité dans un cadre standard afin de faciliter une consolidation trimestrielle de cette activité de soutien au niveau national. Cette mission d'animation et de capitalisation pourrait être confiée à la CNSA ou à la DGCS, et serait prise en compte dans les ressources allouées à l'entité la prenant en charge aux niveaux local et national.

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

Comme le révèle l'enquête conduite par la mission (annexe 6) mais aussi nombre de travaux, le système actuel de pilotage, de régulation et de gouvernance semble à bout de souffle.

Alors que les besoins vont croissants et que la contribution publique à la couverture du risque de perte d'autonomie augmente, garantir le bon usage des deniers publics et promouvoir de meilleures organisations, tant des acteurs opérationnels que des structures de régulation, de financement et de pilotage revêt un caractère impérieux. Ces changements ont trop longtemps été différés, faute d'accord entre les acteurs et de volonté politique claire.

Ils sont pourtant plébiscités par la grande majorité des établissements et de leurs représentants, et constituent un élément incontournable de simplification et de clarification pour les citoyens, et plus particulièrement pour les personnes âgées et leurs familles.

L'approche de la mission est centrée sur la prise en charge en établissement mais elle n'a pu faire l'économie d'une vision plus globale, embrassant l'ensemble du champ du grand âge dans lequel ces structures opèrent.

⁷⁰ Le cadre de coopération existe déjà, la CNSA et la CDC ont noué des partenariats formalisés dans des conventions qui doivent se traduire désormais dans les faits.

⁷¹ L'Assemblée des Départements de France (ADF) pourrait utilement être mobilisée à ce sujet.

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

La nécessaire création d'un observatoire économique du grand âge a déjà été soulignée⁷². Alors que les interventions publiques sont massives, la compréhension de l'économie du grand âge demeure parcellaire. Si la création d'un comité de filière « *silver economy* » a marqué une avancée évidente, cette analyse économique ne peut être assurée par les acteurs. Elle relève de la responsabilité publique.

Les intervenants dans le champ du grand âge sont particulièrement divers. A l'intervention historique d'acteurs publics issus de secteurs différents (champ sanitaire et collectivités territoriales) a succédé une intervention croissante de structures privées à but non lucratif (associations ou fondations en particulier) ou d'entités privées à but lucratif. Les structures d'hébergement peuvent par ailleurs être totalement autonomes ou issues de groupes du secteur sanitaire, social ou médico-social.

Cette diversité statutaire et sectorielle ne facilite pas la compréhension des modes d'action et des déterminants d'une intervention publique ou privée, dans un territoire déterminé, à un emplacement immobilier précis - dont le choix ne relève jamais du hasard.

Au regard des financements publics en jeu, l'analyse économique du secteur revêt une importance cruciale. La montée en puissance d'acteurs privés lucratifs doit être clairement appréciée⁷³ : la dimension immobilière semble structurante et constituer le cœur d'activité de ces entités. L'acquisition de structures dans des emplacements clés (proximité des centre-ville, zones attractives en particulier) serait facilitée par des taux d'emprunt relativement réduits et de garanties de ressources découlant de l'activité (financements garantis *via* la solvabilisation des séjours par l'intervention publique). Au demeurant, de nombreux acteurs du secteur privé non lucratif organisent également de manière spécifique la gestion immobilière en distinguant l'entité gestionnaire de celle portant l'investissement immobilier. Le bien-fondé de ces montages mériterait d'être audité. En effet, **les pouvoirs publics doivent se donner les moyens d'apprécier la rentabilité réelle de ces activités, qui ne peut se limiter au seul bénéfice ou excédent d'exploitation.** Pour les acteurs privés lucratifs côtés, la possibilité de procéder à des rachats d'actions est un élément supplémentaire pouvant affecter la perception de la rentabilité effective de l'activité.

L'analyse des marges ou excédents effectifs dégagés par les structures notamment privées, qu'elles poursuivent un but lucratif ou non, devrait être doublée d'une analyse du coût des facteurs : immobilier bien sûr mais aussi organisations et prises en charge les plus efficaces de fonctions transverses (restauration, blanchisserie, services administratifs, etc.), niveaux de rémunération (du dirigeant à l'agent de service) et conditions de recours à des agents « faisant fonction de », etc.

⁷² Voir D. Libault, *Grand âge, le temps d'agir*, rapport issu de la concertation nationale Grand âge et autonomie, mars 2019.

⁷³ Voir T. Audigé, Pr B. Fenoll, V. Fournier, F. Laloue, H. Léost, J. Rousselon (IGAS) et G. Bianquis, A. Costa, T. Espeillac, L. Mariani, S. Monteil, A. Pilven, A. Rossion, J-P. de Saint-Martin, V. Verzat (IGF), *La gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) du groupe ORPÉA*, rapport IGAS et IGF, avril 2022.

Cette analyse permettrait de déployer plusieurs actions. Sur le modèle des travaux de l'Agence nationale d'appui à la performance sanitaire et médicosociale (ANAP), l'objectif serait de **promouvoir les meilleures organisations possibles** dans les champs public et privé, en envisageant par exemple les avantages ou inconvénients du recours à une structure de type foncière. La connaissance des modes de constitution de profits, de marges ou d'excédents permettrait en outre **d'encadrer ou de prévenir des pratiques contestables ou de déterminer les usages des financements publics accordés.**

L'analyse économique est donc la condition *sine qua non* d'une régulation plus forte du secteur et, au premier chef, des acteurs privés, ainsi que de la généralisation de modes d'organisation et de fonctionnement plus efficaces, combinant usage justifié des fonds publics, qualité de la prise en charge et optimisation des conditions de travail des agents.

Cet observatoire économique devrait se doter d'un programme de travail d'analyses économiques sur plusieurs années. Il devrait logiquement nouer des partenariats et avoir la possibilité de demander à des tiers (équipes de recherche notamment) de mener des analyses dédiées. La logique conduirait à **confier cette mission à la CNSA**, en associant les directions d'administration centrale compétentes des ministères sociaux et financiers. La CNSA devait logiquement voir ses moyens adaptés au regard de cette mission nouvelle.

2.2.2. Piloter de manière plus active et dynamique l'offre nationale et territoriale de prise en charge des personnes âgées

Le pilotage de la politique du grand âge souffre d'une insuffisante maîtrise et prise en compte de l'existant. Or, les différences territoriales sont très fortes. Les apprécier permettrait de déterminer un chemin de rééquilibrage et d'ajustement, local et national, des capacités de prise en charge. Il s'agit d'identifier le niveau nécessaire d'équipement au regard du profil de la population. L'approche est par construction critique, en ce qu'elle conduit à apprécier l'existant et à définir une « norme » souhaitable⁷⁴ correspondant à des capacités de prise en charge des personnes âgées en prenant en compte leur degré de dépendance.

De nombreux travaux existent sur les écarts de densités entre les territoires concernant la prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement ou à domicile. **Il s'agit donc de capitaliser sur ces travaux et de les prolonger. Trois modes de prise en charge standards** doivent être appréciés : à **domicile**, en **établissement** et enfin, dans le secteur **intermédiaire** qui est en plein essor (résidences-foyers, habitat inclusif et intergénérationnel, accueil familial, etc.).

Ces travaux rénovés d'analyse devraient être combinés avec une approche prospective. L'analyse de l'existant et des écarts éventuels avec des cibles de capacité de prise en charge serait rapprochée des projections démographiques réalisées par l'INSEE. Une première approche est disponible *via* le modèle Livia, utilisé par la mission. Ainsi, serait disponible au niveau national et au niveau départemental une analyse de l'écart actuel entre les capacités de prise en charge et les besoins et une projection sur les niveaux de prise en charge nécessaire à 5, 10 et 15 ans.

⁷⁴ L'exercice sera difficile et forcément contesté. Il pourrait justifier d'adopter une hypothèse haute, une hypothèse médiane et une hypothèse basse.

Par nature, des analyses de ce type existent en partie actuellement. Il est de la responsabilité des seuls pouvoirs publics de déterminer une méthode standard, commune et partagée, et de la décliner systématiquement aux niveaux local et national. Cet exercice d'analyse rétrospective et prospective interviendrait au moins tous les cinq ans. Il constituerait le cadre de référence d'action pour l'ensemble du pays et dans chaque département. Cette méthode serait déployée conjointement par les services des départements et des ARS.

Par définition, la détermination de la méthode doit se faire dans un cadre partenarial, associant services administratifs locaux et nationaux et équipes de recherche. Cette démarche serait conduite sous l'égide de la CNSA. Elle justifierait des moyens *ad hoc*. Elle serait assurée **dans un délai de six mois à un an.** Une disposition légale prévoirait ce cadre, et notamment les sanctions pouvant être appliquées en cas de non mise en œuvre des travaux. Par la suite, **les résultats consolidés de ces exercices seraient ajustés - chaque année ou tous les deux ans - par la CNSA et seraient rendus publics.**

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

Comme indiqué *supra*, **le cadre actuel de financement des structures d'hébergement des personnes âgées repose sur la séparation en trois fonctions** (soins, dépendance et hébergement), correspondant à des sections tarifaires distinctes (*idem*) et à des modes de financement spécifiques (respectivement des dotations populationnelles de l'Assurance maladie⁷⁵, des financements à la personne hébergée du département⁷⁶ et des tarifs exigés aux résidents)⁷⁷.

⁷⁵ Le montant perçu par les établissements au titre de la section soins (« équation tarifaire ») dépend du GIR des personnes hébergées et du Pathos qui reflète la charge de soins. Chacune des dimensions est calculée selon un nombre de points. Le nombre de « points GIR » est défini pour chaque niveau de GIR 1 à 4 par voie réglementaire. Le nombre de « points Pathos » est établi *via* une estimation réalisée à partir des remontées administratives des établissements. La combinaison des points Pathos et GIR permet de déterminer les montants financés au titre de l'Assurance maladie découlant de l'Ondam (OGD personnes âgées).

⁷⁶ La section dépendance est financée par les résidents selon leur niveau de GIR et / ou leur niveau de revenus. A *minima*, les établissements doivent percevoir auprès des résidents un « talon » qui correspond à la contribution minimale exigée des résidents en GIR 5 ou 6. Le département finance en outre les établissements à partir d'un « point GIR » différent du « point GIR » utilisée pour la section soins. La charge dépendance est donc cofinancée par les résidents et les départements, ces derniers apportant la part la plus forte du financement et étant à ce titre soutenus par la CNSA qui leur verse des concours. La contribution du département par résident est l'APA en établissement.

⁷⁷ Voir *supra*. En dehors des bénéficiaires de l'ASH, les résidents doivent acquitter les tarifs propres à chaque structure, qui sont encadrés par le département (places habilitées à l'ASH) ou déterminés par les structures (places à tarification libre).

Le périmètre des sections initialement arrêtées donne lieu depuis de nombreuses années, à des discussions fortes⁷⁸, en ce qu'il est délicat de distinguer strictement ce qui relève de la prise en charge sanitaire et de la prise en charge médico-sociale. Cette difficulté de lecture est confortée par les textes qui induisent des recouvrements ou des partages de coûts⁷⁹ qui peuvent donner lieu à contestation⁸⁰.

Le financement et le dialogue de gestion applicable aux structures d'hébergement ont largement évolué au cours des dernières années⁸¹. Un premier mouvement de convergence tarifaire a ainsi été conduit à compter de 2009⁸². Mais les écarts de prise en charge demeurent, concernant en particulier les taux d'encadrement (nombre d'agents rapporté au nombre de résidents), notamment en personnel soignant, alors même que la convergence tarifaire avait pour objet de les résorber. Par ailleurs, les personnels financés par la section hébergement sont délicats à apprécier au regard des mécanismes de partage de charges pouvant exister entre sections.

Cette nécessité de fusionner les sections « soins et dépendance » a été rappelée dans le cadre de la concertation nationale Grand âge et autonomie de 2019⁸³, et encore soulignée comme nécessaire par des parlementaires de sensibilités diverses en 2022⁸⁴.

⁷⁸ Voir N. Destais V. Ruol et M. Thierry, *Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) - Évaluation de l'option tarifaire dite globale*, Rapport, IGAS, octobre 2011 ; P. Ricordeau (avec l'appui de Y. Bouih), *Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)*, Rapport, IGAS, avril 2018.

⁷⁹ Voir les articles R. 314-59 à 61 du code de l'action sociale et des familles.

⁸⁰ La Cour de cassation est régulièrement saisie de ces litiges et amené à se prononcer sur les modalités d'imputation de dépenses sur une section et les impacts des changements éventuels de règles. Voir pour un contentieux récent, par exemple : Cour de cassation, décision du 16 mars 2023, Pourvoi n° 21-12.943, Deuxième chambre civile - Formation restreinte hors RNSM/NA.

⁸¹ Les EHPAD ont vus se substituer aux conventions tripartites des nouveaux CPOM. Ils sont désormais tenus de produire aux autorités de tutelle un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). De plus, l'article 58 de la loi ASV (loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement - ASV) a assuré une réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Elle visait à harmoniser l'allocation des financements aux EHPAD, à renforcer la présence du personnel soignant qui y travaille et à donner davantage de transparence sur leurs tarifs et leurs coûts.

⁸² Depuis 2009, les EHPAD sont soumis au principe de réduction progressive des inégalités dans l'allocation de ressources entre établissements. Un arrêté de 2009 (Arrêté du 26 février 2009 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L. 314-3-II du code de l'action sociale et des familles applicables aux établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du même code ayant conclu la convention pluriannuelle prévue au I de l'article L. 313-12 du code précité) a fixé les règles de mise en œuvre de la convergence tarifaire des EHPAD. L'objectif était de résorber la totalité des écarts constatés au 31 décembre 2008, de manière linéaire et progressive, sur la période 2009-2016. La mise en œuvre de cette convergence a été régulièrement suivie par la CNSA dans sa publication régulière sur la situation des EHPAD.

⁸³ Voir proposition n° 125 in D. Libault, *Grand âge, le temps d'agir*, rapport issu de la concertation nationale Grand âge et autonomie, mars 2019.

⁸⁴ Voir la proposition n° 1 in P. Dharréville, J. Dubié et C. Janvier, *Mission « flash » sur la gestion financière des EHPAD*, Commission des affaires sociales, Assemblée nationale, mars 2022.

Cette fusion vise, d'une part, à garantir une meilleure équité de l'accompagnement de la dépendance en EHPAD et en USLD, en assurant un même niveau de financement de l'aide et de la surveillance des résidents en EHPAD partout sur le territoire, et en harmonisant à cet égard le reste à charge des résidents **et d'autre part, à simplifier le pilotage et la gestion** des EHPAD et USLD, afin de permettre notamment qu'une plus grande attention soit portée à la qualité de l'accompagnement des résidents.

La fusion conduirait au transfert des dépenses actuellement supportées par les départements à la Sécurité sociale. Elle poserait donc la question de la reprise des financements actuels, sachant que les recettes transférées aux départements sont moins dynamiques que les dépenses. La réforme vise ainsi aussi à **créer un meilleur cadre de soutenabilité de la dépense**, moins facile à assurer dans chaque département, même avec des soutiens nationaux (concours de la CNSA). Le transfert de la dépense conduira aussi à reconsidérer la nature de l'intervention des départements dans la gestion des structures d'hébergement (voir *infra*, point 2.2.4).

De plus, la fusion poserait la question majeure pour le reste à charge du traitement réservé aux montants actuellement à la charge des résidents au titre de la dépendance. Les tarifs « dépendance » sont en effet différents selon les territoires. Les montants restant à la charge des résidents sont variables : le « talon » n'est pas le même dans tous les départements et l'APA en établissement est plus ou moins modulée selon les revenus et le niveau de dépendance. Les données soulignent actuellement que cette APA en établissement est à peu près de même niveau, quel que soit le revenu : elle est donc très faiblement redistributive.

Enfin, cette fusion ne peut être pensée uniquement par elle-même. Elle doit être l'occasion de clarifier plus largement les contenus de chaque section (encadré 3).

Encadré n°3 : Une clarification nécessaire du contenu des sections tarifaires et des modes de gestion et d'imputation des agents « faisant fonction »

Il s'agirait de **déterminer de manière très claire les dépenses relevant impérativement de la section « hébergement »** (standardisation du contenu de la prestation, voir *infra*) et celles pouvant y figurer de manière subsidiaire.

Il s'agirait aussi de **partager les coûts entre les sections selon des règles claires et permettant le contrôle des montants alloués.** Ainsi, les coûts plus particulièrement liés aux **fonctions « direction - administration », « diététicien » et « animation de service social »** devraient faire l'objet de règles d'imputations ou de partage clarifiées.

Par exemple, la section « direction - administration » devrait être imputée au regard d'un suivi du temps passé sur les différents secteurs, sur le modèle utilisé par exemple dans les régimes de retraites complémentaires des salariés du secteur privé. L'objectif à poursuivre est que tant ces dépenses que leurs imputations soient réellement auditables. **Ces postes auraient vocation à être encadrés et suivis, afin de garantir que les doctrines d'emploi et de rémunération ne soient pas trop atypiques** dans tout ou partie des structures : les pouvoirs publics seraient fondés à encadrer ces dimensions.

De même, **la fusion des sections** ne doit pas être une opération exclusivement technique et financière. Elle **doit conduire à reconsidérer les modalités dans lesquelles les agents sont effectivement mobilisés, et clarifier le statut peu clair de tous les agents « faisant fonction de »** qui peuvent être imputés sur une section, alors que la nature même de leur activité les conduit à exercer des missions relevant d'une autre section.

Source : Travaux mission.

Dans ce contexte, la mission recommande de :

- ◆ **Procéder à la fusion des sections soins et dépendance dès le PLFSS 2024 ;**
- ◆ **Prévoir que cette fusion se fasse en absorbant le reste à charge** facturé actuellement aux résidents (fin du talon pour tous les résidents des GIR 1 à 4, plus de mise à contribution des résidents sur cette section) ; cette mesure n'est pas réellement redistributive, en ce qu'elle favoriserait les ménages les plus aisés et les personnes relativement moins dépendantes. La mission écarte l'idée d'opérer des mouvements distincts et en silo de redistribution, au profit d'une approche plus globale (voir *infra*, point 2.4) ;
- ◆ **Assortir cette opération de fusion d'une clarification réelle du champ impérativement couvert par la section hébergement** et les autres dépenses pouvant y figurer, à titre facultatif ou accessoire ;
- ◆ **Accompagner cette opération de fusion d'une clarification des champs couverts, notamment s'agissant de certaines fonctions transverses ;**
- ◆ **Garantir que cette opération soit l'occasion de clarifier les modalités d'imputation des coûts d'emploi d'agents**, au regard des fonctions qu'ils exercent effectivement (en particulier les agents « faisant fonction », les dirigeants et certaines fonctions liées à la diététique ou à l'animation) ;
- ◆ **Reprendre une partie des financements accordés aux départements pour couvrir ces dépenses du fait de leur transfert**, mais en leur laissant des ressources de nature à leur permettre d'investir (voir *infra*, point 2.2.4) ;
- ◆ **Revoir en conséquence les responsabilités de l'Etat et des départements** (voir *infra*, point 2.2.4).

2.2.4. Une nécessité : revoir la gouvernance territoriale

L'enquête réalisée par la mission confirme **la demande forte de simplification du côté des établissements**. Cette demande est **partagée par les bénéficiaires** : ils peinent en effet à appréhender le cadre actuel et à effectuer en toute connaissance de cause des choix quant au maintien à domicile ou à la prise en charge en établissement, la sollicitation de tel ou tel soutien, etc.

Cette difficulté à se repérer dans le système est susceptible de trouver **une première solution avec la mise en place annoncée du service public territorial de l'autonomie (SPTA)⁸⁵** qui figure dans la proposition de loi « bien vieillir » en cours d'examen par le Parlement.

⁸⁵ Voir D. Libault (avec le concours de C. Perruchon et d'A. Farnault), *Vers un service public territorial de l'autonomie*, rapport au Ministre de la Santé et des Solidarités, à la Ministre déléguée à l'Autonomie, à la Secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées, mars 2022.

Mais, au regard de l'ensemble des changements qui doivent être conduits, la clarification des compétences semble impérative. Les missions à prendre en charge sont nombreuses⁸⁶ et les chevauchements d'intervention les complexifient. Se pose également la question de la logique de confier à certains acteurs certaines missions qui s'avèreraient, à terme, peu soutenables et présentant une cohérence moindre avec leurs principales missions.

Le champ du grand âge est celui d'un besoin incontestable d'action territoriale par les communes, leurs établissements publics et groupements, en lien avec les départements, acteurs incontournables pour aménager et adapter aux besoins des plus âgés les territoires, et les rendre compatibles avec le souhait de rester le plus longtemps à domicile. Ce défi est considérable. Il justifie des actions dans de très nombreux champs (transports, habitat, animation sociale, etc.). Il a été souligné à de très nombreuses reprises, mais peine encore à être totalement identifié et mis en œuvre dans tous les territoires⁸⁷.

Le cadre actuel de prise en charge du grand âge est structuré par une double compétence - contestée par tous mais non remise en cause - des départements et des Agences régionales de santé (ARS), ces dernières intervenant pour le compte de l'Etat et de l'Assurance-maladie. Cette gouvernance duale ne permet pas de mettre en place le cadre de régulation et le pilotage le plus adapté, garantissant que chaque euro dépensé le soit à bon escient.

L'évolution des recettes dans chaque territoire ne correspond pas au dynamisme des dépenses de ce même territoire. Un niveau supplémentaire de socialisation est nécessaire.

Au-delà, la gestion actuelle du risque reflète une distinction très forte entre d'une part, une prise en charge à domicile très territorialisée et amenée à se développer et d'autre part, une prise en charge en établissement de plus en plus centrée sur les personnes âgées les plus dépendantes, à la dimension sanitaire très affirmée, donc complémentaire ou alternative à la prise en charge à l'hôpital.

La concertation Grand âge et autonomie avait conduit à avancer l'idée de procéder à une expérimentation, dans certains départements, d'une compétence exclusive aux départements et dans d'autres, d'une compétence exclusive de l'ARS. Cette expérimentation devait permettre de déterminer le meilleur cadre de gestion pour le généraliser sur l'ensemble du territoire⁸⁸. Cette proposition n'est plus d'actualité : pour la mission, il convient de tirer les conséquences des évolutions en cours, et notamment de la perspective de la fusion des sections soins et dépendance.

⁸⁶ Voir notamment sur les actions nombreuses à mener : L. Broussy, *Nous vieillirons ensemble... 80 propositions pour un nouveau Pacte entre générations*, rapport interministériel, mai 2021 et *Proposition de loi visant à garantir le droit à vieillir dans la dignité et à préparer la société au vieillissement de sa population*, n° 1061, déposée par M. Jérôme Guedj et plusieurs de ses collègues, enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 4 avril 2023.

⁸⁷ Voir D. Libault, *Grand âge, le temps d'agir*, rapport issu de la concertation nationale Grand âge et autonomie, mars 2019 et les travaux de l'atelier n° 9 dédié à ce questions sur « cadre de vie et inclusion sociale », https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_9_cadre_de_vie_vf.pdf

⁸⁸ Cette proposition avait été avancée par l'atelier n°1 dédié à la gouvernance et au pilotage (https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_1_gouvernance_et_pilotage-note-fusionne.pdf). Elle n'avait pas été retenue dans le rapport final. Elle a été à nouveau avancée par des représentants des départements dans le cadre des auditions.

La répartition des compétences ne doit pas constituer un choix par défaut, mais relever d'une approche partagée par les acteurs, qui ne découlerait ni d'une impasse financière, ni d'un choix autoritaire de spécialisation. Par nature, ni l'Etat ni les départements ne peuvent se désintéresser de la prise en charge des personnes âgées. **Un nouvel équilibre** doit être trouvé rapidement, en lien avec les évolutions nécessaires.

