

« Soutien à l'autonomie des personnes âgées : sur quels principes fonder un nouveau modèle de financement ? »

Auteurs

Roméo Fontaine, Agnès Gramain, Jérôme Wittwer

Document de Travail n° 2020 – 32

Juin 2020

Bureau d'Économie
Théorique et Appliquée
BETA

www.beta-umr7522.fr

[@beta_economics](https://twitter.com/beta_economics)

Contact :
jaoulgrammare@beta-cnrs.unistra.fr

Soutien à l'autonomie des personnes âgées : sur quels principes fonder un nouveau modèle de financement ?

Roméo Fontaine, Institut national d'études démographiques
Agnès Gramain, Université de Lorraine, Université de Strasbourg, CNRS, BETA
Jérôme Wittwer, Université de Bordeaux, BPH Inserm 1219

Le texte qui suit doit beaucoup à Marie-Eve Joël. Elle sut intéresser chacun de nous à l'économie de la dépendance, intellectuellement, politiquement, humainement. C'est à son initiative que nous avons commencé à réfléchir et écrire ensemble. Quinze ans plus tard, elle suivait toujours nos parcours avec une bienveillance, souvent amusée. Et c'est avec entrain qu'elle s'était lancée avec nous, à l'occasion de la sortie du rapport Libault, dans la rédaction d'un court article de vulgarisation engagée sur le financement de la dépendance en France. Ce projet n'a pu aboutir. Mais sa présence nous a accompagnés dans la rédaction du présent article et c'est à sa mémoire que nous souhaitons le dédier.

Résumé

Cet article propose un état des lieux de l'organisation du financement de l'aide aux personnes âgées dépendantes en France. Il restitue les principes qui ont présidé, depuis 1996, à la construction d'une solidarité publique nationale pour le financement de l'aide à l'autonomie, sur le socle historique de l'aide sociale et analyse, au-delà des principes théoriques, les conséquences globales effectives de leur mise en pratique à travers un enchevêtrement de dispositifs plus ou moins cohérents. Enfin, il avance quelques recommandations permettant d'améliorer l'efficacité économique et l'équité de l'action publique dans le champ du soutien à l'autonomie. Au moment où l'épidémie de la Covid-19 vient de braquer les projecteurs médiatiques sur les établissements d'hébergement collectif pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), il nous semble particulièrement important de guider, sans sentimentalisme ni précipitation, la réflexion sur les investissements que la collectivité est prête à consentir pour la prise en charge et la sécurité des personnes âgées dépendantes.

Codes JEL

D6 Welfare Economics

H5 National Government Expenditures and Related Policies

H7 State and Local Government • Intergovernmental Relations

J1 Demographic Economics

Mots clés : dépenses publiques, politique dépendance, réforme, personnes âgées dépendantes, solidarité collective.

Introduction

L'entrée en dépendance d'une personne âgée est avant tout un drame privé. Mais c'est aussi une question publique, par le nombre de personnes directement ou indirectement concernées par la prise en charge, la mise en œuvre de financements collectifs et les enjeux d'équité et de cohérence politique qui s'y attachent.

L'estimation du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie est très sensible à la définition retenue. Selon une approche administrative, on compte aujourd'hui près de 1,35 million de personnes âgées de 60 ans ou plus reconnues en situation de perte d'autonomie, au sens où elles bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) (Drees, enquête Aides sociales). A partir des enquêtes en population générale conduites par la DREES, on estime en 2015 à 2,5 millions le nombre de personnes de 60 ans et plus en perte d'autonomie dont 700 000 peuvent être considérés en perte d'autonomie sévère¹.

La perte d'autonomie caractérise une proportion de personnes croissante avec l'âge pour atteindre, si on se base sur le bénéfice de l'APA, un peu plus d'une personne sur deux à partir de 90 ans. Si les effectifs suivent une tendance à la hausse, avec une augmentation annuelle moyenne de 1,5 % du nombre d'allocataires de l'APA depuis 10 ans, la part d'entre eux vivant en maison de retraite médicalisée est stable et voisine de 41 %.

Le soutien à l'autonomie des personnes âgées mobilise par ailleurs approximativement 3,9 millions d'aidants informels apportant une aide régulière pour l'un au moins des trois grands types d'aides (vie quotidienne, soutien moral, aide financière ou matérielle), ainsi que 830 000 ETP d'aidants professionnels intervenant en établissement ou en domicile ordinaire, soit un total d'aidants proche de 5 millions de personnes. La crise sanitaire de la Covid-19 a mis en lumière le rôle de ces aidants, informels et professionnels, qui permettent aux personnes âgées de continuer à vivre de manière autonome. Elle a également mis en évidence les capacités mais aussi les difficultés rencontrées par les professionnels et les aidants en général pour assurer la sécurité sanitaire de ces populations fragiles qui ont été durement touchés par l'épidémie en raison de leur état de santé fragilisé mais aussi en raison de l'organisation de leur prise charge en établissement qui n'a pas toujours permis l'isolement nécessaire. Ces difficultés sont le reflet des investissements que la collectivité publique est prête à consentir pour la prise en charge et la sécurité des personnes âgées dépendante ce qui interroge directement le financement public de la prise en charge de la dépendance.

Depuis plus de vingt ans maintenant l'aide publique aux personnes âgées en perte d'autonomie, qui était essentiellement du ressort de l'aide sociale des collectivités territoriales jusqu'à la fin du siècle dernier, fait l'objet d'un encadrement national croissant. La construction progressive, sur le socle historique de l'aide sociale, d'une solidarité publique nationale pour le financement de l'aide à l'autonomie s'appuie sur des principes structurants difficiles à lire. Cette contribution a pour objectif de les éclairer et de les discuter.

¹ Khaled Larbi et Delphine Roy (2019), « 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 », *Insee Première*, N°1767, Insee.