Cet équilibre est atteignable, dès lors que les postures adoptées par chacun sont abandonnées pour **remettre au centre l'intérêt des personnes âgées et leur prise en charge optimale.** Pour la mission, l'Etat peut poser un cadre, mais ne peut avoir la capacité de créer toutes les conditions du maintien souhaité à domicile. Cette compétence doit relever des collectivités, donc des départements en ce qu'elle s'inscrit pleinement dans les évolutions en cours et les défis territoriaux à relever (voir *supra*). **A contrario, la prise en charge des personnes âgées très dépendantes**, pendant les derniers mois ou années de leur existence, doit logiquement être à dominante sanitaire, donc pensée en lien avec les autres modes de prise en charge sanitaire. Elle relèverait de ce fait plus logiquement de l'Etat. **Entre ces deux champs, il en existe un troisième, en plein essor, celui du logement intermédiaire** (résidences-foyers, habitat inclusif, accueil familial, etc.). **La réflexion actuelle centrée sur la dichotomie domicile / établissement empêche d'envisager ce champ, de le piloter et de le réguler, en lien avec les deux autres domaines. Il constitue un nouvel angle mort de la politique du grand âge, qu'il convient de combler le plus rapidement possible.**

Forte de ces constats, la mission propose donc une répartition renouvée des compétences :

- ◆ **Aux départements reviendrait la responsabilité exclusive de l'accompagnement et des services à domicile**, dans le cadre actuel ; **l'ARS ne disposerait plus que d'un pouvoir d'opposition** sur la création, la suppression ou le changement de localisation des capacités de prise en charge ; au-delà, **l'ARS constituerait le guichet unique de l'Etat pour toutes les autorisations** (y compris celles relevant actuellement des services déconcentrés des ministères de l'économie ou du travail) ;
- ◆ **A l'ARS reviendrait la responsabilité exclusive de la prise en charge en établissement**, dans le cadre renoué porté par le présent rapport ; **les départements ne disposeraient plus que d'un pouvoir symétrique d'opposition** sur la création, la suppression ou le changement de localisation des capacités de prise en charge ou encore le transfert de celles-ci ;
- ◆ **Sous réserve des travaux en cours, le Service public territorial de l'autonomie (SPTA) serait logiquement piloté par le département, en lien étroit avec les autres acteurs et dans un cadre commun, concerté et partagé ;**
- ◆ La mission estime pour autant que **les départements doivent demeurer compétents en matière d'amélioration des conditions d'hébergement et d'augmentation des capacités.** Dans le cadre de la fusion des sections soins et dépendance, la mission propose de préserver une fraction des recettes pour financer **un fonds d'investissement créé au sein de la CNSA** : ses recettes seraient réparties entre les départements, en fonction de leurs profils (plus de fonds pour les départements sous-dotés et moins pour les départements sur-dotés). **Ces financements seraient alloués par les départements, qui pourraient mobiliser des fonds supplémentaires pour rénover les structures existantes ou en créer de nouvelles, en accord avec l'ARS et la CNSA ;**

- ◆ Au-delà, **une vision commune, concertée et partagée est indispensable, elle devrait concerner :**
 - **D'une part, l'approche rétrospective et prospective globale** proposée par la mission (voir *supra*, point 2.2.2) ;
 - **D'autre part, le pilotage et la régulation indispensables du champ intermédiaire**, qui fait actuellement l'objet d'un sous-investissement total, aspect qu'il convient de juguler de manière impérative.

Un tel changement ne pourra être mis en place sans que les territoires y soient associés. La mission propose donc :

- ◆ **L'inscription dans la loi, dès le PLFSS 2024, de ce partage rénové des compétences, au bénéfice d'une concertation globale avec les représentants des départements ;**
- ◆ **Le déploiement de ce cadre dès 2024 dans quatre ou cinq départements, dont un territoire d'outre-mer, un territoire urbain (métropole) et un territoire rural.**

Le bilan de ce premier déploiement serait assuré en 2025 ou en 2026 au plus tard, avant une généralisation dans tous les départements. Ce retour d'expérience ne conduirait pas à remettre en cause les grandes lignes du partage arrêté, mais bien à l'ajuster, en particulier en ce qui concerne les modalités idoines de pilotage et de régulation du champ intermédiaire, aspect devant donner lieu à des travaux dédiés dans l'intervalle.

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

Aux yeux de la mission, les propositions avancées ci-après peuvent être mises en œuvre successivement ou alternativement. Elles sont ainsi qualifiées de basique, d'intermédiaire ou de cible.

La volonté de maîtriser le reste à charge, donc de garantir l'accessibilité pour tous aux établissements, n'est possible que combinée à une régulation et un encadrement plus stricts d'activités prises en charge, tant par des entités publiques que des entités privées, qu'elles soient lucratives ou non.

Naturellement, les propositions ci-après sont indissociables de celles formulées par ailleurs (notamment *supra*, point 2.2), en ce que les objectifs poursuivis sont cohérents les uns par rapport aux autres.

De plus, en ce qui concerne les moyens devant être mobilisés, notamment au sein de la CNSA ou de la DGCS, ceux-ci devraient naturellement être calibrés au regard des ambitions retenues, sachant que même la proposition la plus basique devrait logiquement être prise en compte dans le dialogue de gestion.

2.3.1. Proposition basique : une nouvelle régulation relativement souple

En ce qui concerne le **secteur public**, la mission propose **une analyse rénovée des cadres de coopération existants, soit une analyse des effets et impacts des groupements hospitaliers de territoire (GHT), des groupements de coopération sanitaire (GCS) et des groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS - encadré n°4).**

Encadré n°4 : Les groupements de coopération sociale ou médico-sociale par rapport aux groupements de coopération sanitaire et aux groupements hospitaliers de territoire

Créés par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, **les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) sont un outil de coopération** hospitalière permettant de développer une stratégie de groupe **entre établissements publics au sein d'un territoire**. Ils s'appuient sur l'élaboration d'un projet médical partagé, organisant la gradation des soins et sur la mise en commun de certaines fonctions supports. Les GHT doivent favoriser l'égal accès des patients à des soins sécurisés et de qualité. Les établissements adhèrent à une convention de GHT pour finaliser leurs réflexions sur le projet médical partagé.

Le groupement de coopération sanitaire est un outil privilégié des coopérations public/privé. Il a été refondu dans le cadre de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST - loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires), afin de clarifier le GCS de moyens et de faire émerger un nouvel acteur : le GCS-Etablissement de santé.

Créé par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale puis ajusté par l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010, **le groupement de coopération sociale ou médico-sociale est l'équivalent du groupement de coopération sanitaire.** Il s'agit d'un outil de coopération doté, selon les cas, de la personnalité morale de droit public ou de droit privé. **Ses membres peuvent être des personnes morales ou physiques, de droit public ou de droit privé. Son champ est large,** puisqu'il a notamment pour objet de permettre des interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, d'exercer une mission ou une prestation exercée par l'un de ses membres et de détenir, à ce titre, les autorisations afférentes, de préparer les opérations de fusion ou de regroupements, etc.

Source : Ministère de la santé et des solidarités. Travaux mission.

L'objectif serait de **confier à l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) des travaux d'analyse des organisations et pratiques les plus pertinentes, afin de promouvoir leur généralisation.**

Au-delà de la seule analyse du fonctionnement du secteur public et, le cas échéant, du secteur privé, la mission suggère de **développer des analyses sur le fonctionnement et la gestion de l'ASH, afin de proposer un cadre plus homogène et cohérent au niveau national,** tant en ce qui concerne les normes appliquées, que les organisations à privilégier au regard des très fortes divergences mises en valeur par la mission.

Dans la continuité des travaux menés, la mission propose **d'approfondir la transparence réalisée sur les tarifs à partir des travaux réalisés par la CNSA,** sur le portail national d'information (<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr>).

Ainsi, **les tarifs proposés pour un établissement pourraient être comparés à ceux proposés dans le même territoire** (même département et établissements à proximité immédiate). Au-delà, la mission propose que, chaque année, la CNSA assortisse ses travaux concernant les tarifs en EHPAD d'une évaluation et d'un classement par département et par secteur, mettant en avant les établissements où le reste à charge est le plus important et ceux où il est le plus réduit.

Ce classement pourrait se matérialiser sous la forme d'**un système simplifié de notation** selon un code couleur, avec une déclinaison départementale ou nationale (5 niveaux identiques pour chaque, un classement territorial et un classement national, **en prenant pour exemple le Nutri-Score**).

Enfin, **la mission recommande une action rénovée permettant de généraliser effectivement d'une part, les CPOM dans tous les établissements du territoire et d'autre part, le déploiement de la procédure de certification**. Le succès de ces éléments devrait être pris en compte dans l'évaluation des dirigeants (ARS et entités publiques).

2.3.2. Proposition intermédiaire : une régulation plus affirmée

Un niveau supérieur de régulation conduirait à compléter et renforcer ces premiers éléments.

L'adhésion à un GCSMS deviendrait obligatoire sous deux ans pour toutes les entités publiques, qu'elles relèvent du champ hospitalier ou territorial. Les entités privées à but lucratif ou non lucratif seraient incitées à rejoindre sous cinq ans ces groupements, à la suite de leur organisation autour des acteurs publics. Pour ces acteurs, la non-adhésion au GCSMS conduirait à un *malus* financier sur les financements alloués à la structure.

Les GCSMS se verraient contraints d'élaborer un cadre impératif de coopération / mutualisation dans un certain nombre de domaines (gestion immobilière, gestion des ressources humaines, marchés, restauration, blanchisserie, etc.) L'exclusion de certains champs de coopération impératifs serait possible et matérialisée dans le projet de coopération soumis à l'approbation de chaque ARS.

Une fois mis en place, **ces GCSMS passeraient de manière impérative des conventions de coopération avec les GHT du territoire**, afin de poser le cadre supplémentaire de coopération et de mutualisation. Ces cadres conduiraient ainsi à organiser les coopérations et mutualisations au sein du secteur médico-social, avant de procéder à un niveau supplémentaire de partage des tâches avec le niveau sanitaire. **L'objectif est de garantir que le secteur médico-social voit ses intérêts et contraintes prises en comptes dans les coopérations mises en œuvre.**

La mission considère **que la gestion actuelle des EHPAD hospitaliers pâtit de leur intégration dans des ensembles hospitaliers trop importants** : sauf exceptions, cette intégration peut les pénaliser, en ce que les investissements et les dotations en ressources humaines peuvent être affectés prioritairement aux autres secteurs. Pour toutes ces raisons et afin de créer des structures autonomes, gouvernables et responsables, **la mission propose de poser comme règle celle de l'autonomie juridique des EHPAD hospitaliers**. Au terme d'une durée de deux ans, cette autonomie serait réputée acquise, sauf dans des cas très particuliers (démonstration de synergies très fortes, taille réduite de la structure), dûment validée par l'ARS et les services du ministère. L'autonomie de la structure conduirait à désigner un directeur en titre. Dans le cas où ce directeur serait aussi celui d'une structure hospitalière, sa rémunération et son intéressement seraient distincts pour le champ hospitalier et celui de l'EHPAD (objectifs distincts, prise en charge au prorata du temps passé).

En ce qui concerne le pilotage plus global de la fonction d'hébergement, la mission propose de définir à nouveau, dans la loi et les règlements, le contenu socle rénové et impératif d'une prestation d'hébergement dans une structure d'accueil de personnes âgées. Cette prestation constituerait désormais un socle opposable et impératif, précisé par voie réglementaire. Ce socle impératif donnerait lieu à une tarification. Tous les autres éléments seraient optionnels et en dehors du champ de la tarification. Par rapport au cadre actuel, le champ serait précisé, pour déterminer une prestation socle tarifée et prise en charge par les acteurs publics de prestations annexes envisageables mais ne relevant pas de cette tarification ou de cette prise en charge.

A côté de ce socle impératif, les établissements d'hébergement auraient la possibilité, dans un cadre facultatif et optionnel pour leurs résidents, de proposer des services, prestations et actions complémentaires. Ce champ donnerait lieu à une tarification à part. Il pourrait être le champ justifiant l'intervention d'assureurs complémentaires, à l'instar du champ de la santé et de la prise en charge hospitalière.

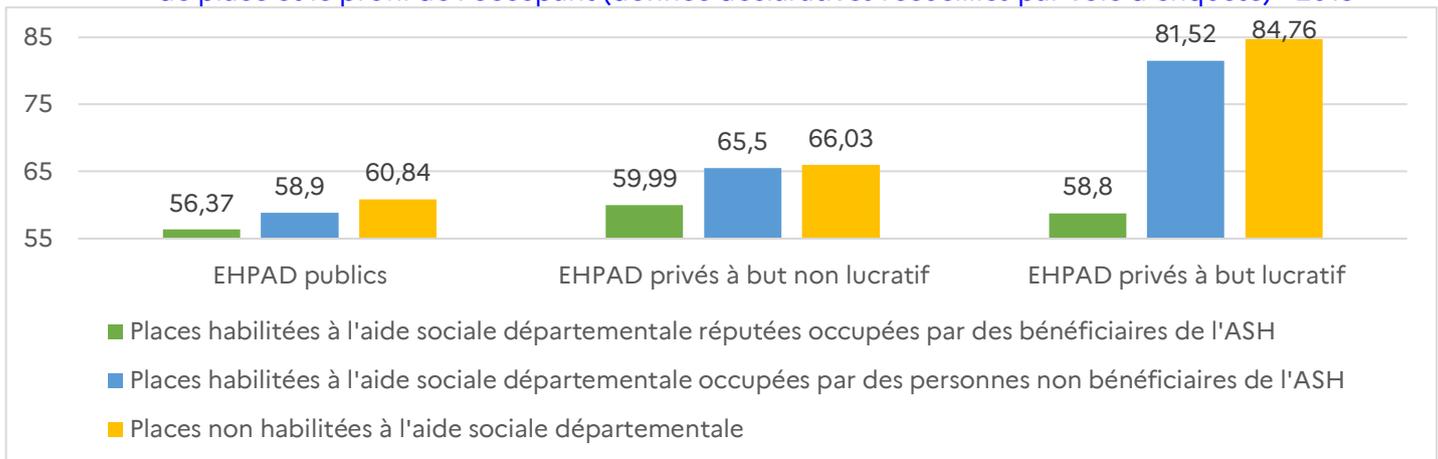
Ce panier de biens et services socles (à caractère impératif) et - surtout - optionnels serait formalisé par chaque établissement. Il donnerait lieu à un encadrement dans le cadre de la contractualisation avec les acteurs publics (CPOM désormais conclu uniquement avec l'ARS, voir *supra* point 2.2.4).

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

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

Se poserait également la question de la modulation des tarifs selon leurs revenus des résidents (voire leur patrimoine, voir *infra*, point 2.5), aspect sur lequel la mission estime incontournable de proposer des avancées réelles et rapides, *via* une clarification du cadre normatif. Il n'est pas acceptable d'appliquer aujourd'hui à des personnes ne bénéficiant pas de l'ASH des tarifs prévus initialement pour les seuls bénéficiaires de cette aide. La tarification différenciée des places habilitées à l'ASH occupées par des personnes n'en bénéficiant pas demeure résiduelle : elle est, semble-t-il, répandue dans le secteur privé lucratif et non lucratif, mais comme l'illustre le graphique ci-dessous (graphique 24), moindre dans le secteur public. Une évolution normative est donc incontournable (encadré 5).

Graphique 24 : Tarifs médians applicables dans les différentes catégories d'EHPAD selon le type de place et le profil de l'occupant (donnée déclaratives recueillies par voie d'enquête) - 2019



Source : Enquête EHPA 2019, DREES. Travaux mission.

Encadré n°5 : La possibilité de moduler les tarifs des places habilitées à l'aide sociale, une clarification normative incontournable, une intervention législative indispensable

En 2019, près de 7 places sur 10 sont habilitées à l'aide sociale. Ce poids des places habilitées est très largement porté par le secteur public et, dans une moindre mesure, par le secteur privé non lucratif. Initialement justifié par le souci de garantir des places d'hébergement aux tarifs les plus réduits pour les personnes âgées dépendantes les plus modestes, le dispositif présente désormais un certain nombre de limites qui justifient son réexamen.

Les places habilitées à l'aide sociale sont les seules qui donnent lieu à une tarification imposée par le département. Cette tarification varie d'un département à l'autre, tant du fait du niveau des tarifs fixés initialement qu'en ce qui concerne leurs taux d'évolution. Cette maîtrise très forte des tarifs a un effet positif pour les finances locales en ce qu'elle garantit l'encadrement de la contribution départementale aux frais d'hébergement, d'autant plus que ces frais sont, pour plus de 40 %, pris en charge par les bénéficiaires de l'ASH et leurs ayants droits.

Elle a un effet induit plus délicat, en ce qu'elle contraint les établissements et, au premier chef, ceux du secteur public ou du secteur privé non lucratif, à pratiquer des tarifications contraintes qui les empêchent de disposer des marges de nature à leur permettre d'équilibrer leurs charges et leurs produits, et de procéder aux nécessaires opérations d'investissement, de réhabilitation ou d'entretien. Le rapport issu de la concertation Grand âge et autonomie soulignait que 23 % des établissements n'avaient pas été rénovés au cours des 25 dernières années.

Face à ces contraintes, les acteurs ont été amenés à ajuster leurs pratiques. Certains départements ont recouru à des mouvements de déshabilitation à l'aide sociale de tout ou partie des places des établissements. Certains établissements ont cherché dans le même ordre d'idées à ce que leurs places ne soient plus, en tout ou partie, habilitées à l'aide sociale. Dans une autre approche, nombre d'établissements se sont, à juste titre, inquiétés d'une possible situation injustifiée et indue (reflet d'un enrichissement sans cause ou d'une mise à contribution inadaptée) découlant du dispositif d'habilitation à l'aide sociale. En effet, un résident peut ne pas bénéficier de l'ASH mais pour autant occuper une place habilitée : en l'absence de disposition expresse, il n'est pas tenu compte de son niveau de revenu ou de son patrimoine et, alors qu'il pourrait contribuer plus fortement, il occupe une place bénéficiant d'un tarif social, voire très social, ce sans aucune justification⁸⁹. Certes, ce résident ne bénéficie pas de la prise en charge à 100 % dans le cadre de l'ASH. Mais il bénéficie des tarifs les plus bas, justifiés par la seule ASH, sans que ces revenus courants soient obligatoirement mis à contribution, soit que ses proches soient sollicités, soit qu'un recouvrement soit assuré sur l'actif successoral à son décès. La différence de traitement est manifeste, tant vis-à-vis des bénéficiaires de l'ASH que vis-à-vis des autres résidents.

⁸⁹ Cette situation doit cependant être distinguée de celle reflétant la prise en charge dans une structure hospitalière, donc avec une couverture très forte, d'une personne âgée devant relever d'une prise en charge dans un établissement d'hébergement classique, cas dont la presse a pu parfois se faire l'écho.

Dans ce contexte, le groupe SOS a été amené à promouvoir un dispositif de « surloyer solidaire » qui permet de moduler la contribution des résidents occupant des places habilitées à l'aide sociale selon leurs facultés contributives. Pour cela, le groupe sollicite l'accord du département et met en œuvre ce dispositif dans le cadre de la convention d'aide sociale passée entre l'établissement et le département, via une modification du règlement départemental d'aide sociale ou encore via une insertion du principe dans le CPOM ou la convention tripartite. Ces cadres peuvent être alternatifs et cumulatifs. Ils ne sont pas promus uniquement par le groupe SOS mais par d'autres acteurs. L'ANAP veille ainsi à populariser ce levier en mettant en avant le fait que les conventions d'habilitation à l'aide sociale et les CPOM peuvent prévoir cette modulation tarifaire des places habilitées à l'aide sociale.

Les travaux de la mission conduisent à souligner les incertitudes et l'imprécision qui caractérisent le cadre juridique actuel⁹⁰ : la modulation tarifaire n'est pas écartée, elle peut donc être mise en œuvre. Pour autant, cette modulation ne dispose pas d'un cadre juridique stable et de référence, ce qui peut être de nature à fragiliser tout ou partie des dispositifs mis en œuvre localement, à l'initiative des départements ou des établissements.

Pour toutes ces raisons, la mission recommande de clarifier le cadre normatif actuel, en prévoyant, dès le PLFSS 2024, que la modulation des tarifs des places habilitées à l'aide sociale pour les personnes ne bénéficiant pas de l'ASH revêtirait non un caractère facultatif, mais une dimension obligatoire. Le cadre légal prévoirait un barème minimal de modulation, arrêté dans un premier temps au regard de la situation fiscale du redevable (revenu fiscal de référence) avant, à terme, comme pour les autres dimensions, de prendre en compte de manière plus cohérente les revenus et le patrimoine.

Ainsi, les initiatives actuelles sont compréhensibles et ne peuvent être que soutenues, en ce qu'elles constituent une réponse à la rigidité du cadre actuel et de l'innovation juridique nécessaire, innovation qui ne présente pas toutes les garanties attendues et ne permet pas d'assurer un traitement équivalent des résidents sur l'ensemble du territoire national. Il faut néanmoins souligner que cette approche ne serait pas utile dans le cadre d'un changement plus global des prestations (voir *infra*).

Source : ANAP, Groupe SOS, travaux de la direction des affaires juridiques des ministères sociaux. Travaux mission.

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

Dans la continuité des avancées de la proposition intermédiaire, la mission propose ici de mettre en place un mouvement de convergence tarifaire applicable selon les opérations menées par ailleurs, aux sections soins, dépendance et hébergement, ou à la nouvelle section fusionnée (voir *supra*, point 2.2.3) et à la section hébergement.

Toutes les sections donneraient lieu à des définitions impératives et précises, en matière de prise en charge. Ces obligations seraient vérifiées dans le cadre des inspections -notamment des ARS ou de la DGCCRF par exemple - ou dans le cadre des procédures de certification.

Le contenu impératif de la prise en charge permettrait de déterminer, pour tous les volets socles et impératifs de celle-ci (soin, dépendance, hébergement), un tarif national par GIR. Ce tarif serait susceptible de varier au niveau territorial, selon les coûts locaux des facteurs. Un premier facteur d'évolution serait logiquement constitué par le coût de l'immobilier, qui pourrait être apprécié via les zones applicables actuellement pour les aides au logement. Une autre possibilité de variation serait constituée par le coût de l'emploi, assuré au travers du salaire moyen par tête dans le département. Une dernière possibilité de variation résiderait dans les coûts des autres facteurs (fluides, autres consommations), afin de prendre en compte certaines contraintes territoriales (zones enclavées et outremer notamment).

⁹⁰ Saisie de cette question par la mission, la Direction des affaires juridiques des ministères sociaux a souligné l'opportunité de clarifier le cadre actuel au regard des objectifs poursuivis et dans un souci de plus grande clarté normative et de sécurité juridique.

Le mouvement d’encadrement des prestations et de convergence tarifaire serait mis en place sur une période de 5 à 10 ans maximum. Il constituerait un élément évident de standardisation de la prise en charge et de convergence des standards de qualité, d’encadrement et de coût. Pour toutes ces raisons, il semble, à terme, tout à fait incontournable. Pour la mission, seul ce mouvement serait de nature à assurer la convergence nécessaire des pratiques et des prises en charge.

Cet encadrement des tarifs pourrait être considéré, par certains, comme une entrave à la rénovation des structures et à l’entretien des bâtiments. Pour ces raisons, les structures publiques et, le cas échéant, du secteur privé non lucratif, pourraient se voir allouer des financements dédiés *via* des nouveaux modes de financement (voir *infra* point 2.6). Les coûts de rénovation, hors coûts d’entretien courants des structures, seraient ainsi traités à part, et ne seraient plus répercutés dans les tarifs. Cette approche devrait être confirmée au bénéfice des analyses économiques proposées par la mission (voir *supra*, point 2.2.1).

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

L’analyse conduit à souligner **le caractère très épars et divers des aides mobilisables, leur relative complexité procédurale et leurs effets incertains aux différents niveaux de revenus.** L’APA aide ainsi de manière relativement uniforme les résidents, quel que soit leur niveau de revenus. L’ASH est mobilisée, mais de manière assez incertaine par les différents types de résidents et a des conséquences très fortes sur la situation des bénéficiaires. Les **aides au logement constituent un relatif angle mort** (voir *infra*, encadré 7) du système de soutien actuel et sont empreintes de nombreuses incertitudes. La **réduction d’impôt bénéficie avant tout aux hauts revenus** et se caractérise par son apparente simplicité (intégration dans la déclaration fiscale annuelle).

Tant du fait de la nature des aides que des modalités dans lesquelles les résidents peuvent les mobiliser, il existe une déperdition évidente qui est illustrée, d’une part, par les taux d’effort demandés aux résidents, qui sont sans commune mesure du côté des bas et moyens revenus que pour les hauts revenus et, d’autre part, par des niveaux d’aide qui sont plus élevés pour les hauts revenus que pour les revenus moyens (courbe en « U » ou plutôt en « J »). Cette situation est d’autant plus préoccupante qu’elle reflète des situations moyennes et simulées.

Le paradoxe est réel : le système actuel de soutien ne garantit ni une minoration du reste à charge cohérent selon les revenus et le niveau de dépendance, ni une aide évoluant également selon les revenus et le niveau de dépendance. Ce raisonnement sur les seuls revenus vaut encore plus si on adopte également l’approche patrimoniale souhaitée par la mission. Par conséquent, le système actuel de soutien doit impérativement être ajusté : il ne remplit pas l’objectif qui lui est assigné, à savoir, aider davantage les plus dépendants ou les plus modestes. Comme indiqué précédemment, l’ajustement des soutiens n’est pas possible de manière isolée et doit s’accompagner d’efforts renouvelés de pilotage et de régulation du système (voir *supra*).

La proposition majeure formulée par la mission, dans ses propositions intermédiaire et cible, consiste à faire disparaître l'ASH et donc à assurer pleinement la couverture d'un risque social par des prestations dédiées et simples d'accès, financées par des recettes propres, et sans lien avec l'ampleur des soutiens accordés.

La mission estime indispensable de **rompre avec la logique assistancielle actuelle, qui comporte trop de zones aveugles par rapport aux situations de chacun, organisant avant tout une socialisation des dépenses entre les plus modestes, et ne garantissant pas aux plus modestes l'accessibilité financière de leur prise en charge.**

Ce changement de logique revient à **répondre aux promesses liées à la création de la 5^{ème} branche.** Avant même que la perte d'autonomie ne soit considérée comme un risque de sécurité sociale, la PSD avait été transformée en APA, en rompant avec la logique de récupération et de l'aide sociale.

Il convient de mettre en œuvre une couverture sociale unique et organisée du risque dépendance des personnes âgées, couverture qui ne serait pas constituée par un énième ajustement, mais bien par la définition d'un cadre nouveau et cohérent d'assurances sociales, constitué de soutiens accordés au regard des besoins de chacun, et financé par la contribution solidaire de tous, à hauteur des facultés respectives de chacun.

Soit ce que Jean Jaurès avait souhaité à Nîmes en 1910, le passage à un système d'assurance solidaire : *« Entre l'assurance et l'assistance, même libéralement organisée, il y a un abîme. L'assisté, même quand la loi lui donne ce qu'il appelle un droit, est obligé de plaider pour avoir la réalisation de ce droit ; il faut que le vieillard de 70 ans démontre qu'il est indigent, et son indigence est évaluée arbitrairement par les pouvoirs locaux (...) Au contraire, l'assuré a un plein droit ; un droit absolu, un droit inconditionnel ; son titre est là, aussi certain que l'est (...) le titre de rente. »*⁹¹.

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

Dans la continuité de la proposition ayant justifié le lancement de la présente mission, la proposition basique consiste à **établir l'égalité de traitement fiscal entre ceux qui acquittent l'impôt sur le revenu et ceux qui en sont exonérés, en transformant la réduction d'impôt au**

⁹¹ Voici l'extrait exact du discours prononcé par Jean Jaurès, à Nîmes, en février 1910, à l'occasion du congrès de la SFIO : *« Je vous demande d'appliquer à la loi des retraites cet effort de combat, cet effort d'amélioration. J'en ai dit les lacunes graves, je pourrais les signaler plus longuement encore, mais n'oubliez pas les avantages caractéristiques qu'elle offre. C'est d'abord, je le répète et je n'y insiste pas, la reconnaissance du principe de l'assurance. Entre l'assurance et l'assistance, même libéralement organisée, il y a un abîme. L'assisté, même quand la loi lui donne ce qu'il appelle un droit, est obligé de plaider pour avoir la réalisation de ce droit ; il faut que le vieillard de 70 ans démontre qu'il est indigent, et son indigence est évaluée arbitrairement par les pouvoirs locaux qui, tantôt amis, tantôt hostiles, font trop souvent de la question d'assistance un moyen de gouvernement préfectoral dont les maires ruraux se font trop souvent les instruments. Et puis, il faut que l'individu quémande, et dans son attitude d'assisté, il sent encore peser sur ses épaules, courbées par le travail, le poids de la servitude sociale. Au contraire, l'assuré a un plein droit ; un droit absolu, un droit inconditionnel ; son titre est là, aussi certain que l'est pour les bourgeois, en période bourgeoise, le titre de rente. À l'âge fixé par la loi en vertu d'une table de mortalité publiquement calculée, et dont les résultats sont publics, il a le droit d'exiger, il exige, il reçoit un certain chiffre et il ne reçoit pas seulement un recours matériel, il reçoit un secours de dignité morale. »*

titre des frais d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en crédit d'impôt. La mission a recherché les chiffrages disponibles (encadré 6).

Encadré n°6 : L'impact financier du crédit d'impôt, une évaluation délicate

La mission a pris connaissance des évaluations et chiffrages assurés notamment par l'administration fiscale (DLF⁹²) et les services du ministère des solidarités (DREES⁹³ - voir annexe 5). L'exercice est difficile. Il n'est pas possible d'estimer de manière fiable l'impact des changements de comportement : la mesure donnera lieu à une certaine publicité au sein des établissements, auprès des résidents et de leurs familles. Mais il est délicat d'anticiper le comportement déclaratif des contribuables qui n'acquittent pas d'impôt sur le revenu. Il est en outre difficile de modéliser tous les effets retours et, en particulier, les économies induites par cette évaluation sur les prestations sociales et, au premier chef, l'ASH (le crédit d'impôt permet d'améliorer les opérations de récupération ou conduit à exclure du bénéfice de la prestation certains bénéficiaires actuels). Les travaux des administrations reposent donc sur des hypothèses précisées ci-après.

De plus, la transformation de la réduction d'impôt en crédit d'impôt a un impact budgétaire spécifique l'année de mise en œuvre du fait des règles comptables applicables. Il conduit, l'année de mise en œuvre, à une double comptabilisation qui recouvre, d'une part, l'impact de la réduction d'impôt et, d'autre part, le coût du crédit d'impôt.

La DLF a procédé à une évaluation en 2023, sur le seul champ fiscal, à partir des déclarations fiscales au titre des revenus de 2020 (l'impact éventuel de la crise sanitaire n'a pu être identifié). Cette évaluation est solide en ce qu'elle repose sur les déclarations des redevables. Elle est limitée pour les mêmes raisons en ce que les demandes nouvelles issues en particulier des changements de comportement des redevables ne sont pas prises en compte. De plus, ces travaux sont limités à la seule sphère fiscale, ils n'évaluent pas les effets induits sur les autres champs et en particulier sur les finances sociales. Ces évaluations conduisent à identifier une enveloppe budgétaire l'année de la transformation de 917 M€ ; un surcroît de dépenses de 645 M€ l'année de la transformation par rapport à l'année précédente (double comptabilisation) ; une dépense budgétaire pérenne additionnelle post double comptabilisation par rapport à la situation avant transformation de 373 M€.

La DREES a procédé à une évaluation en 2019, à partir des données fiscales disponibles au titre de 2017 rapprochées de l'ensemble des données dont elle dispose. Le champ retenu est celui des EHPAD et des USLD. Sous l'hypothèse qu'il n'y aurait pas de non-recours, le coût brut du crédit d'impôt serait de 1 500 millions d'euros. Si l'on déduit l'économie générée par la suppression de la réduction d'impôt, le coût net s'élèverait à 1 100 millions d'euros. Le crédit d'impôt, en augmentant le revenu disponible des bénéficiaires, génèrerait une économie d'ASH de 255 millions d'euros qui viendrait diminuer d'autant le coût du crédit d'impôt (tous financeurs confondus). Le reste à charge moyen passerait de 1 819 euros par mois (avec réduction d'impôt) à 1 697 euros par mois (avec crédit d'impôt). Le coût net (intégrant les économies sur les prestations – ASH) de ce soutien aux personnes âgées serait de 882 M€. L'année de mise en œuvre, l'impact comptable serait de 1 628 M€.

Ainsi, les deux évaluations proposent des approches différentes, plus ou moins complètes et qui constituent respectivement, une approche strictement fiscale et minorante (DLF) et une approche plus large (DREES, intégrant le volet ASH, mais pas les autres prestations et aides).

Les différences entre ces évaluations sont présentées dans le tableau ci-dessous.

⁹² Voir DLF, Travaux conduits à la demande de la mission, Bureau des chiffrages et études statistiques de la Direction de la Législation fiscale (DLF), 2023.

⁹³ Voir Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Note à l'attention de la Ministre des solidarités et de la santé, DREES BHD, n°36/2019, 16 septembre 2019.

	DREES	DLF
Dépense fiscale - avant impact ASH	1 509	645
Dépense publique - après impact ASH	1 255	nc
Soutien fiscal additionnel aux personnes âgées - avant impact ASH	1 136	373
Soutien public additionnel aux personnes âgées - après impact ASH	882	nc
Montant à comptabiliser l'année de mise en œuvre - avant impact ASH	1 882	917
Montant à comptabiliser l'année de mise en œuvre - après impact ASH	1 628	nc

Source: Evaluations DLF et DREES, travaux mission. (nc)= non chiffré

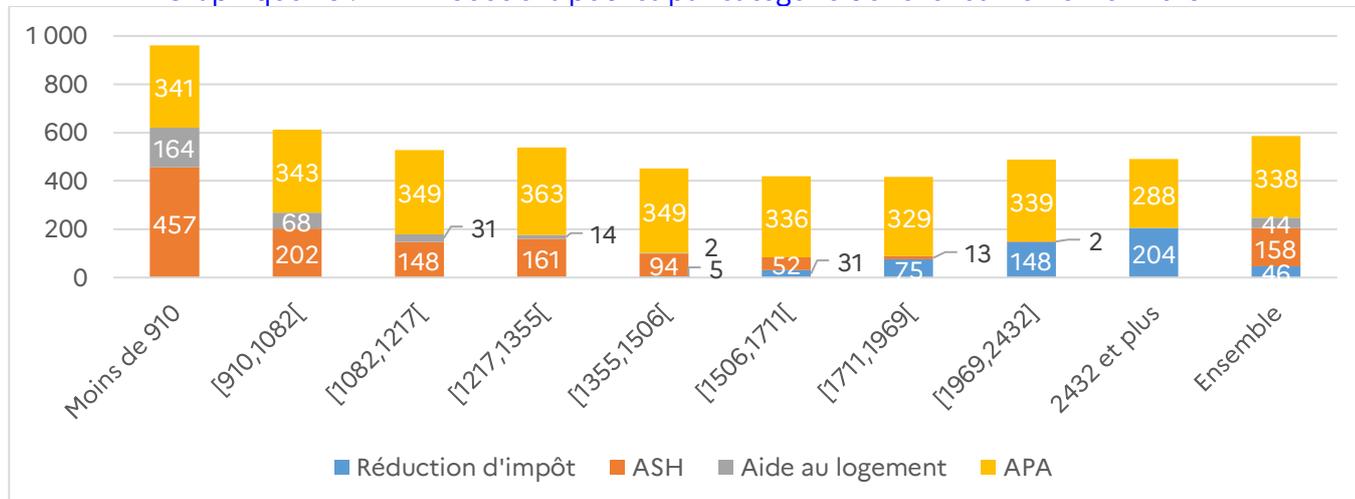
La mission a pris connaissance de ces évaluations. Elle propose un dispositif de crédit d'impôt différent de celui ayant donné lieu jusqu'ici à chiffrages.

Dans ce contexte, il convient de procéder à de nouvelles simulations, au bénéfice des échanges intervenus notamment avec les commanditaires, la mesure devrait s'approcher d'un coût annuel pérenne d'au moins 882M€ (données 2017 à actualiser). Une approche complémentaire consisterait, dans la continuité des travaux réalisés par la DREES, à se donner une cible en matière de baisse du reste à charge, cohérente avec le dispositif fiscal proposé par la mission.

Source : DREES, DLF, travaux mission.

La mesure fiscale proposée consiste à **accorder un avantage fiscal nouveau au bas de la distribution, le cas échéant, en réduisant celui accordé en haut de celle-ci. La niche serait plafonnée** en tant que telle, sans être intégrée dans le plafonnement global des niches⁹⁴.

Graphique 25 : 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, Ehpads 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.

⁹⁴ Voir annexe 4 - graphique 13, p. 22.

Dans les délais dont elle disposait, la mission n'a pas eu la capacité de simuler la mesure de manière fine. Elle pourrait prendre **la forme d'un niveau socle de réduction ou de crédit d'impôt donné à partir d'un certain niveau de revenus, ou de la prise en charge de dépenses non intégrées à ce stade.**

La mise en place de la mesure justifierait **une campagne très forte de communication auprès des résidents et de leurs familles, qui serait assurée via les établissements** : ceux-ci recevraient un dépliant qu'ils seraient amenés à joindre avec les factures transmises aux résidents et à diffuser largement.

Dans le cas où la mesure fiscale ne serait pas retenue, la mission propose une alternative, indiquée dans l'encadré n°7 reposant sur les aides au logement.

Encadré n°7 : L'action sur les aides au logement, une intervention nécessaire et pouvant se substituer à l'outil fiscal

La mission a essayé de faire coïncider les données transmises par la CNAF et celles dont la DREES fait état dans ses enquêtes et ses modèles de micro-simulation.

Elle a constaté que ces deux types de données ne correspondaient pas, ce qui conduit à recommander une analyse très fine des modalités concrètes d'accès aux aides au logement des résidents en structures d'hébergement pour personnes âgées, et à lancer une démarche active d'accès aux droits.

L'enquête administrée par la mission souligne en outre que ce soutien est celui qui est le moins connu, le moins maîtrisé - des structures comme des résidents - et celui qui donne lieu aux échanges les plus faibles entre les structures et les organismes débiteurs.

Pour toutes ces raisons, **la mission recommande une remise à plat des modes d'accès aux aides au logement des personnes âgées dépendantes** afin de leur proposer un parcours qui réponde clairement à leurs profils, leurs besoins et ceux de leurs familles. Cette démarche pourrait au demeurant être prise en compte de manière plus active et prononcée dans le cadre des expérimentations en cours « territoires zéro non-recours ».

Une analyse plus précise des impacts de la réforme conduisant à contemporanéiser les aides au logement pour ces personnes âgées dépendantes hébergées en établissement serait à encourager.

Au-delà, il serait possible de jouer sur les aides au logement, en lieu et place de l'outil fiscal actuel. Deux scénarios pourraient être envisagés :

- un premier consisterait à conserver l'actuelle réduction d'impôts et à augmenter l'éligibilité aux aides au logement et les montants accordés aux catégories visées ci-dessus. Cette mesure serait relativement réduite et modeste. Elle serait possible, mais sa mise en œuvre devrait veiller à ce que les soutiens soient octroyés conformément à l'intention mentionnée ci-dessus. Elle pourrait être accompagnée d'un recalibrage de l'avantage fiscal dans les conditions mentionnées ci-dessus ;

- une deuxième approche consisterait à mettre un terme à la réduction d'impôt et, en combinant les montants consacrés à la réduction d'impôt et au crédit d'impôt, à ouvrir des droits à aide au logement variant selon les revenus à toutes les personnes prises en charge en structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4 et leurs conjoints). Les montants versés seraient standards et plafonnés en haut de la distribution, ils seraient versés de manière à accorder un niveau de soutien décroissant avec les revenus, tout en palliant les insuffisances mises en avant par l'actuelle courbe en U ou en J.

Quel que soit le scénario retenu, la mesure figurerait dans le PLFSS 2024 et le PLF 2024, en renvoyant ses modalités d'application au champ réglementaire. La mesure serait déployée en tenant compte du plan de charge actuel de la CNAF, et au plus tard au cours du deuxième semestre 2024, en étant accompagnée d'une campagne de sensibilisation des établissements, des résidents, de leurs familles et de tous les allocataires d'ores et déjà identifiés.

Source : données CNAF et DREES. Travaux mission.

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

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

En tout état de cause, **cette mesure conduirait à supprimer l'ASH** (voir encadré 8) **ainsi que l'actuelle APA en établissement** : les montants mobilisés à ce titre seraient utilisés pour financer la nouvelle prestation et pourraient être complétés par les autres sources de financement identifiées (voir *infra*, point 2.5). **La prise en charge donnerait lieu à une tarification nationale encadrée par des tunnels de variation et un mouvement de convergence tarifaire serait engagé** (voir *supra*, point 2.3). Le financement des établissements serait ainsi déconnecté des montants acquittés par les résidents en EHPAD.

Encadré n°8 : L'ASH : une réforme improbable, voire impossible

La mission a analysé de manière profonde l'ASH telle qu'elle existe actuellement. Elle **prend acte des positions souvent développées, tendant à considérer que la réforme de l'ASH ne revêt pas un caractère prioritaire et que ce système de soutien de type assistanciel demeure opportun et justifié.**

Telle n'est cependant pas l'approche qu'elle retient. En effet, ces analyses font fi des trop nombreux écueils identifiés : financement des dépenses reposant largement sur les bénéficiaires, reste à vivre prenant peu en compte les efforts consentis par chacun, sous financement des structures, etc.

Pour autant, la mission a envisagé dans quelles conditions l'ASH pourrait être ajustée ou réformée pour être plus efficace.

Les mesures tendant à modifier le champ de la récupération, sur le modèle - par exemple - de la proposition de libérer de leur obligation alimentaire les petits-enfants, **semblent assez anecdotiques et ne pas être à la hauteur des enjeux.** Au demeurant, en supprimant l'ASH, la mission répond notamment à cet objectif.

Les mesures tendant à revenir sur les pratiques départementales actuelles sont susceptibles de se heurter à de très nombreuses difficultés.

Ces réformes ne permettent en outre pas de répondre à la question du sous-financement structurel des entités ayant des places habilitées à l'aide sociale et, au premier chef, les **structures publiques.**

Pour toutes ces raisons, la mission a écarté l'idée d'une réforme de l'ASH. Certes, des évolutions pourraient être apportées afin de limiter certains écueils. Mais **seul un changement global de paradigme serait de nature à répondre aux enjeux.**

Quand bien même l'ASH serait maintenue et certains de ses principes revus, comme la limitation forte de la récupération (bouclier par exemple en montant ou temporel), la modulation du reste à vivre ou encore la mise en place de tarifs différenciés, **ces changements combinés ne conduiraient, ni plus ni moins, à changer la nature même de l'ASH, donc à changer le système de soutien.** Au regard des changements devant être mis en œuvre, il ne s'agirait plus d'une réforme de l'ASH, mais bien de la mise en œuvre d'une nouvelle prestation, dans des conditions à définir. **Ce contexte a ainsi conduit la mission à avancer une proposition plus globale et systémique et à écarter la possibilité d'une réforme incertaine de l'ASH actuelle.**

Source : Travaux mission.

Les résidents sans revenus ou aux revenus les plus modestes bénéficieraient d'une prise en charge intégrale de leurs frais au titre de la dépendance et de l'hébergement. Ce soutien irait ensuite décroissant, selon le revenu.

Cette prestation serait, dans un premier temps, calculée au regard des revenus courants des résidents, intégrant le cas échéant, autant que possible, les revenus de leur patrimoine. A terme, au bénéfice des travaux en cours de la DREES, les modalités de calcul de la prestation intègreraient le patrimoine, dans des conditions à définir et de manière cohérente avec les scénarios de financement exposés ci-après (*infra*, point 2.5).

Le niveau de la prestation serait, au-delà de la situation particulière des personnes sans ressources ou avec des ressources et des patrimoines très faibles, décroissant par rapport aux capacités contributives. La prestation n'aurait vocation à couvrir que les aspects pris en charge actuellement au titre des soins, de la dépendance et de la nouvelle prestation hébergement standardisée et socle (voir *supra* point 2.3). La prestation ne couvrirait pas les éventuelles prestations supplémentaires ou complémentaires au titre de l'hébergement, apportées par des établissements en sus de la prestation hébergement socle.

Cette prestation serait définie en part relative de prise en charge par rapport à l'APA à domicile : dans le cadre du virage domiciliaire, les pouvoirs publics entendent, d'une part, apporter une meilleure couverture des frais engagés à domicile et, d'autre part, en établissement, laisser une part de la dépense d'hébergement à la charge des ménages qui auraient été exposés à ces dépenses à domicile.

Par conséquent, **la part restant à charge serait déterminée en fonction des capacités contributives de chacun (revenus et patrimoines), et de manière à comprendre une part relative aux dépenses d'hébergement auxquelles les résidents auraient été confrontés**, afin de conserver un différentiel par rapport à la prise en charge, différentiel qui ne serait pas équivalent pour tous les bénéficiaires, mais bien croissant avec leurs capacités contributives (revenus et patrimoine).

Comme les tarifs pourraient varier selon le coût de l'immobilier, le coût des ressources humaines et les coûts des autres facteurs (voir *supra*, point 2.3.3), **cette prise en charge pourrait également varier selon les territoires pour garantir un niveau de prise en charge pour partie national et pour partie territorialisé**, afin d'éviter d'éventuels effets d'aubaine en matière de choix de localisation des résidents (sur ces questions, voir encadré 9).

Finalement, la prestation serait donc à titre principal modulée selon les capacités contributives du ménage du résident, puis à titre secondaire, modulée selon son niveau de dépendance, couvrant pour les plus modestes l'ensemble des frais engagés (soins, dépendance et prestations socle d'hébergement), puis croissant de manière progressive, en conservant un différentiel plus prononcé que l'APA à domicile, afin de porter le virage domiciliaire. La prestation prendrait en compte les situations spécifiques de couple amenés à résider en établissement du fait de la dépendance forte d'un des deux membres du ménage, afin de ne pas trop pénaliser ces ménages.

Encadré n°9 : La répartition des personnes âgées en établissement à la suite de la réforme

Par nature, la suppression de l'ASH poserait la question des lieux pouvant héberger les personnes âgées selon leurs différents profils. La question de modulation du tarif hébergement selon que le résident bénéficie ou non de l'ASH ne se pose plus à la suite de la réforme. Par conséquent, **le phénomène éventuel et préexistant d'attractivité de places tarifées au niveau de l'ASH** pour des personnes n'en bénéficiant pas du fait de l'importance de leurs revenus **serait caduque.**

En revanche, la question des règles d'affectation des personnes âgées recherchant un hébergement dans les différentes structures d'accueil resterait entière.

Plusieurs principes pourraient être retenus.

Tout d'abord, **un principe de mixité** qui conduirait tous les établissements à accueillir une proportion au moins équivalente à une part (10 % par exemple) de résidents relevant du décile de revenus le plus bas du département. Les établissements ne se conformant pas à ce principe feraient l'objet d'un malus sur les financements qui leur seraient affectés. *A contrario*, les établissements présentant un ratio excédentaire (par exemple de 25 % ou plus de résidents relevant du décile de revenus le plus bas du département) disposeraient d'un bonus financier.

Un principe d'accessibilité serait aussi mis en œuvre. Hormis les établissements refusant de participer au principe de mixité, tous les établissements seraient tenus de faire connaître leurs capacités à l'autorité compétente du département, afin de permettre au nouveau SPTA d'en avoir connaissance et de pouvoir, le cas échéant, orienter les personnes âgées en attente de prise en charge vers l'établissement le plus adapté. Les personnes âgées présentant des ressources relativement faibles et/ou un niveau avéré de dépendance ou de fragilité seraient prioritaires pour occuper une place laissée vacante.

Un principe de proximité devrait ensuite être mis en place. La possibilité d'accéder à une place serait appréciée dans un périmètre de proximité par rapport au domicile précédent du résident et/ou par rapport au domicile d'un proche. Cette répartition ne serait donc pas exclusivement départementale : une personne résidant à la frontière entre deux départements ou plus pourrait choisir d'occuper une place dans un ensemble géographique déterminé à partir de son domicile, donc couvrant potentiellement les trois départements.

Dernier élément : **un cadre national pouvant donner lieu à des adaptations au niveau territorial**, dans le respect des principes susmentionnés. Ces règles d'affectation auraient vocation à être déterminées au niveau national puis territorialisées. Elles devraient logiquement être étroitement articulées avec le déploiement effectif du SPTA et des parcours de prise en charge territorialisés des personnes âgées dépendantes au sein des ensembles départementaux et des bassins de vie.

Des travaux complémentaires devraient nécessairement être conduits sur ces sujets pour définir les modalités les plus pertinentes lors du déploiement de la nouvelle prestation et par la suite : la montée en puissance des différents changements aurait nécessairement des impacts qu'il conviendrait de gérer, tout particulièrement en ce qui concerne les effets sur les comportements des acteurs (établissements, résidents et proches de ceux-ci, acteurs gérant le SPTA).

Source : Travaux mission.

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

Cette nouvelle allocation serait régie par des principes strictement équivalents à ceux prévus dans la proposition intermédiaire.

Toutefois, l'ambition serait ici bien supérieure : la nouvelle prestation reposerait sur un financement plus large, intégrant toutes les aides budgétaires et fiscales actuelles.

Ainsi, alors que, dans le cadre de l'APA en établissement rénovée, les masses mobilisables estimées étaient de l'ordre de 2,8 Mds€, elles seraient portées 5,3 Mds€ dans ce cadre élargi pour l'AUSAE, avant financements complémentaires éventuels (tableau 4) et dans l'hypothèse d'une réutilisation intégrale⁹⁵.

Tableau 4 : Ordre de grandeur des montants pouvant être mobilisés dans le cadre de la nouvelle prestation - en Md€

	Montants	Millésime	Financeurs
APA en établissement	1,5 Md€	2019	Départements
ASH nette des récupérations	1,2 Md€	2019	Départements
Financement de la section dépendance	0,8 Md€	2019	CNSA
Aides au logement et réductions d'impôts	0,9 Md€	2019	Etat
Estimation du surcoût du crédit impôt	0,9 Md€	Estimation (voir encadré 6)	Etat
Total estimé pour AUSAE	5,3 Mds€	Estimation	Ensemble

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, rapport de septembre 2021 ; estimations DREES et DGFiP sur le crédit d'impôt (choix du montant médian) : travaux mission.

Par souci de lisibilité et de simplicité au regard des profils des bénéficiaires, la mise en place de cette AUSAE :

- ◆ Se ferait en lieu et place de tous les soutiens individuels accordés actuellement ;
- ◆ Permettrait de calibrer la prestation selon les principes indiqués ci-dessus, mais avec un niveau de soutien plus important, en aidant plus les personnes ayant les ressources les plus modestes et celles présentant le niveau le plus élevé de dépendance ;
- ◆ Conduirait à acter une prestation nouvelle, accordée sur la base de l'examen de la situation du ménage ou du foyer (prestation, non pas individuelle mais bien conjugalisée).

La mise en place de cette AUSAE se ferait selon les mêmes principes que ceux indiqués précédemment, c'est-à-dire en articulant ce soutien avec l'APA accordée aux personnes âgées demeurant à leur domicile et en laissant à la charge des ménages bénéficiaires des montants supérieurs, reflétant leur contribution aux dépenses d'hébergement.

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

⁹⁵ En effet, la mission propose que les fonds actuellement à la charge des départements ne soient pas récupérés dans leur intégralité afin de leur maintenir une compétence d'investissement (voir *supra*, point 2.2.4). Par conséquent, sous réserve des arbitrages, le montant de 5,2 Mds€ présenté ici à titre indicatif serait susceptible d'être un majorant dans le cas d'absence de marges de manœuvre pour assurer les financements nécessaires au maintien de la compétence d'investissement des départements.