1/ Le financement de l'aide à l'autonomie des personnes âgées en France : états des lieux

Le financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées peut être décrit au regard de deux dimensions, l'une renvoyant aux ressources globalement mobilisées dans la prise en charge et l'autre à la manière dont se répartit la charge entre les principaux contributeurs, en particulier entre la part publique et la part privée. Ces deux dimensions – niveau et répartition de l'effort collectif – sont aujourd'hui en débat.

a) Un coût global représentant aujourd'hui près de 1,7 % du PIB. Beaucoup plus demain ?

Les travaux pionniers de la Cour des comptes en 2005² ont conduit à retenir une définition large des dépenses de prise en charge des personnes âgées dépendantes : au « noyau dur » des aides de compensation de la perte d'autonomie s'ajoutent les dépenses qui bénéficient presque exclusivement à des personnes dépendantes (pour l'essentiel des dépenses de financement des maisons de retraite médicalisées). Tous financeurs confondus, les dépenses de prise en charge des personnes âgées dépendantes représentaient ainsi 30 Md€ en 2014, soit 1,40 point de PIB³, les dépenses de santé (12,2 Md€) venant comme premier poste devant les dépenses de prise en charge de la perte d'autonomie (10,7 Md€) et les dépenses d'hébergement (7,1 Md€).

Ces dépenses ne constituent qu'une partie des coûts induits par le soutien à l'autonomie des personnes âgées, en particulier pour celles qui continuent de vivre dans leur domicile d'origine. En effet, l'implication des proches dans les activités d'aide au quotidien ne constitue pas une « dépense » et n'est donc pas prise en compte dans l'évaluation « comptable » de l'effort collectif. C'est pourtant bien une économie pour les autres financeurs, économie qui a été évaluée à environ 7 Md€⁴. Le coût réel du soutien à l'autonomie serait donc plus proche de 1,7 point de PIB.

Quel que soit le périmètre retenu, les ressources en jeu sont très loin d'atteindre celles mobilisées dans la couverture des principaux risques sociaux. A titre de comparaison, les dépenses de santé, appréhendées à travers la consommation de soins et de biens médicaux, représentaient un peu plus de 200 Md€ en 2018 (8,6 % du PIB) soit près de 5 fois plus que celles relevant de la prise en charge de la perte d'autonomie⁵. La différence est encore plus marquée avec les retraites, qui constituent le premier poste de dépenses de la protection sociale (314 Md€ en 2017, soit 13,7 % du PIB)⁶.

Si les enjeux se situent on le voit à des échelles budgétaires bien différentes, la question du financement de la perte d'autonomie n'en demeure pas moins un sujet brûlant. Elle est depuis plus de 20 ans au centre de nombreux rapports publics d'instances variées ayant permis de

² Cour des comptes (2005), *Les personnes âgées dépendantes*, rapport au président de la république, novembre.

³ Romain Roussel (2017), « Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici 2060 », *Etudes et Résultats* n°1032, Drees.

⁴ Alain Paraponaris, Bérangère Davin, B. et Pierre Verger (2012), "Formal and informal care for disabled elderly living in the community: an appraisal of French care composition and costs". *Eur J Health Econ* 13, 327–336. <https://doi.org/10.1007/s10198-011-0305-3>

⁵ Drees (2019), « Les dépenses de santé en 2018 – Résultats des comptes de la santé », *Panorama de la Drees*, Edition 2019.

⁶ Drees (2019), « Les retraites et les retraités », *Panorama de la Drees*, Edition 2019.

construire un cadre d'analyse partagé et d'étayer pas à pas un diagnostic pour lequel les données empiriques manquaient encore pour l'essentiel au début des années 2000.

Ce diagnostic met en évidence deux évolutions majeures amenées à accroître de manière significative les besoins de financement pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées.

La première est de nature démographique. Le vieillissement de la population s'accompagnera d'une augmentation du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie, plus ou moins importante selon le scénario retenu d'évolution des espérances de vie avec et sans incapacité. Dans le scénario central de projection retenu par la DREES⁷, tablant sur un partage constant des gains d'espérance de vie aux âges élevés entre années de vie avec et sans incapacité, les effectifs d'allocataires de l'APA passeraient de 1,35 million actuellement à 1,60 million en 2030, 2,15 millions en 2045 et 2,45 millions en 2060⁸. Toujours selon les projections de la Drees, les dépenses de prise en charge (hors aide informelle) représenteraient, tous financeurs confondus, 1,81 point de PIB en 2030, 2,38 en 2045 et 2,78 en 2060, soit à cet horizon deux fois plus qu'aujourd'hui⁹. L'augmentation est relativement modeste dans l'absolue (+1 point de PIB en 25 ans). Elle est cependant non négligeable en termes relatifs puisque cela revient à augmenter de près de 70% la part de notre richesse consacrée au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie.

Ces projections reposent par convention sur un système de protection sociale inchangé. Or, l'aspiration à une amélioration significative de la prise en charge du grand âge, et des conditions de celle-ci pour les professionnels ou proches aidants y contribuant, appelle un accroissement de l'effort collectif tout aussi - si ce n'est plus - important que le pur effet démographique. Si la crise sanitaire liée à l'épidémie de la Covid-19 a conduit à (re)mettre en lumière la fragilité du secteur médico-social, les constats faits depuis plus de 10 ans dans différents rapports publics convergent pour pointer la nécessaire consolidation du secteur de l'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie. La difficulté à équilibrer les budgets au sein des structures se traduit par une mauvaise qualité des emplois dans le secteur, en comparaison à d'autres secteurs exigeant des compétences similaires¹⁰. Les difficultés de recrutement et l'importance des arrêts maladies et accidents du travail témoignent du manque d'attractivité du secteur. Cette fragilité économique pèse fortement sur la qualité des services offerts et limite la capacité de nombreux offreurs à répondre aux besoins de prise en charge auxquels ils font face. Que ce soit à domicile ou en établissement, le fait que dans de nombreuses situations les tarifs imposés par le régulateur ne couvrent pas le coût de revient moyen impliquent nécessairement pour les structures des arbitrages se faisant au détriment de la qualité de la prise en charge¹¹.

L'augmentation du taux d'encadrement dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des volumes d'aide solvabilisés à domicile, ainsi que

⁷ Notons que l'on observe depuis quelques années un ralentissement de la progression de l'espérance de vie et même une stagnation pour les femmes. La crise de la Covid-19 va marquer un coup d'arrêt à la progression de l'espérance de vie mais certainement très transitoire.