Le système cible serait construit autour de trois prestations distinctes, mais calibrées les unes par rapport aux autres. Une nouvelle prestation serait créée pour prendre en charge les personnes vivant non à domicile ou en établissement, mais bien dans le logement intermédiaire, eu égard au développement dont il fait l'objet et de la nécessité de mieux mesurer ce qu'il représente. **Aussi distinguerait-on :**

- ◆ **Une AUSAE** avec un niveau de reste à charge moyen demeurant plus important que pour les autres modes de prise en charge, afin de préserver la mise à contribution des bénéficiaires à leurs dépenses d'entretien dès lors qu'ils le peuvent ;
- ◆ **Une APA intermédiaire**, bénéficiant à toutes les personnes prises en charge, ni en établissement ni à domicile, mais dans ce tiers secteur en plein essor (foyers logement, accueil familial, habitat inclusif, etc.) qui présenterait un niveau de couverture des dépenses intermédiaires, donc un reste à charge intermédiaire ; soit en lien avec celle-ci, soit de manière distincte, **un dispositif ad hoc devrait être développé pour toutes les solutions temporaires et transitoires⁹⁶** ;
- ◆ **Une APA à domicile revue**, et qui assurerait le plus grand niveau de prise en charge, donc le reste à charge le plus réduit.

Ces prestations seraient toutes trois conjuguées et construites au regard des facultés contributives des bénéficiaires et de leur niveau de dépendance. Elles permettraient une prise en charge intégrale des dépenses des personnes ayant les moyens les plus réduits, et d'apporter ensuite des soutiens décroissants selon le niveau de revenus.

Ce nouveau système dessinerait ainsi le nouveau dispositif de soutien apporté par la Sécurité sociale. Il serait en outre modernisé par l'octroi automatique de l'aide dès la reconnaissance de la situation de dépendance, et sans formalité préalable à remplir par les demandeurs : **l'APA / l'AUSAE ne serait plus une prestation quérable**, mais bien une prestation automatique, son seul fait générateur étant la reconnaissance de l'état de besoin. La question de recours se poserait uniquement à la bonne identification des personnes âgées en perte d'autonomie, chantier qui doit être largement investi dans le cadre des démarches préventives largement prônées à cet égard.

Ce changement se déploierait sur plusieurs années. La mise en place de l'AUSAE pourrait intervenir, en lien avec les autres propositions formulées par la mission, dès 2026. Sa mise en œuvre pourrait être recalibrée selon les changements apportés aux autres soutiens (APA à domicile et nouvelle APA intermédiaire). Le lien éventuel avec l'opération de fusion des sections soins et dépendance doit également être apprécié de manière dédiée (encadré n°10).

⁹⁶ Actuellement, dans nombre de cas, les bénéficiaires de l'APA à domicile devant être accueillis en établissement de manière temporaire (par exemple, après une hospitalisation courte et faute d'autres solutions de prise en charge) ne sont soutenues que via l'APA à domicile, ce qui les place dans une situation défavorable. Le nouveau système devrait nécessairement intégrer ces situations, tout comme celle, déjà évoquée, des conjoints accompagnant une personne âgée dépendante dans un établissement.

Encadré n°10 : Les changements induits par la fusion des sections soins et dépendance

La proposition de la mission conduit à fusionner les soutiens actuels pour en définir de nouveaux.

Dans le cas où ce chantier aurait un rythme propre et que le gouvernement déciderait dès l'année prochaine de fusionner les sections, se poserait la question d'un éventuel dispositif transitoire.

La mission s'est prononcée, par souci de simplicité, pour la prise en charge intégrale du talon et du reste à charge dépendance pour tous les bénéficiaires des GIR 1 à 4.

En effet, cette approche distincte du reste à charge dépendance ne se pose plus dans le nouveau système de soutien qui appréhende la situation de l'individu au regard de l'ensemble de sa situation de séjour, et non volet par volet. La future prestation individuelle serait modulée selon les facultés contributives et selon la situation de dépendance : le reste à charge n'est donc pas forfaitaire, mais une résultante de la combinaison de ces éléments. Seuls les plus hauts niveaux de revenus verraient leurs montants d'aides plafonnés.

Mais, dans le cas où ce système ne serait pas mis en œuvre, la modulation de la prise en charge de la dépendance selon les facultés contributives et les niveaux de dépendance devrait être envisagée.

Il n'y aurait, dans ce cadre, aucun talon ou aucune dépense à la charge des bénéficiaires les plus modestes ; la contribution serait croissante avec le niveau de revenu et, de manière subsidiaire, décroissante selon le degré de dépendance. Cette contribution serait calculée, lors de sa mise en œuvre, selon le revenu fiscal de référence du foyer considéré et, à terme, prendrait en compte le patrimoine.

Une telle approche respecterait les principes indiqués par la mission.

A contrario, la mission écarte toute possibilité de talon uniforme et ne prenant pas en compte les facultés contributives des bénéficiaires. De même, elle ne retient pas l'idée d'une mise à contribution des organismes complémentaires, eu égard aux difficultés rencontrées actuellement en termes de couverture des plus âgés, du coût de ces couvertures et des coûts induits en matière de complémentaire santé solidaire.

Au regard des éléments disponibles, seule une modulation de la contribution - adaptée selon les revenus et neutre pour les établissements qui bénéficieraient d'un financement standard par résident selon son niveau de dépendance - serait ainsi de nature à s'inscrire dans le cadre revendiqué par le présent rapport.

Source : Travaux mission.

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

Le cadre de gestion actuel souligne les écueils importants rencontrés. Chaque département est amené à déployer une organisation spécifique, qui met à contribution de manière plus ou moins forte les bénéficiaires, leurs proches et les établissements (voir notamment annexes 3, 4 et 8).

Les décisions prises sont peu lisibles, donc peu contestables par les usagers et leurs proches qui, le plus souvent, sont amenés à engager de rares contentieux administratifs, à la suite d'un recours gracieux qui doit être adressé à une entité décisionnaire qu'il est souvent difficile d'identifier. *A contrario*, en cas de désaccord avec la décision d'un organisme de sécurité sociale, les usagers sont incités à formuler des recours amiables préalables⁹⁷ contre cette décision. Ils peuvent s'adresser ensuite aux juridictions judiciaires de droit commun.

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

⁹⁷ Il est fréquent que les organismes, face à un mécontentement, considèrent que celui-ci « vaut » recours amiable pour permettre au directeur ou à la commission *ad hoc* composée des partenaires sociaux d'analyser ce recours, afin de préserver les droits de l'assuré. .

Toutes ces évolutions revêtent, pour les gestionnaires administratifs, une dimension de complexité et de technicité bien supérieure au cadre actuel, ce qui justifie de ne pas retenir l'option en vigueur d'organisations locales déterminées au cas par cas mais de s'appuyer sur des structures tertiaires plus « industrialisées ».

La mission considère ainsi que tant, pour l'AUSAE que pour les deux autres prestations, la logique conduirait à confier la gestion et la liquidation des montants dus à un réseau spécialisé. Au sein du régime général, tant l'Assurance maladie que l'Assurance vieillesse, voire la branche famille auraient potentiellement la capacité de liquider ces droits, compte tenu des données qu'elles manipulent et des prestations qu'elles liquident.

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

Le réseau chargé de la gestion de la prestation serait logiquement associé au nouveau SPTA.

Enfin, les entités pilotes auraient la charge du parcours du bénéficiaire, depuis la détection de la situation de perte d'autonomie, et à chaque étape de la prise en charge, en lien avec le SPTA. Mais ces entités n'auraient pas la charge de la liquidation des droits individuels qui serait assurée par un réseau spécialisé, agissant pour le compte de la CNSA, et sous sa tutelle et son pilotage.

La détermination du réseau chargé de cette nouvelle mission devrait donner lieu à une analyse préparatoire. Les plans de charge actuels rendent délicats la mise en place d'une bascule de la gestion des prestations dans les deux années à venir. Une démarche projet mériterait d'être menée sur ce sujet, une fois les arbitrages généraux rendus en matière de système de soutiens et d'architecture de ceux-ci.

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

Les différentes options avancées par la mission peuvent, pour partie, être financées à périmètre constant et, pour partie, justifier des financements complémentaires. Ainsi, au regard des travaux complémentaires qu'une telle évolution nécessite, il n'est pas possible d'évaluer, par exemple, le coût de la convergence tarifaire. La mission n'a pas davantage été amenée à expertiser le financement de la fusion des sections, en ce qu'elle donne actuellement lieu à des travaux supplémentaires. **A contrario, les reconfigurations du système de prestations sont susceptibles d'être mises en œuvre à effort constant : seul le montant du crédit d'impôt, indiqué comme étant acté par la mission par les commanditaires a été considéré comme un apport financier supplémentaire et certain.**

La mission n'a par ailleurs pas indiqué dans quelle mesure les recettes nouvelles de la CNSA - soit la fraction supplémentaire de 0,15 % de CSG (2,3 Mds€) affectée à la branche autonomie de la sécurité sociale à compter de 2024 - pourraient être mobilisées pour prendre en charge tout ou partie des efforts supplémentaires⁹⁸. Elle n'a pas davantage considéré la situation tendancielle excédentaire de la branche, et les marges qu'elle permettrait donc de mobiliser, au titre des exercices à venir qui verraient la montée en charge des mesures portées par le présent rapport.

Dans ce contexte, les propositions formulées, eu égard aux paramètres qu'il conviendrait de fixer, notamment en tenant compte du niveau de contrainte financière, sont susceptibles d'être financées. La mission s'est en effet donné pour objectif de préserver une démarche de soutenabilité.

Il ne peut cependant être considéré de manière trop rapide que toutes les marges disponibles seraient mobilisées sur la seule diminution du reste à charge et la mise en place d'un cadre rénové de pilotage et de régulation. Ces changements constituent, à terme, des investissements et évolutions pleinement justifiés et gages d'une efficience rénovée et nécessaire des politiques publiques de l'autonomie. Mais les défis à relever sont nombreux, s'agissant notamment des taux d'encadrement, du renforcement de la qualité de la prise en charge et du financement des priorités domiciliaires.

Dans le cadre prescrit par la lettre de mission, les travaux ont donc conduit à identifier les recettes mobilisables et disponibles. Par nature, ces approches vont bien au-delà du financement des seules mesures du présent rapport. Elles visent à réapprécier les modalités de financement de la 5^{ème} branche, dans la continuité des nombreux travaux déjà conduits à ce sujet⁹⁹. Le contexte a néanmoins évolué pour les EHPAD, du fait des impacts de la crise sanitaire puis des solutions retenues en sortie de crise (plans d'investissement et de revalorisation des personnels notamment, voir *supra*) et du changement global de contexte économique et de finances publiques. Tous ces éléments sont largement développés dans l'annexe 5.

⁹⁸ A cet égard, la mission n'a pas été en mesure d'apprécier dans quelle mesure ces recettes nouvelles sont en tout ou partie utilisées pour assurer le financement de mesures déjà décidées, tels que les plans de soutien à l'investissement ou les plans de revalorisation des rémunérations par exemple. Cette dimension devra logiquement être analysée dans le cas de l'examen du PLFSS 2024.

⁹⁹ Outre les nombreux travaux du HCFEA, de la CCSS ou de la Cour des comptes ; voir, en particulier : 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 ; D. Libault, *Grand âge, le temps d'agir*, rapport issu de la concertation nationale Grand âge et autonomie, mars 2019 et notamment les travaux de l'atelier 3, sur les nouveaux financements (https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_3_financement_vf.pdf) ; 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.

Il convient cependant de **rappeler que l’effort engagé ou prévu en faveur de la prise en charge des personnes âgées est des plus importants** : ainsi, outre les mesures déjà arrêtées¹⁰⁰, le recrutement annoncé de 50 000 professionnels soignants (infirmiers et aides-soignants en équivalents temps plein - ETP) dans les EHPAD représenterait un coût total de 3,7 Mds€ à l’horizon 2030 et permettrait d’atteindre, à cette même date, un taux d’encadrement de 0,75 en EHPAD, tous personnels confondus.

Au-delà, dans la continuité des analyses proposées précédemment, des solutions déjà avancées peuvent être rappelées (point 2.5.1) et de nouvelles sources de financement doivent être considérées (point 2.5.2).

2.5.1. Des financements déjà identifiés et disponibles

2.5.1.1. Plusieurs pistes de financement déjà identifiées sont susceptibles d’être activées

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.

Le rapport issu de la concertation menée par L. Vachey avait exploré sept pistes que la mission n’a pas retenues, pour les raisons détaillées en annexe¹⁰¹.

Au-delà, huit mesures proposées précédemment sont retenues et analysées à nouveau par la mission :

- ◆ Trois leviers permettant de 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 soit, respectivement :
 - la réduction de l’abattement de 10 % pour le calcul de l’impôt sur le revenu des retraités ;
 - la suppression du critère d’âge pour le bénéfice de l’exonération de cotisations patronales pour le recours aux services d’aide à domicile pour les publics fragiles ;

¹⁰⁰ Selon les administrations centrales, outre les revalorisations salariales, la LFSS 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) et 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.

¹⁰¹ Ne sont ainsi pas retenues les mesures suivantes : la mobilisation de financements supplémentaires du Fonds de réserve des retraites, la transformation de 0,10 % de taux de PEEC (1% Logement) en contribution additionnelle de solidarité pour l’autonomie, la réallocation de moyens de la branche famille vers la perte d’autonomie, une meilleure régulation de la dépense concernant l’allocation aux adultes handicapés (AAH), l’instauration d’une deuxième journée de solidarité, l’alignement de la CSG des retraités sur celle des actifs.

- les mesures de rationalisation de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA), en particulier la prise en compte du patrimoine immobilier, aspect proposé par ailleurs par la mission et considéré comme de plus en plus susceptible d'être mis en œuvre de manière opérationnelle ;
- ◆ Trois autres leviers permettraient de faire reposer le financement de la dépendance sur une logique de solidarité plus universelle tenant compte de l'ensemble des facultés contributrices :
 - l'extension de l'assiette de la CSA et/ou de la CASA ;
 - la création d'une tranche de CSG à taux majoré ;
 - 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 gratuit¹⁰² ;
- ◆ Enfin, deux mesures tendant à rechercher plus d'efficacité dans la dépense publique - pour dégager des marges de financement permettant une plus grande solidarité avec les personnes dépendantes - passeraient par un ajustement de dispositifs actuels, soit :
 - le recentrage à 2,5 SMIC des allègements de cotisations patronales (cotisations famille) ;
 - 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.

Le rendement de ces différentes mesures est d'au moins 5,2 Mds€ (tableau 5).

¹⁰² Voir C. Pires Beaune, *Rapport sur la proposition de loi visant à réformer la fiscalité des droits de succession et de donation : protéger les classes moyennes et populaires, et mieux redistribuer les richesses*, Commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire, Assemblée nationale, février 2021, n° 3409 rect.

Tableau 5 : Mesures avancées précédemment et activables pour financer la branche autonomie

Options	Avis mission	Dernière estimation (en M€)	Type
Réduction de l'abattement de 10% pour le calcul de l'impôt sur le revenu des retraités	<i>Plutôt qu'une réduction uniforme de l'abattement, il est proposé de le conditionner aux ressources (chiffre illustratif)</i>	1 300	Ajustement de la contribution des personnes âgées
Suppression du critère d'âge pour bénéficiaire de l'exonération de cotisations patronales pour le recours aux services d'aide à domicile pour les publics fragiles	<i>Mesure pleinement justifiée</i>	150	
Mesures de rationalisation de l'allocation personnalisée pour l'autonomie	<i>Option activable en cohérence avec les autres options avancées par la mission</i>	450	
Extension de l'assiette de la CSA et/ou de la CASA	<i>Mesure pleinement justifiée</i>	400 à 500	Ajustement de la contribution des redevables présentant des facultés contributives non sollicitées
Création d'une tranche de CSG à taux majoré	<i>Chiffre pour 1 % selon le rapport Vachey</i>	1 300	
Instauration d'un prélèvement sur les transmissions du patrimoine ou par modification de l'assiette des droits de mutation à titre gratuit (DMTG)	<i>Nouvelle CSA sur les successions ou transmissions (DMTG) justifiée, car les patrimoines ont cru de 37,8 % depuis fin 2015 ; actions cohérentes avec les orientations développées à ce sujet par l'auteur du présent rapport</i>	400 à 500	
Recentrage à 2,5 SMIC des allègements de cotisations patronales	<i>Mesure pleinement justifiée</i>	1 100	Efficience de la dépense publique
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	<i>Mesure d'autant plus justifiée, si un traitement plus favorable des sorties en rente dépendance de l'épargne assurantielle était retenue (voir par ailleurs)</i>	110	
Total		5 210 à 5 410	

Source : Travaux mission à partir des rapports et données cités.

2.5.1.2. *Le recours à l'assurance : une solution ni miracle ni mûre*

La mission a pris connaissance de **la situation actuelle du marché, dans laquelle la part dévolue au risque dépendance est des plus modestes, sinon résiduelle** (voir *supra*, point 1). Elle a également enregistré **les difficultés rencontrées par certains assurés** dans ce cadre¹⁰³. Elle en a fait état auprès des administrations publiques compétentes. Au demeurant, ces problématiques sont le reflet d'une **très grande diversité de l'offre**, déjà soulignée à de nombreuses reprises¹⁰⁴.

La proposition de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) et France assureurs (sans que le Centre technique des institutions de prévoyance - CTIP s'y soit associé) **de généralisation d'une couverture dépendance générale et standard, adossée ou intégrée dans les contrats actuels de complémentaire santé et permettant de servir - dès sa mise en œuvre - une rente dépendance aux personnes confrontées au risque, constitue une proposition nouvelle et, à de nombreux égards, plus avancée que les propositions historiques**¹⁰⁵.

Pour la mission, **cette question du rôle de l'assurance complémentaire dépendance mériterait de nombreuses analyses plus approfondies** pour aboutir à des conclusions durables, pour autant qu'elle puisse aujourd'hui constituer une priorité en matière d'assurances.

Le rapport issu de la concertation menée par Laurent Vachey avait en effet écarté cette proposition pour de nombreux motifs : 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* »¹⁰⁶.

L'annexe 5 détaille les analyses de la mission. Elles sont synthétisées ici.

Le schéma avancé par ses promoteurs n'est, de leur propre aveu, pas encore stabilisé. Ses conditions cruciales de sécurisation et de gestion sont à déterminer et à travailler. **L'idée même de recourir à un dispositif de ce type conduit à interroger la valeur ajoutée de cette intervention, au regard des autres possibilités et de la couverture des autres risques.** Plusieurs éléments doivent être avancées :

¹⁰³ Ces problématiques ont notamment été évoquées in D. Libault, *Grand âge, le temps d'agir*, rapport issu de la concertation nationale Grand âge et autonomie, mars 2019.

¹⁰⁴ Voir HCFEA - Conseil de l'âge (C. Bonnet et R. Fontaine), *Rapport annexe de la Commission de travail sur le recours aux financements privés dans la couverture de la perte d'autonomie*, décembre 2017.

¹⁰⁵ Notamment celles analysées dans D. Libault, *Grand âge, le temps d'agir*, rapport issu de la concertation nationale Grand âge et autonomie, mars 2019 et notamment les travaux de l'atelier 3, sur les nouveaux financements (https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_3_financement_vf.pdf).

¹⁰⁶ Voir, en particulier : 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.

- ◆ **Le caractère difficilement prévisible et modélisable du risque** dépendance dans son format actuel handicape largement la nature même des propositions formulables ;
- ◆ **La proposition n'est pas articulée avec les garanties existant en matière de prévoyance** qui sembleraient les plus adaptées à ce sujet, et en tout état de cause, doivent être articulées avec cette proposition : **alors que l'agenda social adopté au cours des dernières semaines par les partenaires sociaux met en avant l'idée de généraliser la prévoyance** et que des réflexions et travaux interviennent dans le secteur public, **cet angle mort de la proposition ne peut laisser indifférent ;**
- ◆ **Cette démarche est avancée alors même que le coût des complémentaires santé pour les plus âgés est très significatif et que l'accessibilité financière de ces publics à une complémentaire santé efficace et efficiente n'est pas - loin s'en faut - avérée** : il est paradoxal qu'alors que ces acteurs échangent régulièrement avec les pouvoirs publics à ce sujet, depuis la généralisation de la complémentaire santé, ils formulent cette proposition sans l'assortir d'aucune avancée sur ce point essentiel, et alors que la proposition, en renchérissant le coût des complémentaires, risque d'exclure de leur champ une partie des personnes âgées les plus à risque de fait de leur âge, de leurs revenus et de leur situation de santé ;
- ◆ **Aussi, la logique poursuivie n'a-t-elle de pertinence qu'en ce qu'elle ne repose pas sur l'intervention publique** : cette approche peut, par nature, être contestée en ce que la socialisation des risques - par des recettes et des dépenses communes et solidaires - est la raison d'être de la branche autonomie ; la question de l'articulation entre l'intervention publique et la solvabilisation par des complémentaires privées est d'une difficulté très forte et pourrait constituer un obstacle à la mise en place d'un pilotage plus renforcé et d'une régulation, pourtant indispensables. **Cette approche n'est pertinente que si ces interventions sont comptabilisées par les autorités nationales et européennes comme des interventions privées, aspect qui devrait être confirmé** et qui n'apparaît pas, à la date de réalisation du présent rapport, totalement avéré. Enfin, les assureurs sont d'ores et déjà concernés par une couverture de risque de plus en plus fragile et délicate (du fait de la dimension environnementale), cette question pose donc celle des chantiers prioritaires à traiter pour les acteurs de l'assurance.

Dans ce contexte, et eu égard aux nombreuses dimensions devant être prises en compte, la mission écarte la possibilité de répondre aux besoins de manière structurelle, aujourd'hui et demain, par le biais d'une assurance dépendance obligatoire.

Elle recommande cependant que les travaux soient poursuivis afin, en particulier, de :

- ◆ **Standardiser un socle technique dans les protections offertes actuellement dans un but d'harmonisation**, afin de garantir la clarté et la transparence des prises en charge pour tous les bénéficiaires et d'articuler ces interventions avec les autres et, au premier chef, la prévoyance ;
- ◆ **Analyser les mesures les plus à même de permettre de mobiliser les produits actuels d'assurance pour faire face au risque dépendance ;**

- ◆ **Envisager dans quelle mesure cette couverture pourrait concerner un risque plus certain et bientôt cernable, celui lié aux couvertures complémentaires envisagées dans le cadre du présent rapport** ; en effet, les prises en charge au titre de la dépendance et des soins seraient globalisées et prises en charge par les acteurs publics ; en ce qui concerne l'hébergement, la mission propose de faire la part entre une prise en charge offerte à tous les résidents par tous les acteurs, tarifée par les autorités publiques et opposable aux structures et aux résidents, cet accompagnement étant pour partie pris en charge par la prestation individuelle rénovée ; à côté de cette prise en charge socle, les établissements pourraient offrir des services et prises en charge optionnels ou complémentaires, non pris en charge par le système public de soutiens, qui pourraient justifier l'intervention des complémentaires, tout en veillant à tirer les enseignements des difficultés rencontrées actuellement dans l'articulation entre base et complémentaire, notamment dans le champ de la santé¹⁰⁷.

Les travaux à mener demeurent des plus significatifs. Ils nécessitent une action des acteurs du monde des complémentaires et de l'assurance, mais aussi des autorités et administrations de tutelle. **Une mission pourrait être confiée aux inspections générales** ou à toute autre formation estimée utile, **pour approfondir ces différents axes de réflexion et affiner les solutions pouvant être apportées, sans pour autant demeurer sur l'idée d'une couverture de base obligatoire, et prenant en charge la couverture de l'ensemble du risque, approche qui n'est pas retenue ici.**

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

La branche autonomie vient d'être créée. Son périmètre demeure partiel, en ce que les dépenses figurant en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) ne couvrent que les seules interventions de la Sécurité sociale. Les agrégats en LFSS ne font pas état des autres interventions publiques, qu'elles soient le fait de l'Etat ou des collectivités locales. Dans le même esprit, **son système de financement, s'il a été clarifié, demeure relativement composite. Outre la contribution sociale généralisée (CSG), qui est d'un apport majeur, ses recettes sont constituées de la contribution sociale autonomie (CSA) et de la contribution sociale additionnelle pour l'autonomie (CASA).**

Ce financement demeure imparfait. Il relève plus d'une logique générale d'affectation de recettes que d'une recherche de lien et de cohérence entre, d'une part, le type de recettes mobilisées et, d'autre part, la nature des dépenses financées.

¹⁰⁷ Un choix de ce type pourrait avoir un impact sur le choix de l'entité gérant la prestation (voir *supra* point 2.4), selon que le réseau retenu ait ou non l'habitude d'intervenir avec des acteurs complémentaires.

Le recours à une « cotisation » autonomie n’a jamais été retenu, en ce que faire supporter ce financement du risque par les seuls actifs n’est jamais paru justifié. **Des prélèvements spécifiques et complémentaires (CASA et CSA) ont ainsi été créés pour marquer des modes spécifiques de solidarité vis-à-vis des personnes âgées et des personnes handicapées** : la contribution reflétant les ressources du « jour férié travaillé » ou encore celle permettant de mettre à contribution les inactifs, premiers concernés par ces couvertures. **Ces prélèvements demeurent dans leur logique non universels**, aspect qui a été rappelé par de nombreux travaux et souligné à nouveau ci-dessus (voir les ajustements proposés à la CSA et à la CASA *supra*, point 2.5.1).

Construire la 5^{ème} branche sur des bases solides conduit à reconsidérer l’existant. A titre préalable, la mission se prononce pour une priorité forte donnée à la prise en charge du grand âge. Cette priorité devrait se matérialiser dans la répartition des ressources entre, d’une part, le financement des soutiens aux personnes âgées et, d’autre part, celui apporté aux personnes handicapées. Il conduirait en outre à porter des dynamiques différentes dans les soutiens apportés à chacune des populations.

Mais cette nécessaire clarification de l’affectation des recettes et produits au sein de la CNSA doit impérativement s’accompagner d’une **identification nouvelle des recettes mobilisables et cohérentes avec la nature du risque financé**, justifiant une mise à contribution des bénéficiaires, des acteurs du secteur et un prélèvement universel sur l’ensemble des revenus. Cette démarche a pour partie été conduite. Mais elle demeure pleinement inachevée. La mission entend ici proposer une voie nouvelle, et pour partie inédite.

Par nature, **faire des choix de prélèvement revient à faire des choix de solidarité et de type de mise à contribution et donc de profils de redevables.** Tout au long de ses travaux, la mission a veillé à **préserver et à rendre compatible** :

- ◆ **La responsabilité individuelle de chacun** face au risque, justifiant un reste à charge modulé selon les revenus et plus élevé en établissement qu’à domicile ;
- ◆ **La solidarité familiale**, qui s’exerce aujourd’hui de manière contrainte dans le cadre de l’ASH et de manière informelle et parfois contestable dans les autres cas ;
- ◆ **La solidarité départementale**, qui justifie que les résidents d’un même territoire contribuent à certaines dépenses qu’ils décident, par le biais de leurs représentants au sein du conseil départemental, de prendre en charge ;
- ◆ **La solidarité nationale** enfin, qui est un élément essentiel, en ce qu’il concerne le niveau pertinent de socialisation des risques et que seul ce niveau permet effectivement de prendre en compte les spécificités de chacun et de chaque territoire, et d’opérer des redistributions insusceptibles d’être mises en œuvre par les autres niveaux.

Ce débat est trop souvent passionné et passionnel. La mission entend le nourrir en avançant - avec calme et méthode - **plusieurs propositions** qui lui semblent les plus pertinentes. Toutes contribueraient à la refondation du financement actuel de prise en charge des personnes âgées, aspect qui est nécessaire à la fois pour financer tous les volets des réformes proposés, et **pour garantir, dans la durée, la soutenabilité financière, politique et sociale de la nécessaire politique de soutien à nos aînés les plus fragiles.**

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

Les réformes proposées conduisent à séparer totalement les recettes finançant la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, des dépenses reflétant les soutiens qui leur sont apportés. Tel n'est pas le cas actuellement dans le cadre de l'ASH. Tel n'était pas davantage le cas dans le cadre de l'ancienne PSD.

Ce mouvement de séparation entre les montants acquittés et les sommes effectivement demandées aux bénéficiaires et à leurs familles doit être pleinement conforté. Telle est une des justifications de la recommandation *supra* de la mission de supprimer l'ASH.

Pour autant, les soutiens apportés aux résidents par leur famille et leurs proches demeurent et demeureront omniprésents. Le poids de l'aide familiale est de mieux en mieux connu et reconnu, notamment au travers de l'affirmation d'un droit au répit. Ainsi, pour une famille, savoir qu'un de ses proches est pris en charge dans un établissement constitue *a priori* un allègement de tâches, de préoccupation et de certains coûts.

Dans le même esprit, rapport après rapport, les propositions se sont succédé pour liquéfier le patrimoine ou mobiliser celui-ci pour faire face au risque dépendance. Cette démarche, pleinement rationnelle et justifiée, a jusqu'ici toujours été un vœu pieux aux effets des plus faibles sur les comportements de nos concitoyens (voir annexe 5). La promotion du viager, des logiques d'anticipation sur la dépendance., etc. se sont toutes avérées peu suivies d'effet et, en aucun cas à la hauteur des enjeux. La raison a trait sans doute à **la faible capacité des personnes âgées et de leur entourage à prendre des décisions purement rationnelles et justifiées par un calcul économique, dans un moment de tensions, de changements très prononcés.** Très peu sont ceux qui choisissent délibérément d'être hébergés dans une structure collective et abandonnent de gaieté de cœur leur précédent cadre de vie. Dans ce contexte, l'attachement demeure fort à « l'avant ». **Attendre, voire exiger des décisions de vente de biens ou d'immeubles à ce moment-là, est souvent une demande trop forte et insusceptible d'être mise en œuvre par les résidents ou leurs proches, sauf quand ils sont totalement acculés par la nécessité. Prévenir cette situation est aussi très difficile,** en ce que nul n'entend réellement se projeter, plusieurs mois ou années avant, dans une situation plus ou moins longue, de séjour en établissement.

Face à ces contraintes et ces échecs, la mission propose de mettre en place deux recettes nouvelles et solidaires, directement inspirées de l'existant et supportées par les familles, en prenant en compte leurs facultés contributives : une sur les obligés alimentaires, l'autre sur l'actif net successoral.

Les obligés alimentaires des personnes âgées dépendantes entrant en EHPAD seraient, selon leurs facultés contributives, redevables d'un montant forfaitaire, selon un barème progressant selon leurs revenus. Contrairement à la situation actuelle - où cette contrainte ne pèse que sur les proches des personnes bénéficiant de l'ASH ou de manière informelle dans le cadre d'arrangements bien souvent nécessaires -, cette somme forfaitaire serait prélevée auprès des familles en ayant la capacité, en la prenant en compte.

Cette recette, nouvelle et affectée, pourrait être prélevée, soit par l'organisme gestionnaire de la prestation, soit dans le cadre du recouvrement de l'impôt sur le revenu. Elle ne serait supportée que par les collatéraux, les ascendants éventuels et les descendants directs : **les petits-enfants n'y seraient pas soumis.**

Dans le même esprit, à la suite du décès d'un bénéficiaire, un montant forfaitaire et répondant également à un barème progressif selon les facultés contributives, serait prélevé sur l'actif net successoral. Contrairement à la situation actuelle dans laquelle la valeur donnant lieu à récupération est différente pour l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et le minimum vieillesse (39 000€, seuil porté à 100 000€ par la récente réforme des retraites) et pour l'ASH (46 000€), le seuil serait unique et pourrait être donc porté à 100 000€, pour tous les soutiens confondus. La meilleure articulation et l'effectivité de ces recours sur succession passeraient par le fait de les confier à un opérateur unique chargé de ces recouvrements, et nouant à cette fin des partenariats avec les notaires. La CNAV a progressé à ce sujet mais entre les départements et les différents organismes, cette gestion demeure des plus artisanales et frustrées. Il serait nécessaire de la penser de manière intégrée et articulée pour en garantir l'effectivité et en assurer l'efficacité. Une action en lien avec l'administration fiscale pourrait également être réfléchie.

Ces deux nouvelles recettes sont construites à partir de l'existant : dans la situation actuelle, elles ne constituent pas des prélèvements obligatoires, mais bien des recettes diverses affectées au financement du risque. Ce cadre devrait être conforté à la suite de la réforme.

Le fait générateur conduisant les ménages à être redevables de ces recettes serait le séjour en EHPAD¹⁰⁸. L'ampleur des montants dus serait aussi fonction de la durée passée en hébergement, élément qui serait pris en compte dans le barème, notamment pour éviter une trop forte contribution des familles de personnes ayant résidé une faible ou très faible période en structure d'hébergement.

Au-delà, dans la continuité des propositions formulées par Bertrand Fragonard et Dominique Libault, **il serait opportun de coupler ces deux nouvelles recettes d'un élément protecteur : un bouclier, exprimé en durée** (pour l'obligation sur les proches) **et en montant** (pour cette obligation et pour la recette sur succession), afin d'éviter de mettre à contribution de manière disproportionnée les familles des personnes séjournant longtemps, voire très longtemps en EHPAD. Ce bouclier pourrait intervenir à compter de deux, trois ou quatre années de séjour, ou d'un certain niveau financier à déterminer.

Ces recettes sont dans leur principe nécessaires. Elles sont construites selon un principe solidaire. Elles permettraient en outre, selon le profil qui serait retenu, de disposer d'apport des recettes nouvelles dans des proportions conséquentes.

¹⁰⁸ La mission n'a pas envisagé les autres situations, eu égard au cadre de réflexion qui était le sien. Mais cette approche pourrait être étendue à toute prise en charge à domicile, en logement intermédiaire ou en hébergement. Dans ce cas, les barèmes devraient tenir compte des soutiens apportés, en demandant des efforts moins importants aux personnes prises en charge à domicile par rapport à celles prises en charge en établissement.

En tout état de cause, à **champ inchangé et sans attente de recettes supplémentaires, le montant collecté serait équivalent à celui récupéré actuellement dans le cadre de l'ASH, soit de l'ordre de 900 M€¹⁰⁹**. Ces montants sont actuellement récupérés auprès des 117 000 bénéficiaires de l'ASH en 2020, l'objectif minimal serait de prélever ces recettes sur les plus de 730 000 personnes hébergées, mais le rendement potentiel pourrait être plus important, le potentiel contributif sur cette population plus large étant notoirement plus important.

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

Dans le cadre actuel, il n'existe aucune valorisation de l'autorisation publique donnée à des acteurs privés d'assurer une mission d'intérêt général et d'utilité sociale d'accompagnement des personnes âgées dépendantes. En effet, les entités privées peuvent exercer ce métier dans un cadre équivalent à celui des personnes morales de droit public, ce qui économiquement, vu le droit d'autorisation octroyé, se rapproche des caractéristiques d'une concession de service public.

Pour autant, il est avéré que quand une structure est mise en vente, les montants acquittés conduisent à valoriser les autorisations de places liées à la structure : à dire d'experts, une structure saine est rachetée entre personnes privées pour des montants pouvant aller de deux à cinq années de chiffre d'affaires. L'achat intègre, outre le bâti, la capacité autorisée à accueillir et prendre en charge des personnes âgées dépendantes, qui conduit à construire un projet économique permis par la garantie d'activité et de financements publics découlant de l'autorisation d'exercer et du nombre de places.

La mission propose donc la création d'un prélèvement sur les cessions de structures d'hébergement de personnes âgées dépendantes. Ainsi, dès lors qu'un établissement changerait de détenteur ou verrait la composition des détenteurs de son capital évoluer de manière significative, il serait redevable auprès de la puissance publique d'un prélèvement calculé à partir de sa valorisation lors de la vente de tout ou partie de son capital et de ses actifs. Le respect de ce cadre serait assuré par une obligation des établissements de signaler tout changement dans la détention de leur capital ou de leurs actifs. L'irrespect de cette obligation d'information conduirait à une procédure d'autorité (équivalent de la taxation d'office). Des travaux d'analyse devraient permettre de déterminer les modalités opérationnelles adaptées pour effectuer ces opérations, notamment le réseau pertinent de collecte ou d'exploitation des informations et de recouvrement des recettes. L'objectif est bien de prélever, sur des opérations de ce type, la part du prix reflétant la valeur de l'autorisation donnée par la puissance publique.

¹⁰⁹ Les récupérations au titre de l'ASH se sont élevées à 887 M€ en 2018, correspondant pour 66 % aux participations des bénéficiaires, pour 21 % aux recours sur succession et pour 13 % aux récupérations sur les obligés alimentaires. Voir annexe 4.

Au-delà, la mission estime indispensable de réguler avec des moyens adaptés, l'ensemble du secteur et, en particulier le secteur privé lucratif. Si l'initiative privée n'a aucune raison d'être pénalisée ou découragée, il est pleinement légitime que son cadre d'action soit encadré et régulé, dès lors que son activité est directement liée aux politiques publiques. Les limites rencontrées dans des cas extrêmes qui ont marqué l'actualité ont souligné les failles du système de régulation. Un nouveau cadre doit donc être pensé.

Au-delà des actions de contrôle déjà mises en œuvre et des mesures d'encadrement prévue par le présent rapport, la démarche consiste à clairement distinguer ce qui relève de la prestation socle d'hébergement et ce qui relèverait de dimensions complémentaires ou supplémentaires, afin de clarifier les champs pouvant donner lieu à recettes additionnelles, et ceux ne le pouvant pas. De même, ces structures seraient soumises aux mêmes principes de composition de leur population résidente que les autres (voir *supra*).

Pour autant, l'asymétrie demeurerait : du côté des résidents, en ce qu'ils seront bien en peine de distinguer les prestations facturées à bon escient, et celles moins utiles ou souhaitées, du côté de la structuration de l'offre, en ce que l'intervention privée ne s'implante logiquement que là où elle y a intérêt et donc où elle est susceptible de dégager des parts de marché et de trouver une clientèle solvable. La seule autorisation accordée à la structure privée lucrative ne permet pas une régulation suffisante.

Aussi, la mission propose-t-elle de mettre en place un prélèvement forfaitaire à la place, acquitté par chaque structure privée lucrative. Pour les groupes les plus importants, une alternative serait ouverte : ils pourraient contractualiser avec une structure mise en œuvre au niveau national, le Comité économique de prise en charge des personnes âgées en établissement (CEPECPAE). Cette contractualisation conduirait - sur le modèle des échanges existants dans le champ du médicament au sein du comité économique des produits de santé (CEPS) - ces groupes à contractualiser avec les organismes d'assurance maladie et les autorités publiques sur les modes de prise en charge, leurs implantations territoriales, leurs engagements en matière de mixité de la population résidente, la nature de leurs activités (base et complémentaire) et les bénéfices qu'ils dégageraient de cette activité. Une convention cadre serait élaborée, pour déclinaison dans des contrats passés entre le CEPECPAE et les différents acteurs et groupes d'acteurs. Le respect des clauses contractuelles conduirait à une minoration de la redevance à la place due par les structures. Son irrespect ouvrirait droit à une redevance plus importante. Les acteurs pourraient refuser de contractualiser avec le CEPECPAE, ce qui entraînerait un dispositif général de mise à contribution (sur le modèle de la clause de sauvegarde dans le champ du médicament).

Le refus de participer à ce cadre de régulation ou d'acquitter les montants dus pourrait conduire à un ensemble de sanctions pouvant passer par un *malus* sur les financements publics (*malus* sur les dotations versées au titre des soins ou de la dépendance) ou aller jusqu'au retrait de la capacité à délivrer des soins (les EHPAD deviendraient de ce fait des EHPA non EHPAD).

Ce dispositif aurait vocation à être précisé pour prendre en compte le profil des entités soumises aux différents niveaux d'obligation. Il serait mis en place pour le secteur privé lucratif, et au bénéfice des analyses assurées au sein de l'observatoire économique (voir *supra*).

La mission estime peu pertinent d'intégrer à ce stade les autres secteurs dans le champ de cette régulation spécifique. Une extension du champ ne serait envisagée qu'en cas de nécessité identifiée via les travaux de l'observatoire économique ou en raison d'un besoin de déterminer un cadre plus général de régulation, au-delà du seul secteur privé lucratif et de ses fortes spécificités d'intervention.

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

Comme cela a été indiqué et comme précisé en annexe 4, **le financement actuel de la CNSA et de la 5^{ème} branche est perfectible à plusieurs égards.**

Ce financement n'est pas garanti dans la durée, en ce que l'affectation d'une fraction de la CSG, si elle présente des avantages certains, ne constitue pas une garantie forte : l'affectation du produit de la CSG a largement fluctué au regard des besoins de financements et des priorités politiques.

Ce financement n'est pas réellement dédié et donc peu identifié par les Français. Ils ne peuvent ainsi prendre conscience de l'effort qui leur est effectivement demandé pour financer les politiques publiques de l'autonomie. Cet élément n'est en aucun cas esthétique ou théorique mais d'intérêt général dans la durée s'agissant d'un risque nouveau et amené à se développer. **La bonne identification de la contribution partagée par tous revêt un caractère central** : elle est une des conditions de la soutenabilité financière, donc politique et sociale des interventions menées.

Ce financement est enfin pour partie contestable, en ce que la CSG, si elle met à contribution les revenus divers, repose plus largement sur les revenus d'activité et ne met pas tous les types de revenus à contribution de la même manière. Instituer un nouveau prélèvement permettrait de moduler plus fortement les efforts demandés à chaque catégorie de revenus et à les embrasser dans leur diversité.

Ce financement est enfin composite et peu clair, puisqu'à l'apport majeur de la CSG est combiné celui de la CASA, de la CSA et d'une fraction de la taxe sur les salaires.

Financer le risque de perte d'autonomie, en particulier celui des personnes âgées, justifie une action claire et lisible. Elle doit débiter avec l'identification d'une recette claire, assise sur tous types de revenus, universelle et générale.

Il est donc proposé de créer, en lieu et place de l'existant, une contribution autonomie, en partant du modèle retenu pour la CRDS. Ainsi :

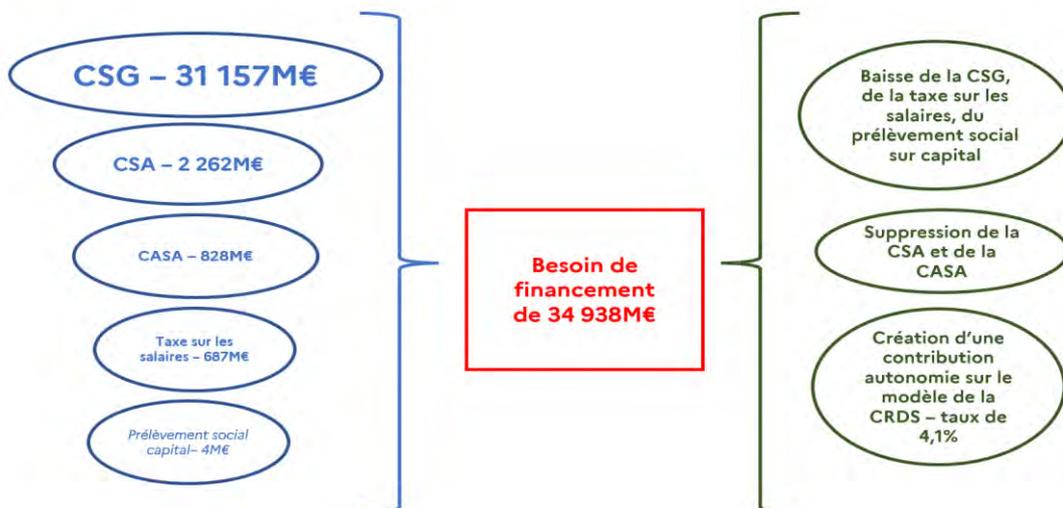
- ◆ Cette contribution permettrait d'atteindre le même rendement que les recettes actuelles, en garantissant leur évolution plus dynamique au regard de l'assiette retenue pour la CRDS ;
- ◆ Elle se substituerait aux prélèvements existants et donc serait accompagnée d'une baisse de la CSG, de la taxe sur les salaires et de la suppression de la CSA et de la CASA¹¹⁰ ;

¹¹⁰ La question du prélèvement social sur le capital devrait être traitée à part, eu égard au faible produit affecté à la CNSA actuellement.

- ♦ A champs et taux comparables, ce nouveau prélèvement aurait un taux estimé à 4,1 %, mais les efforts pourraient être modulés selon les revenus mis à contribution et ce calcul sommaire est effectué toutes choses égales par ailleurs et sans prendre en compte les effets retours, notamment sur l'impôt sur le revenu (à cet égard, la mise en œuvre du nouveau prélèvement justifierait de trancher notamment sur son caractère déductible ou non).

Le cadre proposé est présenté ci-dessous. **Cette évolution serait de nature à lever les insuffisances constatées et de donner visibilité, stabilité et constance dans le temps au mode de financement du 5^{ème} risque, objectif qui semble devoir impérativement être poursuivi.** Non pour des raisons financières, mais avant tout pour garantir le consentement à la recette publique et à cet effort public demandé aux Français, dans le cadre affirmé par la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen (articles 13, 14 et 15).

Graphique 26 : **Equivalent entre les impôts et taxes affectées à la CNSA et la CRDS - en 2022 - en M€ et en taux de prélèvement**



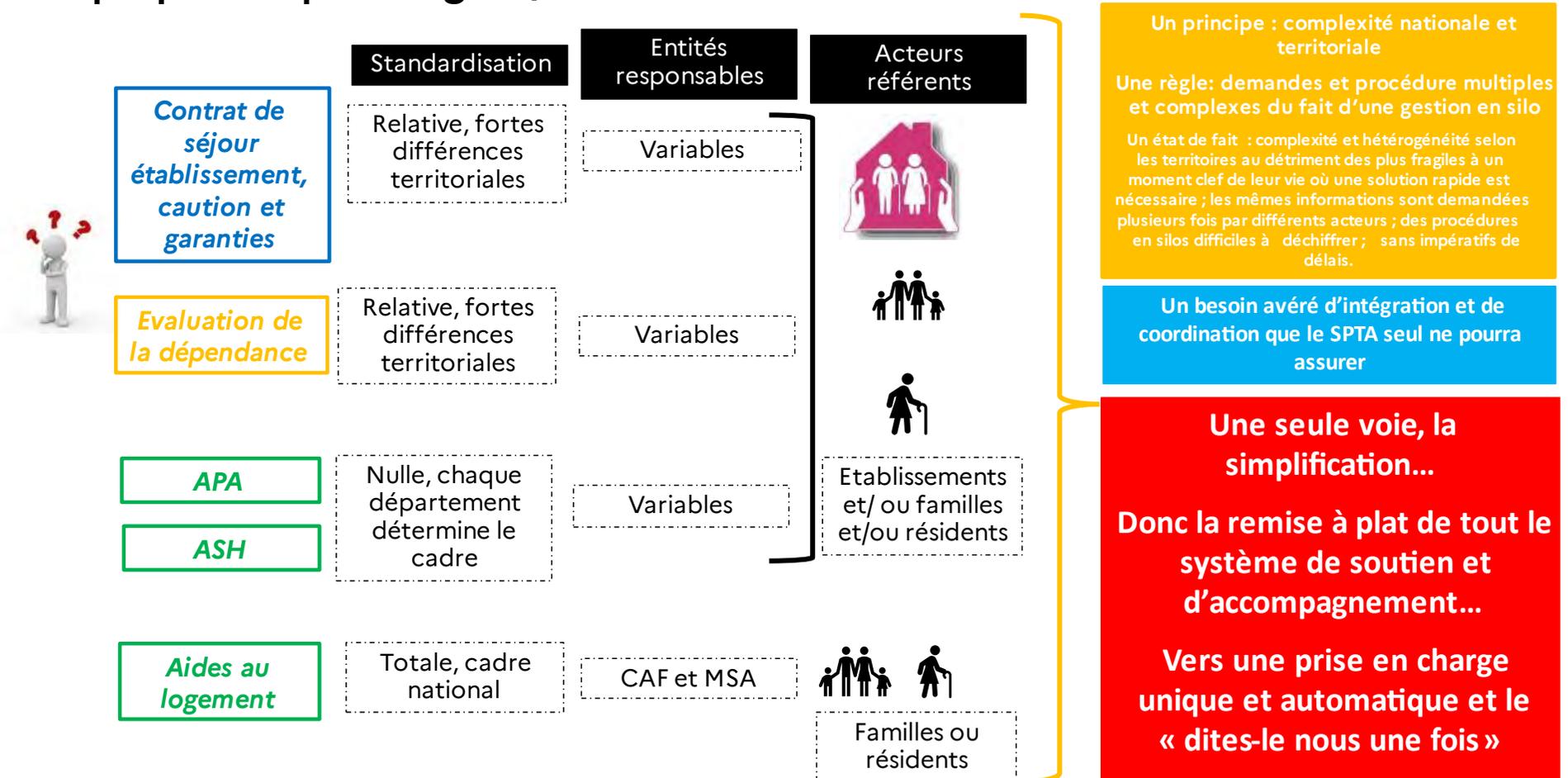
Source : Travaux mission. Données issues du rapport de la commission des comptes, mai 2023 ; Comptes 2022 et Rapport d'activité 2022 de la CADES.

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

Les travaux (annexe 8) soulignent que l'on demande aux personnes âgées les plus fragiles et à leur famille, dans un moment clef et de changement, de procéder à des démarches multiples, complexes et potentiellement redondantes. La complexité des parcours des personnes âgées modélisées par la mission (10 opérations distinctes identifiées par la mission et formalisées en annexe) est à cet égard des plus illustratives (graphique 27).

Graphique 27 : Synthèse des travaux de la mission sur les parcours des personnes âgées dépendantes résidant en établissement et les principales démarches auxquelles elles sont confrontées

Les soutiens aux personnes âgées dépendantes ou comment demander le plus compliqué aux plus fragiles, à un moment clef de leur vie



Source : travaux mission.

Par ailleurs, dans la continuité des propositions concernant les nouvelles mesures de maîtrise des tarifs, d'encadrement des prestations et de soutiens renforcés pour permettre à chacun de financer son séjour, une action renforcée de pédagogie et d'information serait incontournable (encadré 11).