⁸ HCFiPS (2017), *Rapport sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale*.

⁹ Romain Roussel (2017), *op. cit.*

¹⁰ Antoine Bozio, Agnès Gramain et Cécile Martin (2016), « Quelles politiques publiques pour la dépendance ? », *Note du CAE*, n°35.

¹¹ HCFEA (2020), *Le recours des personnes âgées vulnérables aux emplois et services d'aide à domicile* (à paraître).

l'amélioration des conditions de travail des intervenant(e)s, voire du soutien aux proches aidants, ne pourra évidemment pas se faire à coût constant. Des arbitrages sont d'autant plus nécessaires que le vieillissement de la population, s'il renforce sans doute l'aspiration sociale à une prise en charge de meilleure qualité, réduit les marges de manœuvre budgétaire : toute augmentation de la qualité sera d'autant plus couteuse à l'avenir qu'elle concernera un nombre croissant de bénéficiaires. La crise sanitaire que nous vivons illustre avec dureté la fragilité des EHPAD et la nécessité d'investir durablement dans ces structures pour leur permettre de protéger des publics particulièrement vulnérables.

Dans tous les cas, ces différentes évolutions impliquent un effort collectif supplémentaire potentiellement conséquent qui nécessite une réelle évolution des fondements de la répartition du coût du soutien à l'autonomie.

b) Près de 40 % du coût est directement supporté par les ménages confrontés à la perte d'autonomie

La faiblesse des financements publics figure en haut de la liste des reproches adressés au système actuel de financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées : le coût laissé à la charge des individus en situation de perte d'autonomie, et éventuellement de leurs proches aidants, leurs obligés alimentaires ou leurs héritiers, en serait excessif.

Pourtant, 79 % des dépenses d'aide à l'autonomie sont couvertes par des financements publics, soit un taux quasiment identique à la couverture publique des dépenses de santé. Si l'impression commune diffère, c'est tout d'abord parce que ce taux de couverture est calculé sur un périmètre excluant le reste à charge non financier que constitue pour les familles l'aide informelle. Sa prise en compte réduit le taux de couverture publique du coût de la prise en charge de la perte d'autonomie à un taux proche de 60 %. Ensuite, et contrairement aux dépenses de santé, les dépenses d'aide à l'autonomie ne bénéficient pas (ou très faiblement) du second niveau de mutualisation opérée par l'assurance complémentaire¹².

Le constat d'un faible degré de mutualisation des dépenses de prise en charge est particulièrement caractéristique des dépenses engagées en EHPAD. Selon l'enquête Care de la DREES, le reste à charge médian atteignait 1850 €/mois fin 2016 (après aides publiques mais avant réduction d'impôt) et excédait les ressources courantes des personnes hébergées dans près de 75 % des cas¹³. Si on exclut les dépenses de gîte et de couvert, qu'on estime par convention à 90 % du minimum vieillesse, les dépenses à la charge des résidents atteignent un montant médian de 1 040 €/mois.

Sans prise en compte de la valeur de l'aide informelle, le reste à charge est en moyenne beaucoup plus faible à domicile (72 €/mois parmi les bénéficiaires de l'APA fin 2017¹⁴). Différentes contributions privées échappent cependant au système d'information public, sous-estimant ainsi vraisemblablement le reste à charge réel des ménages (écart entre les prix facturés par les services d'aide et les tarifs de remboursement APA, heures financées au-delà des plans d'aide APA, aménagement du logement, etc.).

¹² HCFEA (2017), *Rapport annexe de la Commission de travail sur le recours aux financements privés dans la couverture de la perte d'autonomie*, (rapporteurs : C. Bonnet et R. Fontaine).

¹³ Dominique Libault (2019), *Concertation grand âge et autonomie*, rapport, Ministère des Solidarités et de la santé.

¹⁴ Louis Arnault (2019), « Montants d'APA à domicile depuis 2011 : une réallocation au bénéfice des plus dépendants », *Études et Résultats*, n°1118, DREES.

L'augmentation future de l'effort public apparaît donc comme une condition nécessaire à la prise en charge d'un nombre croissant de personnes âgées dépendantes, à la consolidation du secteur médico-social et à la réduction des restes-à-charge, qu'ils soient financiers ou sous forme de mobilisation familiale.

2/ Les logiques de solidarité du financement public

Le financement public en direction des personnes âgées dépendantes, n'est pas seulement souvent considéré comme globalement insuffisant. Il est également remis en cause dans son ciblage et sa répartition. En effet, *« les pouvoirs publics n'ayant pas choisi de créer un cinquième risque de sécurité sociale pour prendre en charge de façon unifiée le financement de la dépendance, ce dernier repose sur un ensemble diversifié de dispositifs d'aides et d'interventions faisant appel à de multiples financeurs :*

- départements¹⁵ (APA et aide sociale),
- assurance maladie (soins de ville, forfaits aux établissements),
- assurance vieillesse (action sociale),
- sécurité sociale plus généralement avec les exonérations de charges sociales pour les particuliers employeurs d'une aide à domicile.

L'Etat et la solidarité nationale contribuent enfin au financement de la dépendance en supportant bon nombre d'allègements fiscaux et en contribuant à hauteur de 40 % au financement de l'APA. »

Malgré les rapports publics et les réformes, il n'y a pas un mot à changer à ce diagnostic publié en 2005 par la Cour des comptes. Cette multiplicité des dispositifs et des financeurs conduit à une logique globale de la solidarité publique particulièrement brouillée et rend les redistributions horizontale et verticale effectivement mise en œuvre *in fine* bien difficiles à anticiper.

a) Des logiques de solidarité collective enchevêtrées

Le financement public spécifiquement dédié au soutien à l'autonomie des personnes âgées ayant des difficultés pour réaliser les activités de la vie courante a été pensé selon une logique de solidarité nouvelle dans le champ des politiques sociales françaises.