Encadré n°11 : Le coût du séjour et les soutiens apportés par les finances publiques, un objet majeur de communication auprès des résidents et de leurs familles

La création du site national administré par la CNSA (www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr) et la montée en puissance des actions de communications par la Caisse constituent un point d'appui évident.

Tout particulièrement, les informations données sur les tarifs, l'annuaire et la fonction de comparateur de prix est d'un apport essentiel.

Si ces améliorations sont incontestables, la mission estime nécessaire d'aller encore plus loin. En effet, le présent rapport suggère de distinguer ce qui relève du financement des structures de ce qui relève du soutien des personnes âgées. Le cadre actuel assure pour partie cette distinction et il convient de la renforcer.

Pour autant, le fait de financer, d'une part, la structure et, d'autre part, le résident ne doit pas conduire à une vision sélective du niveau de dépenses publiques liées à chaque séjour en établissement. Il serait nécessaire que, dans chaque établissement, au moins une fois par an, les résidents et leurs familles soient destinataires, même sous un format simplifié et une approche moyenne (dans l'établissement, le département ou au plan national) d'une présentation du coût du séjour indiquant tous les postes de dépenses publiques et donc tant les financements apportés à la structure que les soutiens accordés aux individus.

En effet, l'effort public est très important. Il doit être mieux présenté aux bénéficiaires.

Dans le même ordre d'esprit, la mission propose de renforcer les informations proposées aux résidents dans les factures qui leur sont adressées. Actuellement, elles peuvent être difficiles à lire notamment du fait que les établissements interviennent de manière plus ou moins forte pour le compte des départements au titre de l'APA en établissement ou de l'ASH. La réforme proposée devrait permettre une clarification des procédures. Elle devrait s'accompagner d'un travail sur le contenu des factures mensuelles.

Source : travaux mission.

Aussi, comme indiqué précédemment, **la rénovation en profondeur du système de soutien implique la mise en place d'une double automaticité :**

- ◆ **Automaticité de la mise à contribution** (recette sur les obligés alimentaires, prélèvement sur les successions) ;
- ◆ **Automaticité du bénéfice du soutien.**

La mise en place annoncée du service public territorial de l'autonomie (SPTA)¹¹¹ constitue une occasion unique pour déployer enfin une politique effective d'accompagnement. Combinée aux objectifs poursuivis par ce rapport, trois options d'ambitions diverses et cumulables dans le temps sont à envisager.

¹¹¹ Voir D. Libault (avec le concours de C. Perruchon et d'A. Farnault), *Vers un service public territorial de l'autonomie*, rapport au ministre de la Santé et des Solidarités, à la ministre déléguée à l'Autonomie, à la secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées, mars 2022.

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

Les actions mises en œuvre à la suite du présent rapport constitueraient un premier terrain de mobilisation effective du nouveau SPTA. Une campagne nationale de communication élaborée sous l'égide de la CNSA, déclinée dans le portail national, serait mise à disposition des territoires pour sensibiliser les établissements, les résidents et leurs familles aux changements intervenus.

Ces mesures seront combinées à une démarche d'accompagnement opérationnel au changement, en assistant les acteurs de terrain pour faciliter l'accomplissement des démarches des personnes concernées : précision des éléments à renseigner dans les déclarations fiscales, modalités de demande d'une aide, telle que l'aide au logement, etc.

Au-delà, cette opération serait l'occasion de mener une campagne renouvelée d'accès aux droits, en rappelant le cadre applicable à l'ASH dans le cas où celle-ci serait maintenue, en rappelant les conditions et modalités dans lesquelles les résidents peuvent solliciter les aides au logement et les avantages qui en découlent. Comme indiqué *supra*, la situation particulière des personnes âgées dépendantes et des établissements seraient à prendre en compte dans le cadre des travaux en cours sur les « territoires zéro non-recours » : elles constitueraient une population-cible de ces actions, au regard des difficultés d'accès aux droits qu'elles ou leurs proches peuvent rencontrer.

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

Des actions complémentaires pourraient être menées. Elles conduiraient à standardiser les procédures, en déterminant les interventions respectives, à cadre institutionnel inchangé, des services des départements et des autres acteurs (établissements notamment). Une action de sensibilisation pour faire converger les critères retenus serait menée (choix de gestion pour l'ASH notamment).

Mais la prise en charge serait améliorée sur plusieurs dimensions. Une demande standard de l'APA en établissement et à domicile serait généralisée et rendue obligatoire. Les départements se verraient en outre reconnaître la possibilité de recourir aux données auxquelles ils ont accès, telles que le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS), et d'user de leur droit de communication pour ne pas solliciter les résidents et leurs proches sur des informations et renseignements déjà détenus par les acteurs publics¹¹².

Les démarches seraient en outre encadrées dans des délais maximaux d'examen. Les délais de traitement seraient pilotés et donneraient lieu à des publications nationales régulières, pour identifier les territoires les plus efficaces et ceux en écarts de performance. Enfin, au-delà d'un certain délai d'examen de la demande, celle-ci serait réputée rejetée : le portail national proposerait un modèle de contestation de la décision implicite de rejet pour faciliter la capacité des demandeurs à faire valoir leurs droits.

¹¹² Voir B. Ferras et C. Lépine, *Évaluation du répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) : bilan et perspectives*, Rapport IGAS, juin 2021.

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

Le nouveau dispositif de soutien répondrait aux « 3U » prônés par Lord Beveridge : unité, uniformité et universalité. Il pourrait également répondre aux « 3P » avancés par certains¹¹³ : personnalisation, parcours et partage des données.

Ainsi, l'APA / l'AUSAE deviendrait un soutien automatique, les droits seraient ouverts dès le constat de la situation de dépendance par l'équipe pluridisciplinaire. Le parcours de la personne âgée serait sans couture, en ce que ses changements de situation seraient pris en charge par le dispositif : le passage du domicile à l'établissement entraînerait ainsi un changement de prestation. La personnalisation serait assurée, en prenant en compte les caractéristiques de la personne protégée et notamment sa personne de confiance, le cas échéant son mandataire ou la composition de son foyer, afin de prévenir et d'accompagner les situations de vie. Enfin, le partage des données serait pleinement mobilisé en ce que, s'agissant de personnes âgées dépendantes, le « *dites-le nous une fois* » deviendrait la règle. La stabilité des situations et des revenus faciliterait la mise en place de gestions de ce type.

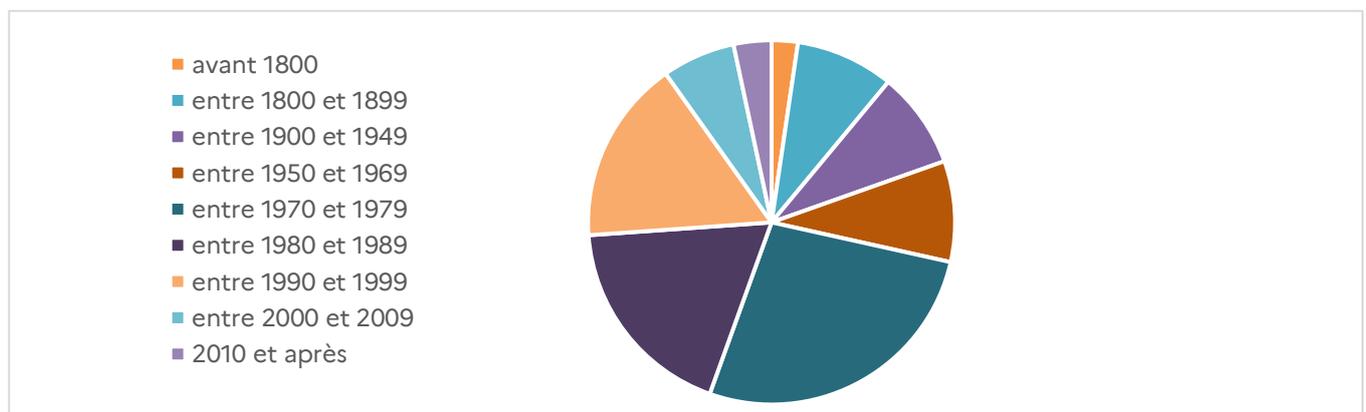
De ce point de vue, le nouveau système de soutien répondrait aux souhaits de chacun de disposer du « juste droit »¹¹⁴.

2.7. Des actions à mener sur l'immobilier

La gestion immobilière revêt une importance clé. Elle est au cœur de la prise en charge des personnes âgées en établissement. Elle est une composante importante des coûts, donc des tarifs et du reste à charge actuel.

A cet égard, 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 28).

Graphique 28 : Date de construction du bâtiment par établissement en 2019



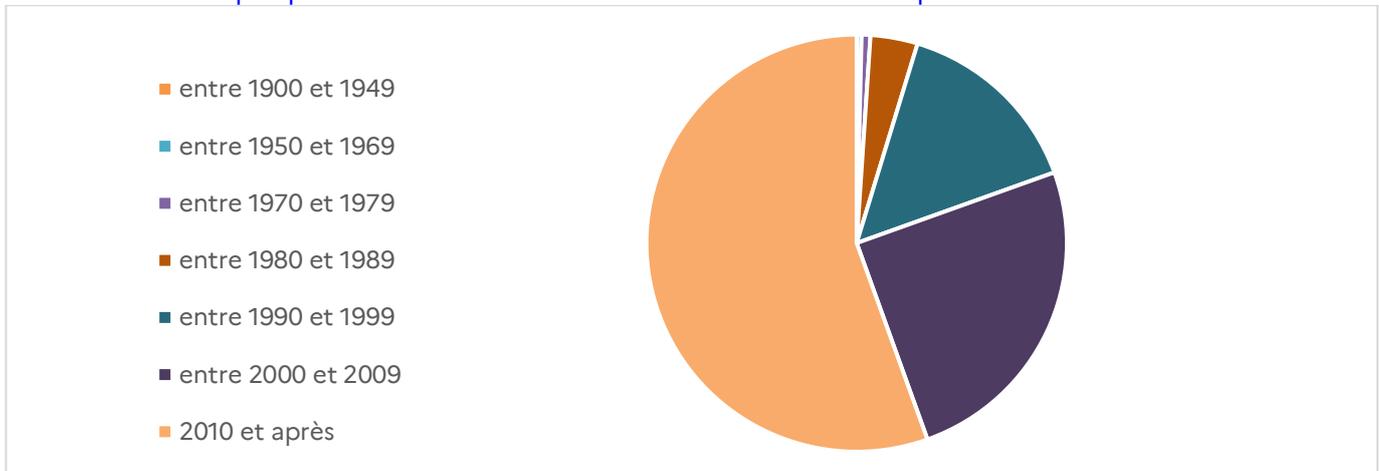
Source : Enquête EHPA 2019, DREES. 3 596 répondants sur 10 252 sollicités.

¹¹³ Voir Julien Damon, *État providence du 21^{ème} siècle : des « trois U » aux « trois P »*, TélOs, septembre 2018.

¹¹⁴ Voir C. Cloarec-Le Nabour et J. Damon, *La juste prestation : pour des prestations et un accompagnement ajustés*, Rapport au Premier Ministre, septembre 2018.

De même, les dates disponibles concernant les dates des derniers grands travaux de rénovation sont des plus éloquentes : **un quart des bâtiments n'ont pas donné lieu à rénovation au cours des 25 dernières années et sont donc a priori affectés d'une vétusté importante** (graphique 29).

Graphique 29 : Date de rénovation du bâtiment - par établissement - en 2019



Source : Enquête EHPA 2019, DREES. 4 609 répondants.

Le coût des travaux pèse de manière très forte sur les tarifs. Ils sont actuellement répercutés avant tout sur la section hébergement. 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 12 000 € 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.

Face à ces contraintes et au regard du besoin très fort de réhabilitation de nombre de structures d'hébergement, notamment publiques, **la mission avance plusieurs pistes (annexe 5 - partie 4) qui devraient logiquement être approfondies dans le cadre de travaux *ad hoc* :**

- ◆ **La poursuite de plans de soutien à l'investissement**, dans la continuité du Ségur de l'investissement et dans un cadre dédié au champ médico-social revêt une importance toute particulière ;
- ◆ **Ce soutien régulier à l'investissement pourrait être assuré dans le cadre du fonds d'investissement que la mission propose de constituer au sein de la CNSA ; ce fonds serait abondé par les recettes prélevées sur le secteur (voir *supra*, point 2.5) et sur les recettes non restituées par les départements à la suite de la reprise de la gestion des établissements par l'Etat et l'Assurance maladie, ainsi que la fusion des sections soins et dépendance ;**

- ◆ **Une action rénovée devrait être conduite auprès des bailleurs sociaux**, afin de garantir que ceux-ci participent aux efforts de réhabilitation des structures et qu'ils participent de toutes les manières possibles aux actions de soutien du secteur ;
- ◆ **Les actions de la CDC et de la Banque des territoires devraient encore être mieux avancées et donner lieu à des communications adaptées** ; dans le cas où elles ne porteraient pas leurs effets et que les objectifs poursuivis ne seraient pas remplis, un ajustement des modes d'intervention devrait intervenir ; un bilan régulier des relations entre la CNSA et la CDC devrait également être effectué et rendu public ;
- ◆ **Une vision stratégique plus structurée devrait être demandée à la CDC**, eu égard à son rôle dans le secteur ;
- ◆ **L'analyse de la bonne organisation de la fonction immobilière devrait donner lieu à des travaux de l'ANAP** afin de pouvoir nourrir les projets des GCSMS et des GHT à ce propos (voir *supra*, point 2.3)

La mission ne considère pas ici avoir trouvé l'ensemble des solutions de nature à permettre de lever les problématiques rencontrées en matière de gestion immobilière. **Des travaux complémentaires seraient sans nul doute nécessaires, mais les premières pistes avancées sont de nature à apporter d'ores et déjà des solutions utiles et nécessaires.**

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

Les ambitions portées par le présent rapport sont vastes et diverses.

La volonté des commanditaires de demander à l'auteur du présent rapport d'aller au-delà de la seule diminution du reste à charge pour le considérer comme résultante du fonctionnement actuel du système a conduit de fait à poser un certain nombre de principes plus ou moins novateurs.

Le sentier de réforme proposé correspond aux demandes formulées. Ces réformes sont financées et leurs surcoûts éventuels ou leurs variations conduisant à des surcoûts sont finançables.

La mission n'a pas été en mesure de chiffrer ou de faire chiffrer nombre des dimensions avancées par le présent rapport. Elle a pu constater que de très nombreux chiffrages ont déjà été réalisés sur tout ou partie du champ : **les modèles existent, les chiffrages peuvent être effectués dans des délais resserrés. Mais les propositions formulées ci-dessous présentent un fort niveau d'interdépendance et leur rythme de mise en œuvre est tout à fait essentiel.** De plus, dans le respect de la lettre de la mission, **plusieurs scénarios sont envisageables.** En effet, les mesures sont susceptibles d'être mises en œuvre de manière alternative ou cumulative, de manière simultanée ou successivement dans le temps. C'est notamment le sens de la forme des propositions avancées, qui sont soit « basiques », soit « intermédiaires », soit « cibles ».

Pour la mission, **l'ambition cible doit être, dans tous les cas, privilégiée et constituer un horizon à atteindre.** Dans le respect de la lettre de mission, le présent rapport propose différents scénarios pour chaque axe envisagé.

Le préalable à toute mise en œuvre des propositions consiste à bien distinguer deux niveaux d'intervention qui sont aujourd'hui par trop entremêlés :

- ♦ **La question du financement des structures** : ce financement doit pour partie être assuré par les acteurs publics et pour partie par les résidents ; les évolutions en cours vont conduire à accroître le financement des structures par les acteurs publics (notamment via la fusion proposée des sections soins et dépendance) et la part incombant aux résidents doit, de ce fait, être mieux cernée, appréhendée et pilotée ;
- ♦ **La prise en charge des montants restant dus par les résidents** et leurs familles : ce second volet conduit à élaborer une nouvelle prestation, dans la continuité des évolutions souhaitées et annoncées de longue date (au premier chef, la fusion des sections soins et dépendance).

Distinguer ces deux niveaux permet clairement d'apprécier les modes d'action pertinents et d'envisager sous un nouveau jour les responsabilités réelles incombant à chaque acteur, tant pour les prises en charge en établissement qu'à domicile.

Des évolutions structurelles dans l'approche du cadre et dans sa régulation sont également avancées. Ces mesures sont par nature incontournables pour la mission. Elles doivent, là encore, être **menées de manière cohérente avec les interventions assurées par ailleurs** sur le champ du domicile. Au demeurant, la comparaison des deux champs a conduit la mission à clairement importer des mesures existant dans le champ du domicile pour les appliquer au champ des établissements. La dynamique de changement nécessite en effet de mettre en place des mesures cohérentes entre les deux champs et de piloter également le champ intermédiaire. La mise en œuvre de modèles de régulation et de pilotage cloisonnés porte en effet préjudice à la prise en charge dans son ensemble.

Un élément tout particulier doit retenir l'attention. La mission n'a pas intégré les nombreuses contraintes rencontrées par les différents opérateurs de politiques publiques qu'elle a mentionnés comme pouvant ou devant prendre en charge certaines actions. Parmi ces acteurs, certains doivent tout particulièrement retenir l'attention. La **CNSA**, tout d'abord, qui a vu ses moyens significativement renforcés, opère une mue interne et externe très forte et s'est vue assigner une feuille de route précise au titre des années à venir. Par nature, nombre des actions portées par le présent rapport ne sont pas intégrées dans cette feuille de route et prises en compte dans les moyens accordés à la CNSA. Ce point de vigilance ne doit en aucun cas être un prétexte pour justifier l'inertie. Mais il sera logiquement nécessaire de repréciser les priorités assignées à l'opérateur au bénéfice des actions retenues et de lui donner les moyens de les réaliser. De même, la **DGCS** serait amenée à prendre un rôle clé dans la conduite de ces chantiers. Il est nécessaire de la doter d'une réelle structure projet, chargée de piloter les suites données au présent rapport : une structure dédiée, pilotée par un cadre expérimenté, et dotée de moyens nouveaux s'avérerait indispensable. En ce qui concerne les impacts pour les **départements**, les **ARS** ou encore les **organismes sociaux**, ceux-ci devraient être évalués plus finement sur la base des décisions prises et du scénario retenu. Il en serait de même pour les établissements, sachant néanmoins que la plupart des propositions portées par le rapport conduisent à apporter enfin une réponse à leurs demandes constantes de simplification, de lisibilité et de clarté, attentes confirmées par l'enquête diligentée par la mission (annexe 6).

A la demande de la commanditaire, un premier calendrier indicatif a été présenté en même temps que la restitution intermédiaire des travaux au début du mois de juin (voir annexe 9). Il a été produit afin de faciliter les arbitrages éventuels et internes à la sphère publique.

Au-delà, la mission entend **souligner plusieurs dimensions clés :**

- ◆ **Toutes les mesures agissant sur le reste à charge, quelle que soit leur ambition, sont totalement et parfaitement indissociables des mesures d’encadrement et de pilotage des tarifs ;**
- ◆ **La transformation de la réduction d’impôt en crédit d’impôt pérenne, tout comme le recours pérenne à des aides au logement renforcées, sont incompatibles ou difficilement compatibles avec la mise en place de la prestation unique, soit dans sa version socle, soit dans le cadre de la nouvelle AUSAE qui mobiliserait l’ensemble des efforts existants ;**
- ◆ **La mise en place d’une assurance privée obligatoire, approche non retenue par la mission, est par nature contradictoire avec les autres mesures de financement évoquées, et avec la transformation du système proposé pour baisser le reste à charge ;**
- ◆ **De nombreuses options de financement permettent d’obtenir, selon le calibrage apporté au dispositif retenu *in fine*, le rendement escompté au regard des besoins de financement identifiés par ailleurs ;** par nature, considérer une mesure de financement comme de nature à financer une des ambitions aurait relevé de la gageure et de l’illusion potentielle ; au regard des évolutions à mener, les moyens doivent être libérés à due proportion ; le rapport rappelle l’étendue des possibles et avance de nouvelles mesures justifiées et originales. La décision publique devra logiquement apprécier *in fine* le lien entre les mesures de financement et les évolutions menées dans le champ des protections des personnes âgées en perte d’autonomie. Ce rapport n’entend cependant en aucun cas dissocier les choix en dépenses des options retenues en recette. Alors que la 5^{ème} branche vient de voir le jour, veiller à son équilibre financier dans le cadre de l’équilibre financier plus global de la sécurité sociale et de la protection sociale, revêt une importance de premier rang ;
- ◆ **Les différents scénarios d’accès aux droits sont par nature à apprécier au regard de leur compatibilité avec les approches retenues par ailleurs ; de même, confier la gestion de la prestation individuelle à un opérateur, ou choisir des opérateurs pour certaines dimensions (recette auprès des obligés alimentaires ou prélèvement sur les successions, par exemple) renvoie directement à la nature des options retenues finalement.**

Ainsi, **le présent rapport doit constituer un outil, à la fois pour guider, mais également pour aider les acteurs publics à prendre position.** S’il propose une analyse approfondie de la situation, il écarte clairement certaines options et en privilégie d’autres qui seront assurément de nature à faire débat.

Cette réflexion ne peut en aucun cas viser à être un « solde de tout compte », alors même que la 5^{ème} branche vient à peine d’être créée. Elle vise à constituer des fondations solides, après avoir identifié une partie des faiblesses de la prise en charge actuelle. Il est avéré que toutes les failles qui voudraient être comblées pourraient l’être au moyen du présent rapport, en équilibrant l’équation, tant en recettes qu’en dépenses. Au-delà, la commande formulée

induisait par nature de proposer un ensemble de mesures possibles, pour en écarter certaines et en mettre en avant plusieurs. En effet, ce rapport a été réalisé dans le cadre qui a présidé à confier à une parlementaire de l'opposition une mission pour le compte du Gouvernement : il est possible de dépasser un certain nombre de clivages ou d'oppositions réelles ou supposées, pour servir le seul et unique objectif présidant à cette intervention publique singulière : répondre aux besoins les plus élémentaires et nécessaires des personnes âgées dépendantes, notamment les plus faibles et les plus isolées, qui doivent être prises en charge dans un « tiers lieu »¹¹⁵.

¹¹⁵ Voir M. Besserie, *Le tiers temps*, Gallimard, 2020.



**MISSION CONFIEE A CHRISTINE PIRES BEAUNE PAR LE GOUVERNEMENT
RESTE A CHARGE ET REGULATION DES EHPAD – 1^{er} SEMESTRE 2023**

CONCLUSION

Le domaine de la prise en charge des personnes âgées est des plus complexes. Il est fait d'interventions publiques et privées successives, qui se sont sédimentées. Le système se caractérise actuellement par son fort enchevêtrement et sa relative illisibilité. Cette complexité nuit à l'intervention et à la décision publiques. Elle empêche en outre les citoyens de faire des choix éclairés, pour eux ou pour leurs proches. Elle est en outre, trop souvent, un prétexte pour ne pas agir, du fait de nombreux effets induits ou de l'ampleur des changements à conduire. Cette réflexion vaut tout particulièrement pour l'ensemble du champ de l'hébergement des personnes âgées dépendantes, composé d'interventions publiques ou privées, lucratives ou non, et avec des modes de prise en charge et des niveaux de qualité de celles-ci variables selon les structures, les territoires, les capacités financières des résidents ou le niveau de soutien dont ils bénéficient.

Constater cette complexité peut faire sourire de la part d'une parlementaire ayant à son actif des travaux portant sur les transferts entre l'Etat et les collectivités territoriales ou les droits de succession. Et pourtant, ce constat s'est imposé de lui-même.

Cette complexité a empêché une action publique structurée. Le système actuel n'est cependant plus soutenable aux plans politiques, financiers et social. **Il doit donc impérieusement être réformé.** Cette réforme ne peut être le lieu d'affrontements politiques stériles. Les enjeux sont trop importants. Il nous appartient d'être à la hauteur du besoin de protection qu'ont et auront nos aînés, aujourd'hui et demain.

Les évolutions nécessaires ne doivent pas être opposées. Ces oppositions sont en effet le meilleur moyen pour prôner une inertie coupable. Naturellement, il est indispensable de renforcer les moyens - humains donc financiers - dévolus à la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Les métiers du prendre soin, en particulier dans le champ des personnes âgées, demeurent indispensables et constituent une richesse justifiant des investissements importants. Nous devons les poursuivre. Il est tout autant nécessaire de renforcer la qualité des prises en charge. Il est aussi incontournable de restructurer l'offre en établissement et à domicile, et d'investir dans les structures pour garantir qu'elles répondent aux standards attendus. Enfin, le virage domiciliaire devra, lui aussi, être renforcé et privilégié au regard de la dynamique de vieillissement et du souhait des Français de rester si possible à domicile.

L'ampleur de ces défis ne peut nous conduire à l'inaction ou à privilégier certains champs d'action, sans en traiter d'autres. Le secteur des établissements a souffert de cette approche depuis des décennies. Toute évolution y est estimée comme potentiellement trop complexe, et trop coûteuse au regard des ressources disponibles déjà mobilisées.