C'est l'instauration de la Prestation spécifique dépendance (PSD) par la loi du 24 janvier 1997 qui en marque la mise en œuvre. Prestation d'aide sociale, la PSD était récupérable sur la succession des bénéficiaires, plafonnée et dégressive en fonction du revenu. Mais elle était universelle : le traditionnel critère de ressources (avec son effet couperet) était remplacé par un taux de financement des heures d'aide, décroissant avec le revenu du bénéficiaire. Ce schéma qui veut que l'aide bénéficie à tous mais avec une générosité décroissante en fonction du revenu, schéma qui perdure aujourd'hui dans l'APA, est souvent considéré comme caractéristique de la solidarité collective en direction des personnes âgées dépendantes en France.

Cependant, les personnes âgées dépendantes ne bénéficient pas uniquement d'aides publiques dédiées. C'est particulièrement le cas en EHPAD où l'assurance maladie finance un forfait

¹⁵ Entendre « département » au sens de conseils départementaux.

« soins » et les conseils départementaux couvrent partiellement le forfait « hébergement » via l'aide sociale à l'hébergement (ASH). En outre, une partie de l'effort collectif passe par les politiques fiscales (crédit d'impôt, réduction d'impôt, demi-part invalidité, exonérations de charge). Or, tous ces financements répondent à des principes de solidarité bien différents :

- une solidarité universelle et indépendante du revenu, selon le principe structurant de la branche maladie de la sécurité sociale, lorsqu'il s'agit de financer des soins ;
- une solidarité sous conditions de ressource, subsidiaire à l'obligation alimentaire et récupérable pour les dépenses d'hébergement, selon le principe de l'aide sociale ;
- une solidarité globalement croissante avec le niveau de ressources pour les politiques fiscales.

Le brouillage est d'autant plus important que le poids relatif de chaque type de dépense varie selon le mode de prise en charge : les dépenses d'aides pour les activités de la vie quotidienne, couvertes selon la logique de l'APA, représentent par exemple 70% du coût à domicile mais seulement 15% en institution, où le coût des soins et de l'hébergement est sensiblement plus élevé (env. 40% pour chacun des deux postes). La logique de solidarité collective mise en œuvre est donc différente pour les personnes qui vivent en établissement collectif et pour celles qui vivent à domicile et la manière dont les financements publics sont orientés entre domicile et institution diffère selon le niveau de dépendance des personnes mais aussi selon leur niveau de revenu.

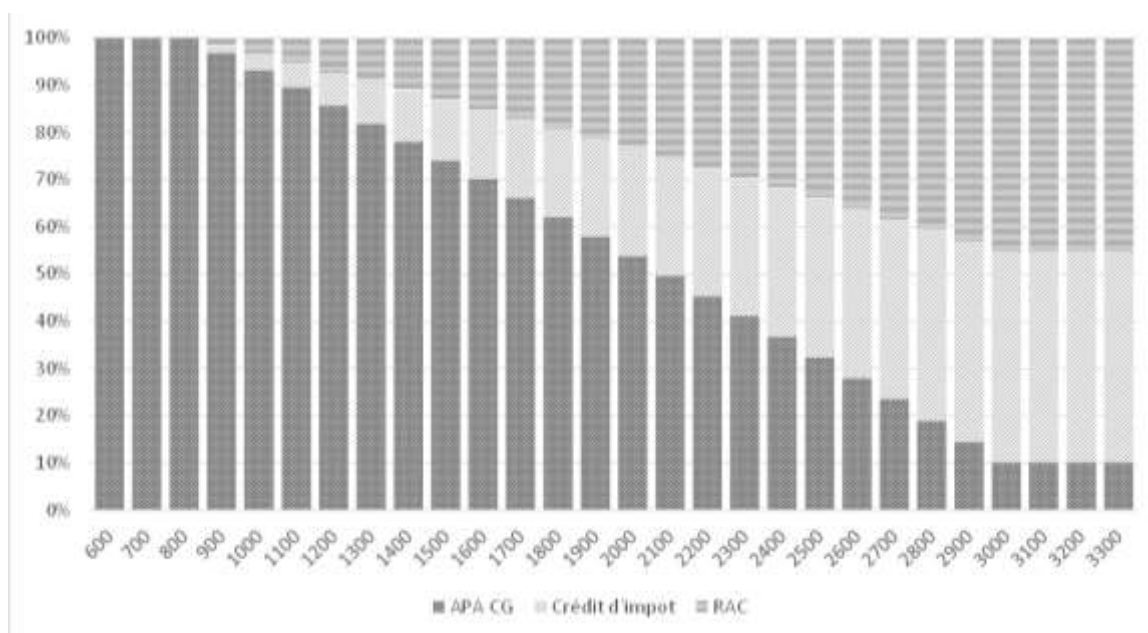
Au total, cette superposition conduit donc à une logique d'ensemble difficile à caractériser et hétérogène : les caractéristiques historiques de l'aide sociale (dégressivité en fonction du revenu, subsidiarité par rapport à la solidarité familiale et recours en récupération) s'en trouvent fortement déformées pour se rapprocher de la logique de solidarité collective de l'assurance-maladie, mais à des degrés variables selon le niveau de dépendance, le lieu de vie et le revenu.

b) Une dégressivité de l'aide en fonction du revenu à nuancer

Si l'on considère l'ensemble des dépenses publiques effectivement allouées aux personnes âgées dépendantes, le lien entre générosité publique et niveau de revenu apparaît particulièrement complexe.

C'est en premier lieu une conséquence des financements de l'assurance maladie (indépendants du revenu) et des politiques fiscales dont la régressivité contrecarre directement les barèmes de l'APA. C'est ainsi pour les personnes les plus dépendantes et pour celles qui vivent en institution que le lien entre aide publique et revenu se trouve le plus modéré. Pour les personnes à domicile, la réduction d'impôt portant sur leur reste-à-charge a été transformée en un crédit d'impôt, ce qui tempère le caractère anti-redistributif du dispositif fiscal. Cependant, la générosité de l'aide fiscale dépend du montant du reste-à-charge. Elle vient donc réduire le degré théorique de redistribution verticale prévu par l'APA, comme le montre le graphique 1.