Ce besoin de changement est au demeurant partagé. Convaincus de la nécessité de faire évoluer le cadre, de très nombreux parlementaires, issus de tous les bords et sensibilités de l'hémicycle, ont souhaité que l'actuelle réduction d'impôt soit transformée en crédit d'impôt. Cette volonté forte des représentants du peuple a justifié cette mission. J'espère avoir été digne de leur intention et de leur volonté. J'ai mené ces travaux en ayant cette idée à l'esprit de manière constante.

Le contexte actuel prête à ce changement. La création récente de la 5^{ème} branche porte une promesse de protection. Il est indispensable de la rendre effective, concrète et réelle. Ne pas améliorer la prise en charge en établissement serait une source d'incompréhension pour les Français. Ne pas être au rendez-vous de la mise en place d'une 5^{ème} branche protectrice constituerait une responsabilité qu'aucun responsable politique, local ou national, ne peut assumer : celle de ne pas apporter une réponse à un besoin évident de protection, au droit le plus élémentaire de chacun à la dignité, notamment dans les dernières années de sa vie. Conforter ce droit implique de considérer l'hébergement des personnes âgées : les plus dépendantes, les plus isolées, les plus modestes et les plus fragiles sont en établissement. Convenir du besoin de changer revient à regarder cette simple vérité en face, alors même que le sujet ne séduit pas et que chacun a plutôt envie de détourner le regard.

Pour relever ce défi, il faut donc non seulement adopter l'optimisme de Sénèque : « *Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, c'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles* », mais aussi sa détermination « *A force de remettre à plus tard, la vie nous dépasse* ».

Ce rapport n'est donc pas une énième contribution à une réforme qui serait repoussée ou interviendrait plus tard. **Il est une incitation à agir.** Il est un outil pour ce changement, en ce qu'il propose une analyse méthodique, envisage les options possibles, oriente les choix devant être effectués.

Il conduit donc à pointer les insuffisances notoires du système actuel. Donc à souligner qu'aucune solution n'est facile, aisée, immédiate ou neutre. **Les évolutions proposées dans ce rapport sont exigeantes.** Elles conduisent toutes les parties prenantes à faire des concessions et des efforts. Nul doute que ces propositions feront débat. Un débat ô combien nécessaire. Mais le pire serait que ces propositions ne soient pas ou mal débattues, en jetant l'opprobre sur telle ou telle dimension ou en rejetant une ou plusieurs mesures. En privilégiant les positions institutionnelles ou politiques à l'intérêt général.

Il me semble important que chacun lise ce rapport avec exigence, mais aussi en ayant conscience que seuls des changements de la part de tous seront de nature à produire les pleins effets que vous devons attendre. Le changement n'ira pas sans effort.

Ces efforts sont ceux des résidents et de leurs familles, des Français dans leur ensemble bien sûr. Mais ce sont aussi des efforts et évolutions attendus de la part des acteurs, qu'ils soient publics ou privés, de la part des institutionnels, que ce soient les communes, les départements ou l'Etat. Notre responsabilité est collective. Privilégier l'intérêt d'un seul se ferait au détriment du changement souhaitable pour tous.

Replacer les propositions dans ce contexte n'est pas un gage de réussite, mais s'est imposé au regard du devoir de vérité que tout rapport public se doit de poursuivre.

Plusieurs principes doivent guider ce changement.

Le premier a trait au **bon usage des fonds publics.** Il n'est actuellement pas possible d'intervenir, de manière simple et univoque, pour mieux protéger les personnes âgées et renforcer leur capacité à bénéficier du meilleur hébergement possible. Il est donc incontournable de mieux piloter et mieux

réguler les politiques et structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Naturellement, ce mouvement ne manquera pas de susciter de l'hostilité. Il me semble indispensable. Il était au demeurant au cœur des orientations tracées par la lettre de mission.

Mais cette régulation et ce pilotage rénovés doivent reposer sur des fondations solides. Le deuxième principe est celui de **mieux suivre et analyser les comportements des acteurs pour agir de manière adaptée et avec plus de pertinence, sur les secteurs public, privé non lucratif ou privé lucratif**. Là encore, les résistances et tensions peuvent être nombreuses. Elles doivent, là encore, être surmontées. Ce principe de meilleure connaissance des acteurs est un préalable incontournable pour mieux agir sur leurs actions et comportements.

Le troisième principe est celui de responsabilité. Responsabilité de l'Etat et des départements, non dans le fait de partager des champs communs et de se renvoyer à leurs limites et insuffisances respectives, mais bien dans le fait de définir un nouveau cadre partagé, coordonné et identifié d'actions communes et respectives. Responsabilité des acteurs, pour qu'ils continuent à apporter la meilleure prise en charge possible à nos aînés. Responsabilité de chacun d'entre nous, en ce que nous devons soutenir une politique qui nous touche directement ou indirectement.

Le contexte n'est pas pleinement favorable. Les contraintes pesant sur les finances publiques sont fortes. Elles ne peuvent être négligées. Les tensions conjoncturelles qui pèsent sur le secteur sont aussi des plus prononcées. Il convient d'agir, de soutenir, tout en veillant à la meilleure utilisation possible de chaque euro mobilisé.

Mais ce contexte ne peut conduire à écarter le quatrième et le plus important des principes : celui de solidarité. Elle est au cœur de notre pacte social. Elle est ici affirmée encore plus après la création de la 5^{ème} branche. Cette solidarité s'exerce au niveau national, territorial et dans la famille. Elle ne doit pas être opposée à la responsabilité individuelle qui doit conserver toute sa place.

Chercher un équilibre entre responsabilité individuelle et solidarité, entre les différents niveaux de solidarité, n'est pas chose aisée. Elle est encore plus complexe quand il s'agit de protéger certaines personnes âgées d'un risque nouveau et en plein essor, pour leur proposer une prise en charge qui ne concerne qu'une faible fraction d'entre eux. Il ne peut être question de reporter la charge de la solidarité de manière univoque sur tous les Français. Il ne peut être davantage question de porter un voile pudique sur des différences territoriales de richesses, d'investissement et de priorisation de ces actions. Ces différences sont majeures et structurantes. Elles sont injustifiables. Il doit y être mis un terme. Restaurer l'égalité entre individus et territoires ne conduit pas pour autant à prôner unité et uniformité comme mesures de toute action. Bien au contraire. L'action doit prendre en compte le degré de fragilité de chaque personne hébergée, son isolement, les ressources et le patrimoine dont elle dispose. Dans le même ordre d'idées, territorialiser l'intervention et la prise en charge ne sont pas des principes d'action, mais bien une évidente nécessité, une condition de l'effectivité même de la prise en charge locale.

La responsabilité individuelle doit demeurer. Les personnes âgées pouvant assumer certaines dépenses doivent les acquitter. Il me semble logique et cohérent que le niveau de reste à charge ne soit pas le même selon qu'une personne est prise en charge à domicile, dans le logement

intermédiaire ou en établissement. L'établissement est plus coûteux, mais le résident n'est plus exposé à certaines dépenses.

Cette nécessaire responsabilité individuelle ne doit pas servir de prétexte pour limiter l'accès, notamment des plus fragiles, aux structures d'hébergement, qu'elles soient ordinaires ou de plus grande qualité. A ce principe de responsabilité, doit répondre une solidarité nécessaire qu'il convient de réinterroger.

La solidarité est forcément nationale, en ce que les structures d'hébergement doivent exister partout sur le territoire. Pour cela, elles doivent obtenir des financements adaptés et cohérents avec les contraintes qu'elles rencontrent localement. C'est pourquoi **je propose de mettre enfin des tarifs de référence, au terme d'un mouvement de convergence tarifaire**, ces tarifs socles pouvant varier dans des proportions permettant de prendre en compte ces spécificités territoriales.

Mais le seul financement adapté des structures n'est pas le seul levier, loin s'en faut. Il convient d'accompagner les personnes âgées face aux coûts auxquels elles sont confrontées. **Un nouveau système de soutien doit être mis en place.** Le soutien doit avant tout être apporté en fonction des facultés contributives de la personne hébergée, donc non seulement ses ressources mais aussi son patrimoine. Les travaux en cours permettent de considérer que cette prise en compte plus globale de la situation des bénéficiaires pourra être mise en œuvre dans les mois et années à venir. Les soutiens doivent aussi être adaptés selon le degré de dépendance des personnes hébergées, qui génèrent des coûts différents. Enfin, la prestation n'a pas vocation à couvrir toutes les actions menées : si chaque résident doit bénéficier de prestations standards, socles et opposables, chacun doit avoir le loisir de bénéficier d'autres actions complémentaires et supplémentaires ne relevant pas du panier de biens et de services pris en charge par la collectivité.

J'ai une conviction. Ce chemin, d'une manière ou d'une autre, est voué à s'imposer de lui-même. Il ne peut en effet plus être question de gérer des soutiens de manière anarchique et non pilotée. Refondre les aides aux personnes âgées dépendantes en regroupant et en rationalisant les moyens publics mobilisés dans un seul canal, est non seulement logique mais nécessaire. Pour rendre lisible cette approche, elle devra s'accompagner d'un choix collectif sur le niveau de socialisation des dépenses prises en charge à domicile, dans le champ intermédiaire et en établissement. Au-delà, il est indispensable de passer enfin du droit formel au droit réel. Pour des personnes fragiles, sans accompagnement, le soutien peut ne pas exister. Rendre la prestation automatique et alléger au maximum les démarches et procédures demandées aux personnes âgées et leur famille aurait dû s'imposer comme une évidence. Comment justifier aujourd'hui de demander aux plus fragiles de suivre les circuits administratifs les plus complexes et les moins lisibles ? Ce mouvement de rationalisation et de simplification interviendra. Nécessairement. Au point que le jour de sa mise en œuvre, tout le monde se demandera pourquoi ce changement nécessaire et utile n'a pas été conduit plus tôt. Mieux vaut donc le conduire le plus rapidement possible. Et faire du zéro non-recours et de l'accès intégral aux droits une réalité pour les personnes âgées dépendantes.

Face aux choix auxquels nous sommes confrontés, nous pouvons faire le choix de nous diviser, de ne pas définir un terrain commun d'action. Ce serait une double erreur. Cela nous empêcherait de répondre à l'objectif qui nous unit, celui de faire mieux pour tous les Français et en particulier les

plus fragiles. Cela nous conduirait à créer les conditions de l'inaction, alors même que tout nous pousse à agir. Ainsi, les tensions rencontrées actuellement par les structures d'établissement du fait de coûts croissants, de tensions capacitaires et de recrutement, justifient une action concertée et coordonnée rapide, entre l'Etat et les départements pour préserver nos capacités de prise en charge, tout en garantissant le bon octroi des ressources publiques. Cette action est nécessaire. Elle doit servir de point de départ et de modèle au service d'un changement plus profond

Même pour une parlementaire membre de la commission des finances, évoquer la question du financement, condition indispensable pour répondre aux besoins, n'est pas une chose facile. La question financière conduit à voir le monde tel qu'il est et non de renvoyer à des fantasmes ou des recettes miracles. Pour la dépendance des personnes âgées comme pour d'autres champs publics, il n'existe pas d'argent ou de ressources aux vertus magiques et indolores. On peut le déplorer. Mais on doit en prendre acte. Dans ce cadre, le recours à l'assurance ne semble pas une option crédible en l'état actuel et pour répondre à des besoins concernant l'ensemble du champ. Les travaux doivent être poursuivis, mais il ne peut en aucun cas être question de trouver là un moyen pour la sphère publique d'échapper à son champ naturel d'intervention. **Je propose donc une triple clarification du financement en faisant appel à des ressources nouvelles.** La responsabilité consiste à considérer que les personnes âgées dépendantes sont les premières concernées par la prise en charge. Elles doivent donc logiquement être mises à contribution à raison de leurs facultés, et dans un contexte où nombre d'entre elles ne peuvent faire face au coût de leur séjour et ne l'ont pas anticipé en disposant d'une épargne liquide ou d'un patrimoine rapidement mobilisable. Prôner la responsabilité, augmenter le reste à charge ou renvoyer au viager ou à des produits spécifiques peut être justifié. Mais ces leviers peinent à produire les effets escomptés. La situation actuelle est celle d'un reste à charge impossible à assumer par la plupart, et surtout par les plus faibles. Il est nécessaire de mieux répartir et organiser l'effort attendu des personnes âgées et de leurs familles.

Cette analyse justifie la mise en place - difficile mais justifiée - d'une recette sur les obligés alimentaires en ayant la faculté, et variant selon leurs revenus. Cette recette serait combinée à une récupération sur succession, elle aussi au travers d'un barème lisible et anticipable, et variant selon l'importance de l'actif successoral. Mesurons l'avancée que le nouveau système représenterait. Actuellement, les plus fragiles bénéficient de l'aide sociale, mais doivent en contrepartie consacrer toutes leurs ressources, mêmes modestes, au paiement de leurs dépenses, obligation à laquelle s'ajoutent la mise à contribution de leurs proches solvables et le prélèvement sur leur succession. Le futur système prendrait en charge l'intégralité de leurs frais et proportionnerait leur effort à raison de leurs facultés. Le même principe s'imposerait aux résidents plus fortunés qui seraient soutenus mais devraient également contribuer au financement des dépenses communes. Cette approche me semble justifiée et de justice.

Le secteur, et en particulier les entités relevant du secteur privé lucratif, doivent aussi être mises à contribution. En effet, leur modèle économique actuel repose pour partie sur la valorisation d'une autorisation d'accueil, autorisation qui constitue un actif public et leur permet de solliciter les finances publiques pour chaque personne hébergée. Encadrer l'activité privée est justifié. Cela ne revient pas à l'interdire ou l'empêcher, mais bien à la rendre cohérente avec l'action publique plus globale. Ces recettes nouvelles permettraient au demeurant de financer des investissements

immobiliers dont nombre de structures ont un besoin cruel. Cette solidarité entre acteurs me semble, là encore, des plus justifiées.

Enfin, le financement de la 5^{ème} branche doit être rationalisé, pour acquérir une dimension plus universelle. En lieu et place des prélèvements actuels, une nouvelle contribution autonomie serait créée. Elle frapperait tous les revenus. En contrepartie, la CSA et la CASA seraient supprimées. La fraction de CSG affectée à la branche serait aussi supprimée, permettant une baisse de ce prélèvement. Cette réforme assurerait à la branche un financement clair, garanti et dynamique.

Ainsi est la ligne définie par le présent rapport. Il s'agit de contribuer à la reconnaissance réelle du nouveau risque de sécurité sociale qu'est la perte d'autonomie, qui est aujourd'hui avant tout une réalité comptable et financière. Il s'agit d'opérer un mouvement complet de redistribution par les dépenses et par les recettes. Tel est le fil rouge, le sens même des propositions de ce rapport.

Pour rendre réel et tangible ce droit à l'accompagnement pour nos concitoyens, la solution est simple et élémentaire. Il s'agit de revenir à l'idée même de notre Sécurité sociale : chacun contribue selon ses moyens, chacun reçoit selon ses besoins. La prise en charge de nos personnes âgées justifie ces évolutions. L'approche ici n'est pas que technique. Ce qui se joue est le quotidien de ces personnes fragiles qui sont proches du terme de leur existence. Les plaisirs auxquels elles peuvent prétendre sont rares. Alors que leur vie s'achève, que leurs proches les quittent, qu'elles doivent quitter leur domicile et reconnaître qu'elles ont besoin d'autrui pour assurer des gestes courants qu'elles assuraient précédemment seules.

Reconnaître que nous leur devons la dignité et une prise en charge de qualité, c'est aussi leur permettre de conserver des plaisirs simples qui existent aussi dans ces lieux de vie particuliers que sont les structures d'hébergement pour personnes âgées.

C'est ce que le romancier auvergnat J. Anglade évoquait dans « Le tilleul du soir »¹¹⁶ que Mathilde aspire à savourer encore dans sa résidence pour personnes âgées même si elle n'habite plus dans son village de toujours. Sachons apporter à toutes les Mathilde cette prise en charge que nous leur devons.

Christine Pirès Beaune

¹¹⁶ Voir J. Anglade, *Le tilleul du soir*, France loisirs, 1977.

SUPPORT DE SYNTHÈSE PRÉSENTÉ À LA PREMIÈRE MINISTRE LE 26 JUILLET 2023

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**

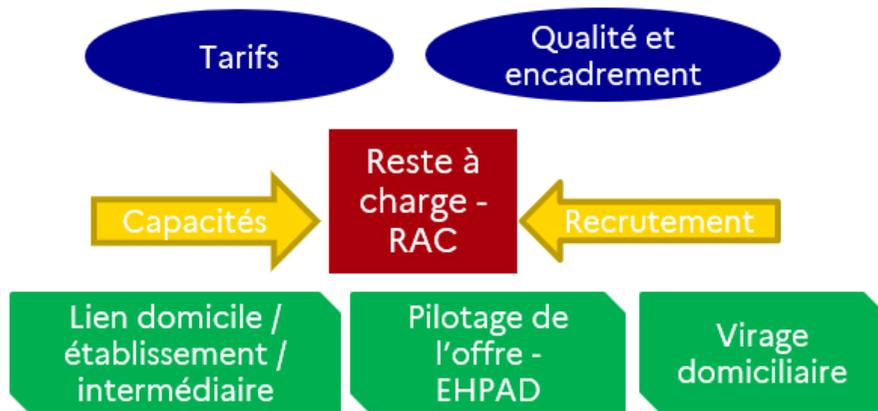
Christine Pires Beaune,
Députée de la 2^{ème} circonscription du Puy de Dôme, membre de la commission des finances,
missionnée par le gouvernement sur les restes à charge en EHPAD

**Présentation à la Première ministre des conclusions
Mercredi 26 juillet 2023**

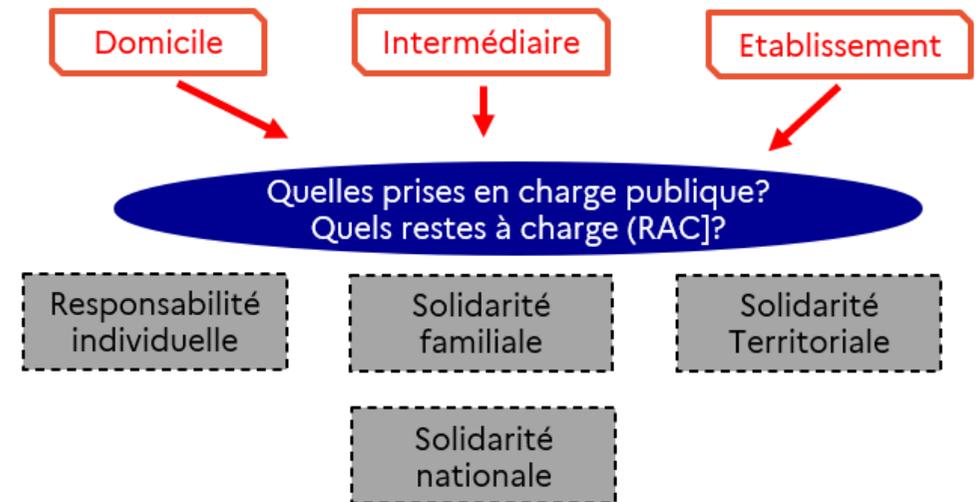
Une mission sur la baisse du RAC, et aussi...

Une mission lancée suite aux débats sur la transformation d'une réduction d'impôt dépendance en établissement en crédit d'impôt... dans un contexte politique dense (CNR, PPL...) et des tensions sur le champ (crise, Orpéa, tensions diverses...)

Baisser le RAC? Revoir le système?



Quelle justice? Quelle solidarité?



Un nouvel équilibre à construire, un système à aménager

Une demande de réflexion large, une méthode ouverte pour aider aux choix nécessaires



Un système complexe, illisible et peu pilotable

Financement ?
Des structures? Des résidents ?

Soins
Financement assurance maladie
RAC à 0



Dépendance
Financement département et résidents
RAC variables surtout selon GIR et non les revenus

APA établissement



Hébergement
Financement résident
RAC importants



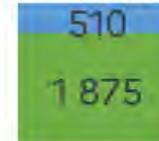
ASH
Département et bénéficiaires
Reste à vivre

Structures ?
Secteurs ?

EHPAD?
USLD?
Autres?

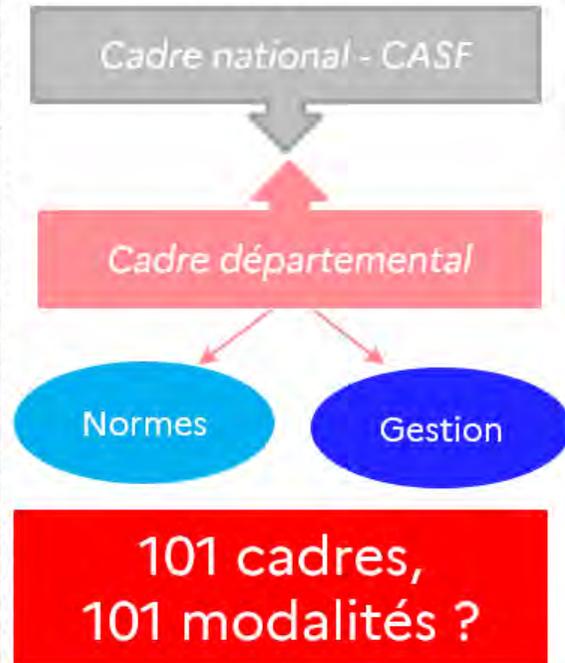
Secteurs publics (48%)
Privé non lucratif (29%)
Privé lucratif (23%)

Coût moyen par mois
Dépendance et hébergement



Données 2019

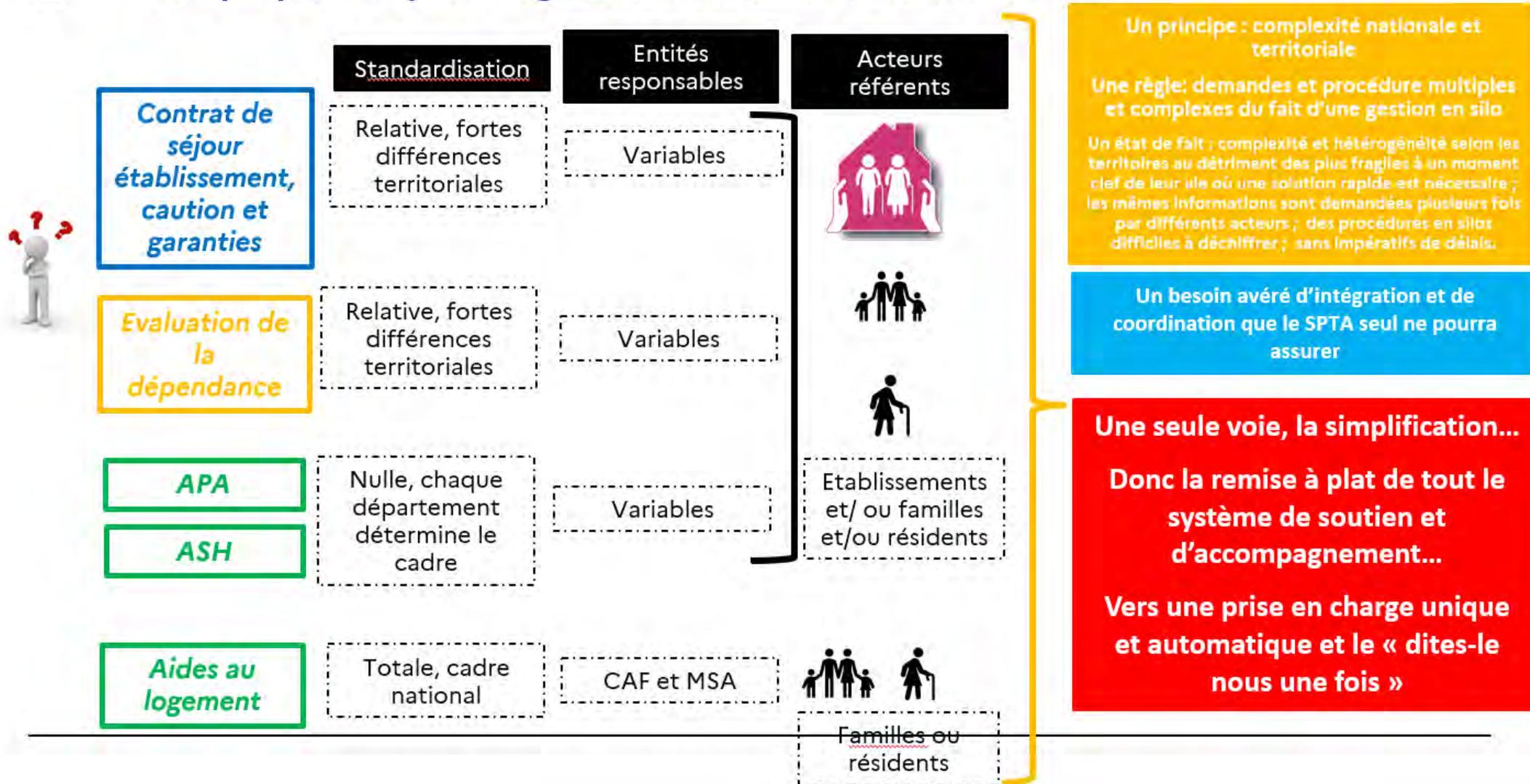
Cadre normatif ?
Procédures ?



Et pour les Français ???