Graphique 1. Evolution de la structure de financement du plan d'aide APA en fonction du niveau de revenu du bénéficiaire (personnes à domicile)



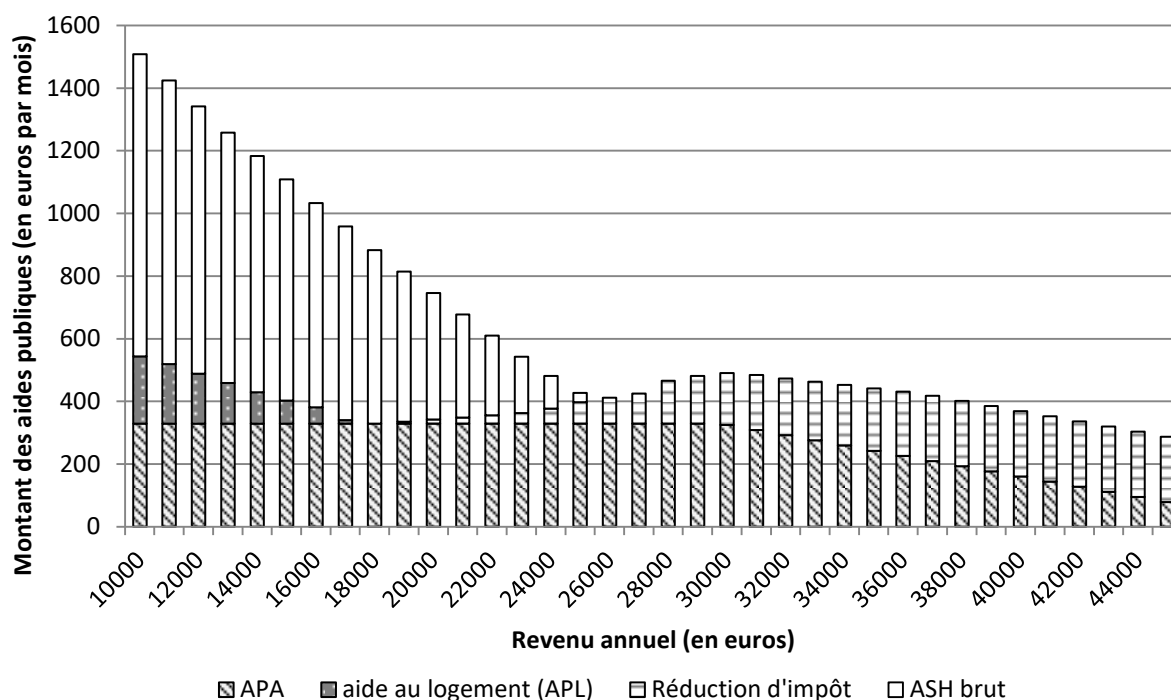
Source : simulation des auteurs, sur la base du barème en vigueur au 1^{er} janvier 2020 et d'un plan d'aide de 449 euros (montant moyen)

La nuance s'applique même au cœur du dispositif, dans le fonctionnement de l'APA. Pour les personnes en institution, la contribution demandée aux bénéficiaires ne dépend en effet du revenu qu'au-delà de 2 472,04 euros de revenus mensuels (au 01/01/2020). Comme la population âgée de plus de 70 ans se caractérise par une distribution des niveaux de vie particulièrement resserrée autour d'une médiane légèrement inférieure à 20 000 euros par an, la partie redistributive du barème est donc peu appliquée. Cette moindre dégressivité est encouragée par les réformes récentes portées par la loi ASV. Le rehaussement des seuils de revenus a un effet direct, clair et général en la matière. L'instauration d'une modulation du taux de contribution des bénéficiaires en fonction du niveau de leur plan d'aide joue de manière plus complexe : cette modulation conduit, pour les personnes les plus dépendantes, à réduire la dégressivité en deçà de 2000€ de revenus mensuels et à l'augmenter entre 2000€ et 3000€. L'impact d'une telle mesure sur la dégressivité de l'aide dépend donc crucialement de la distribution effective des niveaux de vie de la population âgée dépendante.

Il faut enfin considérer le cas particulier de l'aide sociale à l'hébergement, prestation d'aide sociale sous conditions de ressources et subsidiaire, destinée aux personnes qui résident en institution. En effet, sans cette prestation le montant des financements publics deviendrait presque indépendant du revenu et le taux d'effort des personnes résidant en établissement serait mécaniquement bien plus décroissant avec le niveau de revenu (graphique 2). Or, même s'il est difficile de quantifier exactement le phénomène, l'ASH souffre d'un non-recours important¹⁶. Là encore, il est donc difficile de déterminer l'ampleur de la redistribution effectivement mise en œuvre.

¹⁶ On estime que près de 3 résidents éligibles sur 4 n'ont pas recours à l'ASH.

Graphique 2. Aides publiques (hors assurance maladie) dont peuvent bénéficier les résidents en EHPAD en 2020, par revenu (moyenne sur l'ensemble des résidents)



Source : simulation du SG du HCFEA, sur la base des barèmes en vigueur au 1^{er} janvier 2020, d'un tarif hébergement de 1736,06€/mois, de tarifs dépendance en GIR 1-2, 3-4 et 5-6 de respectivement 624,95 €/mois, 396,5 €/mois et 168,36€/mois. Ces tarifs correspondent aux tarifs médians observés en 2018 (source : CNSA). L'aide au logement est calculée en zone 2 (agglomérations de plus de 100 000 habitants) en supposant que l'établissement bénéficie d'une convention APL. Les résidents en GIR 1 et 2 sont supposé bénéficier de la demi-part invalidité. Les revenus sont supposés être uniquement composés de pensions de retraite.

c) Un choix inabouti en matière de subsidiarité de l'aide publique

Le cas de l'ASH et le fort non-recours qui la caractérise sont souvent mis en avant pour dénoncer les effets négatifs de la subsidiarité de la solidarité collective devant la solidarité familiale dans le champ du soutien à l'autonomie des personnes âgées dépendantes. La subsidiarité de l'ASH est en effet souvent identifiée comme un facteur du faible recours à l'ASH. Les personnes éligibles y renonceraient pour éviter que leurs enfants, voire leurs petits-enfants, ne soient mis à contribution pour financer leur frais d'hébergement ou qu'ils ne soient privés d'une partie de leur héritage, voir dans les milieux modestes de la totalité au moment de la récupération sur succession.

L'argument est cependant fragile car le non recours à l'ASH ne permet pas de faire l'économie d'une mobilisation du groupe familial. Le non-recours à l'ASH s'explique plus probablement par la redistribution que la prestation opère au sein du groupe familial, en particulier entre enfants. Parce que la mise à contribution d'un enfant croît avec le revenu de ce dernier alors que la récupération sur succession pèse de manière identique sur chaque enfant d'une fratrie quel que soit son niveau de vie, certains enfants gagneraient au recours à l'ASH quand d'autres y perdraient au sein d'une même fratrie. Cette redistribution intrafamiliale opérée par l'ASH, d'autant plus forte que la fratrie est socialement hétérogène, est probablement source de conflit et freine le recours.

Pour autant, le débat concernant la subsidiarité de la solidarité collective nous semble mériter d'être posé dans une perspective de recherche de cohérence de l'action publique.

L'instauration de l'APA en remplacement de la PSD a constitué une étape symbolique en la matière. En effet, les débats parlementaires de 2001 ont conduit à faire de l'APA une prestation non-récupérable sur succession, contrairement à la quasi-totalité des prestations d'aide sociale à l'époque, et contrairement à la PSD elle-même. Ce choix n'était pas anodin, pour des raisons de coût pour les finances publiques, mais plus profondément parce qu'il venait redéfinir de nouvelles « *frontières entre solidarité nationale et familiale* » selon l'expression du gouvernement, et positionnait le risque « dépendance » plus nettement dans une logique d'assurance sociale.

Pour autant, le principe de subsidiarité a été conservé pour l'ASH, même si sa suppression a été discutée par plusieurs instances comme l'IGAS ou le HCFEA par exemple. L'ASH est aujourd'hui la seule aide sociale, dans le champ du handicap, de la perte d'autonomie et des allocations vieillesse, qui soit à la fois conditionnée à la mise en œuvre étendue de l'obligation alimentaire et récupérable dès le premier euro et sans abattement. Sa suppression pourrait se justifier, par cohérence avec les dispositifs de compensation de la perte d'autonomie (APA, PCH...). Tout dépend de la lecture que l'on fait du surcoût d'hébergement en établissement : reflet d'une qualité d'habitat potentiellement superflue ou nécessité due aux incapacités dans les activités de la vie quotidienne.

d) Le choix d'une politique publique décentralisée aux conseils départementaux

S'il reste un trait caractéristique des prestations d'aide sociale dans le champ de l'aide aux personnes âgées dépendantes, c'est donc avant tout le rôle confié aux conseils départementaux dans la mise en œuvre de la solidarité publique et les potentielles différences inter-départementales qui en découlent.

De ce point de vue, l'aide sociale à l'hébergement est probablement une source majeure d'inégalités territoriales, mais il est difficile d'être plus précis faute de travaux systématiques sur ce point. Pour la mise en œuvre de l'APA, l'observation des pratiques départementales révèle la pluralité des règles utilisées pour valoriser l'heure d'aide à domicile dans le calcul de la subvention accordée. Certains conseils départementaux distinguent plusieurs types d'heures auxquels ils attribuent des tarifs différents (selon les jours de la semaine, selon la qualification des personnels...). En outre les tarifs peuvent correspondre au prix facturé ou à un prix de référence¹⁷, qui conduit à des « dépassements » qui peuvent être totalement ou partiellement financés par les conseils départementaux, différents systèmes pouvant être appliqués dans un même département selon le statut du prestataire d'aide à domicile¹⁸. Ce choix à première vue technique, que les conseils départementaux opèrent faute d'indication précise dans la loi, permet de répondre à des objectifs de politique publique variés : maîtrise des dépenses, régulation d'un secteur segmenté, promotion de la continuité de service, qualification de la main d'œuvre ou encore équité territoriale. Les effets sur le montant du reste-à-charge des bénéficiaires et sur la part qu'il représente dans la facture totale (qui peut donc s'écarter du

¹⁷ On peut faire l'analogie avec les remboursements de l'assurance maladie pour les deux secteurs de la médecine de ville.

¹⁸ Cécile Bourreau-Dubois, Quitterie Roquebert, Agnès Gramain (2015), « Les disparités départementales dans la mise en œuvre de l'APA à domicile, reflets des choix de politiques locales ? », *Note Modapa* n°3.

« taux de participation » défini par la loi) modifient l'ampleur des redistributions horizontale et verticale induite par l'APA.

Le choix d'une mise en œuvre décentralisée n'est donc pas anodin : cette étape fait d'une prestation légale, particulièrement importante pour le financement de l'aide aux personnes à domicile, un outil d'élaboration de politiques locales spécifiques.

La complexité du système actuel de financement des aides aux personnes en situation de dépendance conduit donc à une solidarité collective qui prend des formes différentes selon le degré de dépendance des personnes, leur mode de prise en charge, leur localisation géographique. Cette diversité, qui peut se justifier, n'est cependant ni explicitée, ni peut-être même voulue. On peut donc craindre de nombreux dysfonctionnements internes dus à l'absence d'articulation entre les dispositifs mobilisés. Pour répondre aux évolutions socio-démographiques à venir et améliorer la qualité de l'aide apportée aux personnes dépendantes, accroître l'effort collectif n'est donc pas une condition suffisante : quel que soit son niveau, et dans un souci d'efficacité et d'équité, cet investissement public croissant doit s'inscrire dans un schéma de financement purgé de ses dysfonctionnements les plus criants.

3/ Orientations pour un système de financement efficace et cohérent

Réfléchir au système de financement de la dépendance n'est pas chose immédiate car la prise en charge de la dépendance mobilise de nombreux acteurs professionnels mais aussi informels dont le bien-être doit être considéré au même titre que celui des personnes aidées. Cette complexité rend délicate la spécification d'une fonction objectif ou de bien-être social, pour utiliser le vocabulaire des économistes¹⁹, qui permet d'asseoir le raisonnement.