Les soutiens aux personnes âgées dépendantes ou comment demander le plus compliqué aux plus fragiles, à un moment clef de leur vie



101 territoires, 101 configurations, 101 politiques, 101 soutiens – au moins... quelles justifications?

Dépense ASH en
établissement / bénéficiaire
en 2020 de 5 668€ à 21 746€

Part des bénéficiaires de
l'APA qui sont en
établissement (et non à
domicile) : entre 8 et... 65%

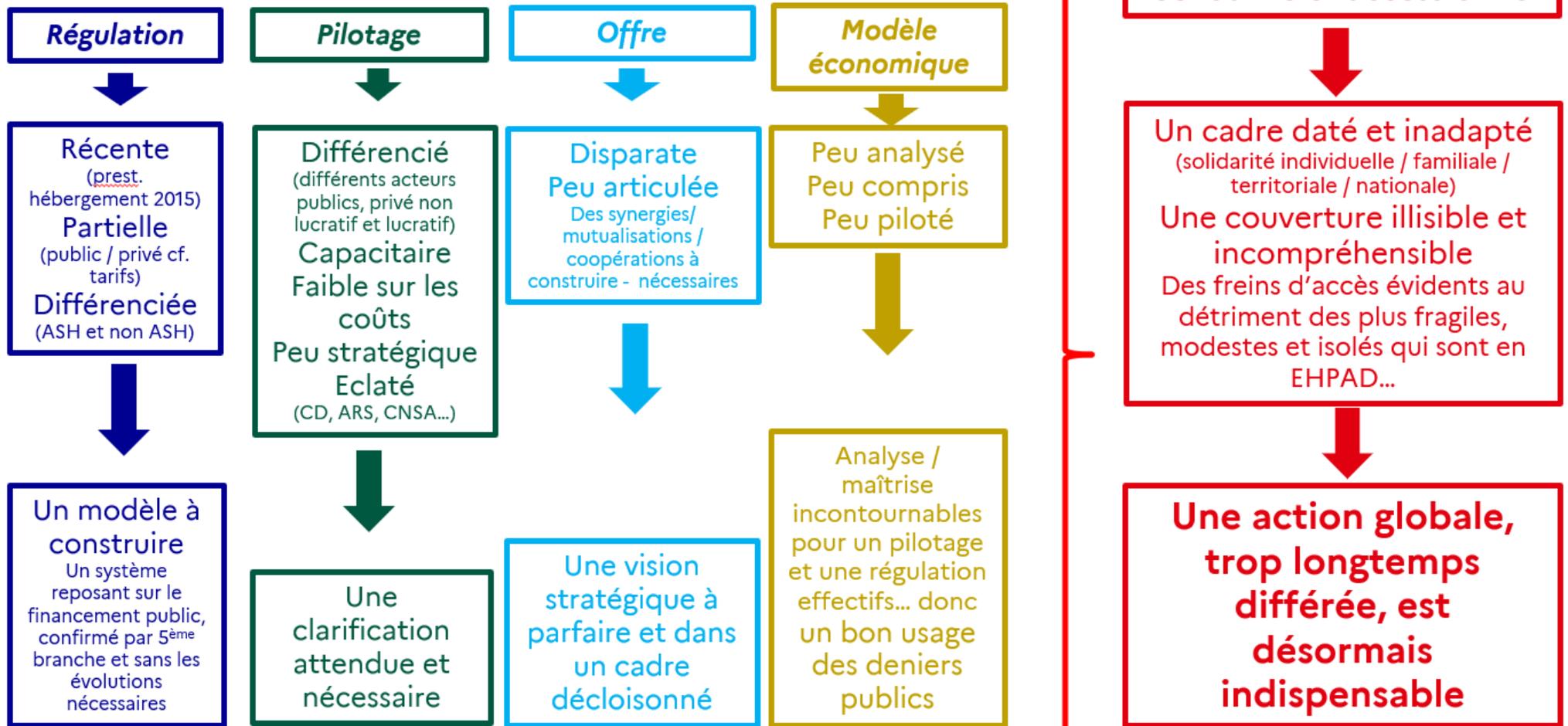
Dépense APA en
établissement / bénéficiaire
en 2020 de 3 629€ à 8 158€

Nb places d'hébergement
pour 1 000 en 2019 :
Rapport de 1 à 5

Prix médian mensuel EHPAD en 2019
2 004€ en France
3 018€ (Yvelines), 3 196€
(Guadeloupe)... 1 675€ (Meuse), 1 712€
(Vosges)

Poids de l'immobilier: corrélation
de 0,8 entre les prix de
l'immobilier et les tarifs
hébergement

Les constats généraux



Un système de prestations et de financement en question

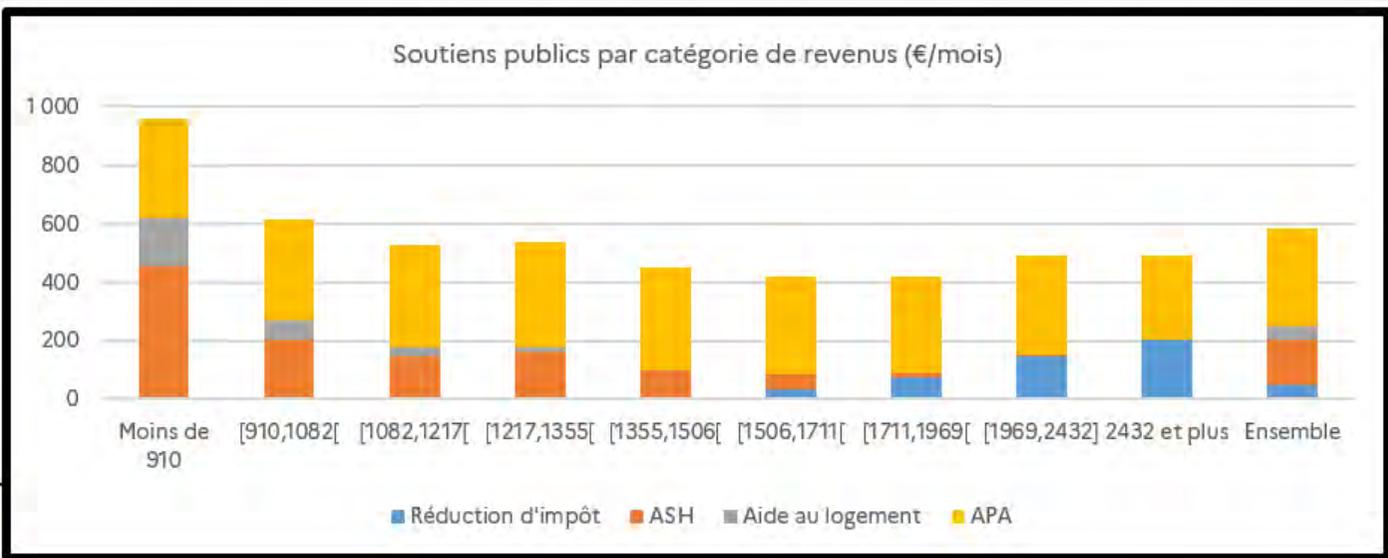
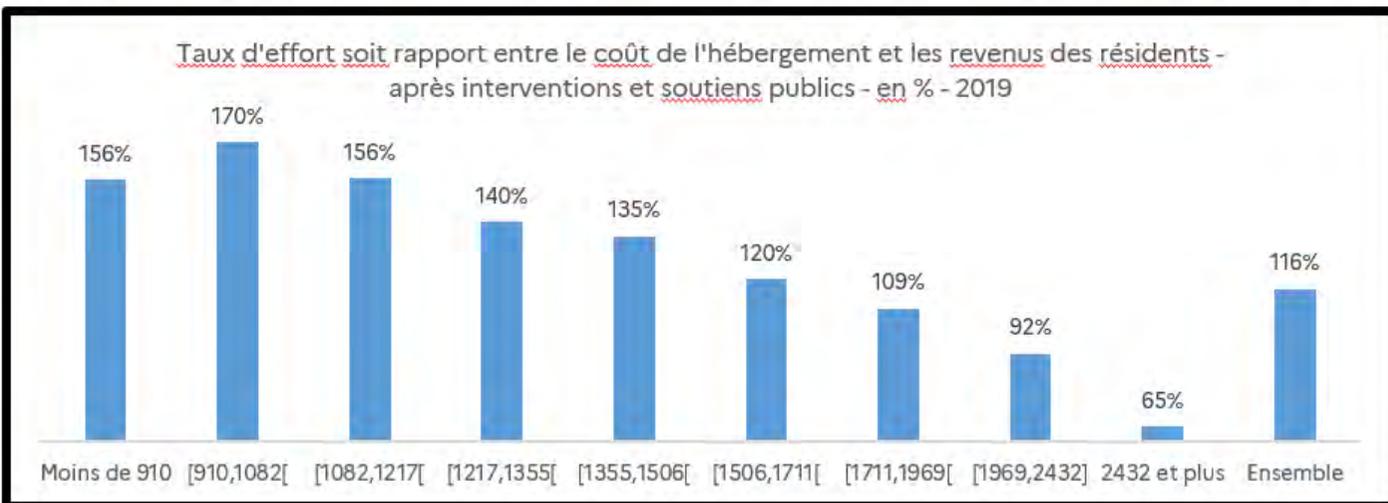
ASH
Reste à vivre
Récupérations - obligations
Taux de recours de 28%
Solidarité entre pauvres (plus de 40%)



Restant avec taux d'effort très important
Débrouille, entraide, arrangements et cautions

76% des 0,73M résidents ne peuvent financer leurs frais par leurs revenus courants

Impact établissements / financement places
ASH (7 sur 10) ou non



Un système de prestations et de financement en question

	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

Les défis et les enjeux

Viellissement, hausse des besoins / capacités / natures de prise en charge
[+0,2M de places EHPAD et + 1 à, 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

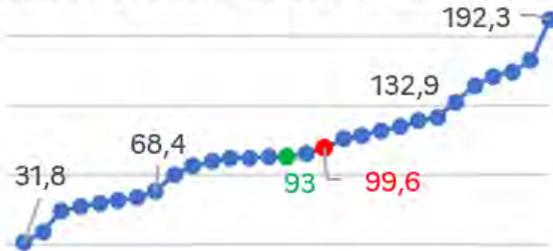
Passer du
droit
formel au
droit réel

Maîtriser le
champ
immobilier

Un changement nécessaire, possible, souhaitable, immédiat et potentiellement progressif avec des travaux et analyses complémentaires incontournables

Prévenir les effets de la crise en cours pour maîtriser la hausse du RAC

Des hausses prononcées de tarifs
(hausses en € / mois dans un département)



Causes
Tensions prix
Occupation
Recrutement
Fin soutiens crise

Risques

Désabilitations

Rachats

Fermetures

Hausse des tarifs
et du RAC

**Instance *ad hoc* ARS /
départements
+ Lien CCSF (Urssaf et
DGFIP)**

**Méthode commune
d'analyse**

Solutions partagées

**Consolidations locales et
nationales**

Concilier les objectifs – à poursuivre impérativement et concomitamment

Observatoire
économique
analyse des modèles

Pilotage de l'offre national /
départemental

Méthode standard
Tous secteurs et prises en charge
Analytique / prospectif

Fusion sections soins / dépendance

Sans RAC (ou modulation revenus)
Analyse périmètre
Imputation des faisant fonction

Une nouvelle gouvernance, un nouveau partage
ARS / Départements

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 + SPTA

- 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 organisme de protection sociale (OPS) chargé de leur calcul et leur versement

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 1er janvier 2025,
Retex sous deux ans pour ajuster sans remettre en cause les principes,
Généralisation en 2017

Construire un modèle de régulation

3 propositions, cumulables dans le temps,
variant selon le niveau de contrainte sur les acteurs / secteurs, les biens et services offerts et les tarifs

Basique

- Examen du **pilotage du public** (GHT/ GCMS)
- Analyse de l'**ASH**
- Incitations à progresser sur la **transparence des tarifs** tous secteurs
- Poursuite conclusion **CPOM**

Intermédiaire

- **Régulation du public** - obligation adhésion GCMS avec socle impératif de coopération, lien impératif avec GHT, gestion USLD, passage à autonomie des EHPAD hospitaliers
- **Pilotage rénové du secteur privé non lucratif et du secteur privé lucratif** plus actif sur le panier de services socle attendu- 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

Cible

- **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)
- **Fonds de soutien à l'immobilier** (CNSA) avec des financements ad hoc et pérennes (voir *infra*, prélèvements sur le secteur)

Agir sur le reste à charge

3 propositions, des ambitions plus alternatives et moins facilement conciliables dans le temps

Basique

- Transformation de la réduction d'impôt en un **crédit d'impôt sous conditions**
- Profil **plus redistributif**
- Eventuellement, recours **aux aides au logement**
- **Information** adaptée *via* les établissements

Intermédiaire

- **Nouvelle APA en établissement : APA + ASH**
- Eventuellement, lien fusion sections – mise à contribution variable selon les revenus
- **Principe – allocation universelle et modulée** selon les revenus et, demain, le patrimoine
- **Cohérence – pilotage coordonné de la prise en charge et du reste à charge** entre établissement / domicile et / intermédiaire

Cible

- **Nouvelle allocation universelle et solidaire d'autonomie en établissement – AUSAE**
- Allocation universelle et modulée selon les revenus et, demain, le patrimoine
- Aide unique: APA + ASH + AL + soutiens fiscaux, « tout en un »
- Lien avec une nouvelle architecture rénovée entre **APA domicile / nouvelle APA pour prise en charge intermédiaire / AUSAE**
- **Pilotage coordonné de la prise en charge et du reste à charge**



Sujet transverse de gestion de la (nouvelle ?) prestation et des opérations industrielles à mener, à voir selon scénario, sous-traitance OPS et pilotage CNSA

Agir sur le reste à charge – bouclage AUSAE

Montants mobilisables *a minima* pour la nouvelle allocation unique

	Montants	Millésime	Financeurs
APA en établissement	1,5 Md€	2019	Départements
ASH nette des récupérations	1,2 Md€	2019	Départements
Financement de la section dépendance	0,8 Md€	2019	CNSA
Aides au logement et réductions d'impôts	0,9 Md€	2019	Etat
Surcoût du crédit impôt	0,9 Md€	Estimation	Etat
Total estimé pour AUSAE	5,3 Mds€	Estimation	Ensemble

Mobiliser les financements

Les évolutions avancées sont globalement finançables par redéploiement et à champ constant ; mais certaines mesures doivent être analysées et chiffrées et justifier des moyens supplémentaires (convergence tarifaire), les moyens supplémentaires sont nécessaires quoiqu'il arrive au regard des besoins et de la dynamique en dépense

Analyser les pistes et solutions déjà évoquées

Propositions formulés dans les précédents rapports

- L'actualisation souligne un potentiel supérieur à 5Mds€

Options	M€
Réduction de l'abattement de 10% pour le calcul de l'impôt sur le revenu des retraités	1 300
Suppression du critère d'âge pour bénéficier de l'exonération de cotisations patronales pour le recours aux services d'aide à domicile pour les publics fragiles	150
Mesures de rationalisation de l'allocation personnalisée pour l'autonomie	450
Extension de l'assiette de la CSA et/ou de la CASA	400 à 500
Création d'une tranche de CSG à taux majoré	1 300
Instauration d'un prélèvement sur les transmissions du patrimoine ou par modification de l'assiette des droits de mutation à titre gratuit (DMTG)	400 à 500
Recentrage à 2,5 SMIC des allègements de cotisations patronales	1 100
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	110
Total	5 210 à 5 410

L'assurance obligatoire privée, ni une solution miracle, ni une solution mature

REJETÉ

- Une proposition peu mature et allant à l'encontre de la situation actuelle et de la 5^{ème} branche
- Un adossement peu convaincant à la complémentaire santé
- Une qualification comptable incertaine
- Des effets induits en prévoyance et en complémentaire santé
- Un coût certain pour les finances publiques via levier fiscal et les prestations
- Une réflexion à mener : harmoniser les protections offertes actuellement ; analyser les mesures les plus à même de permettre de mobiliser les produits actuels d'assurance pour faire face au risque dépendance ; envisager dans quelle mesure cette couverture pourrait concerner un risque plus certain, celui lié aux couvertures complémentaires envisagées

Mobiliser les financements

Ajuster le système de financement, organiser la contribution solidaire de chacun

Solliciter les familles: simplicité, cohérence et responsabilité

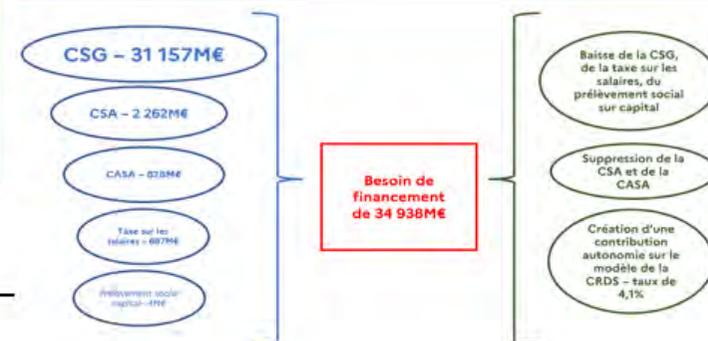
- **Obligation alimentaire** forfaitisée et barémisée...
 - ⇒ Proportionnelle aux revenus et, à terme du patrimoine, selon les facultés contributives...
- **Recours sur succession** forfaitisé et barémisé
 - ⇒ Seuil pour récupérer, barème croissant avec le niveau de succession
- **Un dispositif de bouclier** (temporel et en montant) pour ne pas pénaliser les familles des résidents « longs »
- **Actuellement, pas des prélèvements obligatoires**

Mettre à contribution le secteur

- **Prélèvement sur les cessions** qui conduisent à transmettre des autorisations publiques
- **Conventionnement** avec le secteur privé lucratif et / ou **redevance à la place**
 - ⇒ De nouvelles recettes pour financer les besoins immobiliers et de réhabilitation
 - ⇒ Une solidarité interne et nécessaire au secteur

Une nouvelle contribution universelle et unique

- **Suppression CASA, CSA et affectation CSG** affectée à la 5^{ème} branche...
- **Création d'un prélèvement nouveau, modèle CRDS**
 - ⇒ **Identification**, stabilité, clarté, assiette adaptée et dynamisme
 - ⇒ **Consentement**



Du droit formel au droit réel

3 propositions, des ambitions cumulables dans le temps et liées aux autres évolutions

Basique

- Lien avec **déploiement SPTA**
- **Accompagnement opérationnel au changement**
- **Campagne** renouvelée **d'accès aux droits** – ASH et aides au logement

Intermédiaire

- **Standardiser les procédures**
- **Demande standard** pour **APA** (en établissement et à domicile) - généralisée et rendue obligatoire
- **Possibilité de recourir aux données des tiers** (RNCPS)
- **Engagements de service et délais maximaux d'instruction des demandes**

Cible

- **L'APA / l'AUSAE : un soutien automatique**
- **Droits ouverts dès le constat** de la situation de dépendance
- **Parcours sans couture** - changements de situation pris en charge par le dispositif
- **Personnalisation** en prenant en compte les caractéristiques de la personne protégée et notamment sa personne de confiance
- **Partage des données et « dites-le nous une fois »**

Une action complémentaire sur l'immobilier

*Facilitée par les recettes nouvelles sur le secteur, destinées à financer les réhabilitations,
Maintien d'une compétence départementale sur le champ des investissements*

**23% des EHPAD
n'ont pas été
rénovés depuis
plus de 25 ans**

Un EHPAD de 85 lits
avec un projet sur 10
ans de 120k€ / lit avec
un amortissement sur
30 ans... conduit à une
hausse de 11€ par
jours du tarif
hébergement -hors
subventions
publiques

Soutien à l'investissement

Fonds d'investissement CNSA, abondé par les recettes prélevées
sur le secteur et par les recettes non restituées par les
départements

Bailleurs sociaux

Action renouvelée et
engagement plus large des

CDC

Vision stratégique demandée à la
caisse
Actions CDC /Banque des
territoires

ANAP

Analyse de la bonne organisation
de la fonction immobilière par

Une seule solution : la décision, l'action

Une approche transparente est possible et souhaitable

La mission a formalisé à la demande des commanditaires des scénarios et options

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

PLF et PLFSS 2024

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

PLF et PLFSS 2024 et 2025

Scénario cible mission

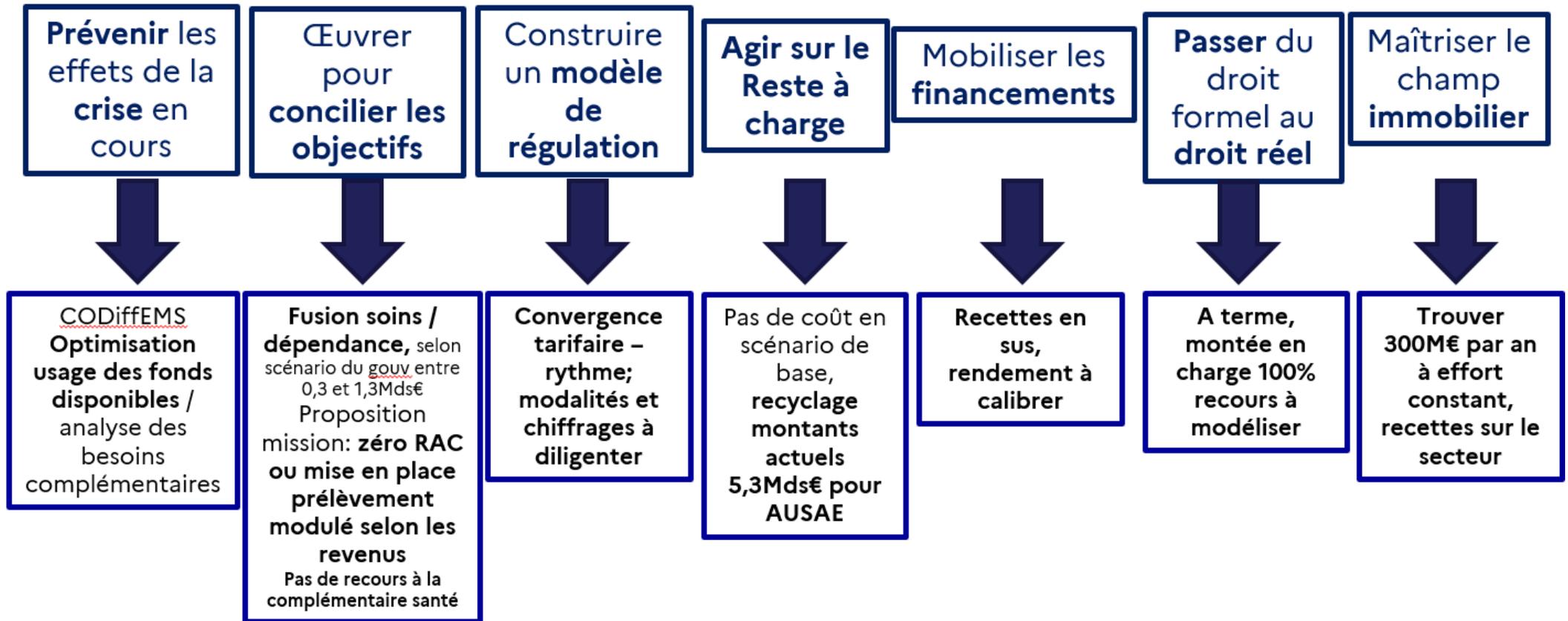
Régulation forte
Mobilisation de tous les nouveaux moyens de financement
Transformation de la RI en CI ou mesure AL puis mesure AUSAE et refonte de l'APA à domicile, 3 nouvelles APA

PLF et PLFSS 2024 et 2025



Concertation incontournable avec les départements et l'ADF

Quelques données financières



A minima, effort socle de 882M€ à réestimer – équivalent création crédit d'impôt en pérenne

Merci pour votre attention - contacts

Christine Pirès Beaune - christine.piresbeaune@assemblee-nationale.fr

Benjamin Ferras – benjamin.ferras@igas.gouv.fr

Jean-Pierre Menanteau – jean-pierre.menanteau@igf.finance.gouv.fr

ANNEXES PROPOSEES DANS LE TOME II

N°	Titre	Contenu	Pages
I	Lettres de la première ministre	<i>Lancement et clôture de la mission</i>	5-10
II	Liste des personnes rencontrées	<i>Auditions et rencontres de la mission</i>	11-28
III	Présentation générale des dispositifs	<i>Présentation sommaire des soutiens aux personnes âgées dépendantes en établissement</i>	29-46
IV	Données statistiques et financières	<i>Analyse des données de base sur le risque autonomie, son financement, les structures d'hébergement, les résidents - bénéficiaires et les soutiens publics qui leur sont accordés</i>	47-142
V	Options de financement	<i>Examen des pistes de financement ou de prise en charge du risque, propositions complémentaires et nouvelles</i>	143-188
VI	Enquête réalisée par la mission	<i>Présentation des résultats de l'enquête ayant connu 1 530 réponses</i>	189-268
VII	Propositions formulées par de précédents rapports	<i>Rappel des principales évolutions avancées précédemment</i>	269-334
VIII	Parcours d'une personne âgée	<i>Modélisation des procédures à conduire pour accéder aux droits</i>	335-352
IX	Présentations simplifiées des travaux	<i>Support de restitution intermédiaire contenant notamment le rythme proposé de mise en œuvre des mesures</i>	353-410