Le législateur, face à cette complexité, est conduit concrètement à afficher des objectifs intermédiaires, des grands principes, dont nous discutons la pertinence dans un premier temps. Dans un deuxième temps, en nous appuyant sur des objectifs clarifiés du financement de la dépendance, nous proposons des orientations visant à renforcer la cohérence du système de financement de la dépendance.

a) Quels sont les objectifs assignés au financement public par le législateur ?

Au-delà de l'objectif immédiat de permettre à toutes les personnes dépendantes de recevoir une aide de qualité et suffisante en volume pour qu'elles puissent réaliser les actes de la vie quotidienne, deux objectifs se dégagent des orientations des politiques d'aide à l'autonomie en France²⁰.

Le maintien à domicile des personnes âgées.

Cet objectif est affiché depuis l'origine de la réflexion politique sur la prise en charge publique de la dépendance²¹. Cette volonté se traduit par une action publique vis-à-vis des aidants tendant à reconnaître et à consolider leur place mais aussi à compter sur eux pour la

¹⁹ Pour une présentation systématique sur ce sujet, voir Pierre Pestieau et Gregory Ponthière (2016), *The Public Economics of Long Term Care*, *CEPR Discussion Paper* No. DP11365

²⁰ Parmi les dix priorités avancées par le rapport Libault (2020) *op. cit.* deux priorités ciblent la liberté de choix dont l'une celle de rester à domicile : « une nouvelle offre pour concrétiser le libre choix de la personne », « pouvoir choisir librement de rester à son domicile »

²¹ Capuano C. (2018), *Que faire de nos vieux ? Une histoire de la protection sociale de 1880 à nos jours*, Paris, Presses de Sciences Po, 352 p.

prise en charge. La loi ASV affiche très explicitement cette orientation et le rapport Libault (2019), qui doit servir de base à la réforme attendue « Grand Age et Autonomie », renforce encore cette orientation. Elle se traduit également par une aide publique fonction de l'aide profane. Des travaux récents montrent ainsi que le montant des plans d'aide APA notifiés par les départements sont plus faibles dès lors que les personnes à domicile bénéficient de l'aide de proches²² ce qui met en évidence une aide publique partiellement subsidiaire à l'aide informelle.

Cette orientation trouve certainement sa justification dans une position normative faisant du secours filial un devoir moral n'appelant pas compensation. On peut également légitimer le recours à l'aide informelle à domicile par des arguments d'efficacité économique. On en trouve de deux types. Le premier type repose sur l'argument selon lequel l'aide des proches est plus efficace dans le sens où elles apportent plus de satisfaction à la personne aidée ou encore que les personnes dépendantes préfèrent une prise en charge à domicile²³. Cet argument est à tempérer dans le sens où certains actes, les soins à la personne en particulier demande une technicité qui n'est généralement maîtrisée que par des professionnels aguerris. Le deuxième type d'argument invoque le coût social de la prise en charge supposé moins élevé à domicile qu'en établissement.

L'objectif de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes est questionnable sur deux aspects. En premier lieu, il est source d'inefficacité dès lors que le coût de l'aide informelle n'est pas pleinement compensé. En effet, le maintien à domicile se traduit alors par une couverture imparfaite du risque dépendance. En deuxième lieu, l'argument d'un coût social de la prise en charge moins élevé à domicile demande à être interrogé. Le coût social ne doit pas être confondu avec le coût pour les administrations publiques ou même avec coût de l'aide formelle : il doit être élargi au coût de l'aide informelle. Pour les patients sévèrement dépendants, si la prise en charge à domicile est certainement moins coûteuse pour les administrations publiques, rien n'est moins sûr du point de vue sociétal en raison des volumes d'aide formelle financés par les personnes dépendantes elles-mêmes mais aussi, et surtout, en raison des volumes d'aide informelle.

Le législateur, dans une position de neutralité apparente, renvoie aux familles le choix de la prise en charge et en fait implicitement un garant de l'efficacité économique : ce qui est choisi est préféré et donc préférable. Ce point mérite discussion.

Le libre choix des familles

Le deuxième objectif affiché par le législateur est celui de la liberté de choix du mode de prise en charge laissée aux familles. Le rapport Libault (2019) renforce encore cette position. Elle

²² Les plans APA notifiés par les départements sont sensiblement plus généreux pour les hommes seuls que pour les hommes en couple à niveau de dépendance donné ; voir Louis Arnault et Jérôme Wittwer (2019), Effets de la réforme de l'APA à domicile de 2015 sur les plans d'aide notifiés aux bénéficiaires, Document de travail, Bordeaux Population Health, Inserm U1219.

²³ Mark V. Pauly, (1990), The rational non-purchase of long term care insurance, *Journal of Political Economy*, 98, 153-168.

demande à être précisée. Comme nous le savons le libre choix ne peut être socialement efficace aux yeux de l'économiste qu'à la condition que les reste-à-charge (RAC), auxquels sont confrontés les familles rendent compte des coûts relatifs de production des services pour éviter de biaiser les arbitrages. Il serait ainsi de mauvaise politique de proposer des restes-à-charge de même niveau en établissement et à domicile pour des personnes modérément dépendantes, considérant que le coût social d'une prise en charge en établissement est en règle générale plus élevée en établissement qu'à domicile. Les choix des familles doivent se confronter aux prix relatifs correspondants à la réalité des coûts sociaux des différentes modes de prise en charge au risque sinon de conduire à des choix privés qui soient socialement inefficaces.

Quoi qu'il en soit se donner pour objectif le libre choix n'est pas suffisant pour définir une politique cohérente de financement de la dépendance de la même façon que privilégier la prise en charge à domicile demeure trop imprécis pour guider un système de financement efficace. Nous nous proposons maintenant de reconsidérer les objectifs d'une politique de financement de la dépendance et d'avancer des recommandations en regard.

b) Reconsidérer les objectifs du financement de la dépendance

Comme nous l'avons discuté plus haut, le système de financement de la dépendance souffre d'un manque de lisibilité en raison d'un entremêlement de logiques de solidarité différentes. Il convient à notre sens, dans un premier temps, d'inscrire le système de financement dans une logique assurantielle clairement établie et d'aller jusqu'au bout de la logique qui a déjà été introduite plus ou moins explicitement dans les vingt dernières années. Ce principe posé, il est alors possible de discuter des modalités efficaces de financement de la dépendance.

Affirmer une logique assurantielle

Prendre au sérieux la logique assurantielle demande de redéfinir le périmètre du « dommage » non pas en fonction des postes de dépenses mais en fonction de la situation qui les cause (être dépendant). Il conviendrait donc de fixer la participation collective dans son ensemble (crédit d'impôt compris) en fonction du niveau de sévérité de la dépendance indépendamment de l'aide informelle potentielle et des modes de prise en charge.

Il serait ainsi nécessaire, en établissement, de scinder le poste hébergement en deux en distinguant d'une part ce qui relève du « gîte et couvert » couvert par les politiques sociales (revenu minimum (ASPA), aide au logement (APL) et éventuellement aide sociale (ASH)) et d'autre part ce qui relève véritablement du surcout dû à la dépendance qui doit légitimement être couvert par les politiques de financement de la dépendance. Dans la logique comptable actuelle la section « hébergement » comporte très clairement des dépenses qui ne sont pas en lien avec l'hébergement, ainsi les dépenses d'administration qui sont aujourd'hui exclusivement imputées à la section hébergement.

Eviter les distorsions de RAC

Comme nous l'avons précisé dans la section précédente, la couverture publique du risque dépendance ne doit pas se fixer comme objectif d'uniformiser les RAC quel que soit le mode

de prise en charge au risque de perte d'efficacité importante. Le principe assurantiel visant à couvrir le risque dépendance lui-même, indépendamment de l'aide informelle potentielle, et du mode de prise en charge doit s'imposer. Le choix du mode de prise en charge et donc du RAC relève des choix individuels naturellement mais il est socialement coûteux de ne pas lier le RAC avec le coût social de la prise en charge qui peut varier d'un mode de prise en charge à une autre pour un niveau de dépendance donné. Une politique vertueuse de libre choix doit se reposer sur le principe assurantiel de couverture du risque et non de la prise en charge effective. Le principe de la tarification par l'assurance maladie des différents types de soins relève de ce principe. Les distorsions de prix que l'on peut observer aujourd'hui sont d'autant moins justifiables qu'elles dépendent des caractéristiques des individus, en particulier de leurs revenus : à domicile l'aide publique est plus rapidement décroissante avec le revenu qu'en institution, le différentiel de RAC est ainsi moins important pour les riches que pour les pauvres.

Faciliter le financement des RAC

La couverture du risque dépendance est contrainte par les capacités financières des administrations publiques et indirectement par les coûts liés à l'augmentation des prélèvements obligatoires. Une politique optimale de second rang peut légitimement laisser des RAC aux personnes ou aux ménages affectés par le risque dépendance, ces RAC pouvant être soumis à conditions de ressources afin de s'assurer que la participation des familles ne se traduise pas par un renoncement à des soins composant un panier jugé essentiel.

Pour aider au financement de ce RAC, la mise en œuvre de prêts à taux préférentiels, garantis par l'Etat et adossés aux biens immobiliers des personnes dépendantes dans une logique de prêt hypothécaire, offrent une solution intéressante. A l'instar de l'ASH aujourd'hui, les fonds prêtés seraient récupérés sur succession au décès de la personne dépendante. L'objectif est de faciliter la mobilisation du patrimoine immobilier des personnes dépendantes ce que les marchés financiers en France ne permettent que difficilement en raison de taux d'intérêt élevés sur ce type de produit aujourd'hui²⁴.

Le système de financement de la dépendance souffre aujourd'hui d'un manque de lisibilité dû à l'histoire de la construction du risque dans notre système de protection sociale, à mi-chemin entre les politiques publiques relatives à l'infirmité et celles relatives à la vieillesse²⁵, et à la nature « familiale » du risque. L'inscrire explicitement dans une logique assurantielle couvrant le dommage et n'introduisant pas de distorsions de prix entre les différents modes de prise en charge nous semble être une voie permettant de gagner en cohérence et en efficacité. La crise sanitaire de la Covid-19 a rouvert de manière brutale la question des moyens mis à disposition par la collectivité pour la prise en charge de la dépendance. De nombreux rapports depuis plus d'une décennie, le rapport Libault en particulier, soulignent le manque

²⁴ Voir André Masson (2015), L'épargnant propriétaire face à ses vieux jours, *Revue Française d'Economie*, 30(2), 129-177 ; voir également pour une perspective européenne Carole Bonnet, Sandrine Juin et Anne Laferrère (2019), Financer sa perte d'autonomie : rôle potentiel du revenu, du patrimoine et des prêts viagers hypothécaires, *Economie et Statistique*. 507-508, 5-24. <https://doi.org/10.24187/ecostat.2019.507d.1972>

²⁵ Voir Capuano, *op.cit.*

d'investissement public. La crise a eu un effet loupe qui constituera peut-être un facteur déclenchant pour un effort d'investissement supplémentaire dans une branche qui finalement pèse peu dans le budget de la protection sociale. Cette crise a également révélé le risque sanitaire associé à la prise en charge en établissement en situation épidémique et la grande difficulté à éviter des propagations rapides de l'infection dans les structures contaminées. Ceci pourrait légitimer de réduire le coût pour les ménages de la prise en charge à domicile afin de réduire encore l'importance du mode de prise en charge collectif mécaniquement risqué en situation de fort risque épidémique. Cela devra également conduire les autorités publiques à accompagner financièrement les établissements dans une politique de réaménagement de leurs conditions d'accueil pour mieux faire face à ce nouveau risque. Cela doit également inciter à développer des solutions d'habitats collectifs (types résidence autonomie ou résidence services) moins médicalisés et facilitant la distanciation physique.